วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562 VOL.12 NO.1 January – April 2019

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 1
พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล, สมยศ ศรีจารนัย, ลือจรรยา ธนภควัต

ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน 12
ศรีวิไล แสงเลิศศิลปชัย, เรณุการ์ ทองคา รอด, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลบุณฑริก 20
ชาญวิชญ์ โพธิสุวรรณ

แรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย 26
มธุรดา ม่วงมัน, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ

สำรวจมาตรฐานGMPและคุณภาพน้ำดื่มประชารัฐ กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ 33
ไพฑูรย์ แก้วภมร

การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กและข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมาย ของพนักงานเจ้าหน้าที่ 40
ฐิติพร อินศร

การศึกษาสาระกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อประยุกต์ใช้ปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 49
จินดาพร อุปถัมภ์

ความแม่นยำของการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ Five Rules ในการคัดกรองโรคต้อหิน 55
วรนารี เจริญรุ่งรัตน์, วิน เตชะเคหะกิจ

จะทำอย่างไรเมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ 63
ปิ่นแก้ว โชติอำนวย, อัจฉโรบล แสงประเสริฐ , กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครู อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี 78
ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น 84
จิรประภา ศิริสูงเนิน, ดุษฎี อายุวัฒน์, ทองใส เอ่นหยอง

การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น 93
กงทอง ไพศาล

รูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จังหวัดลำปาง 101
ศรีสองค์ วรรณกูล, ถาวร ล่อกา

วัฒนธรรมการบริโภคกับความงามบนเรือนร่างในอุดมคติของผู้หญิงไทยที่นำไปสู่โรคการกินผิดปกติ 111
อารี บินทปัญญา, อรพินทร์ ชูชม, ฐาศุกร์ จันปะเสริฐ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 121
ธันยวนันฐ์ เลียนอย่าง, ศรัณย์ พิมพ์ทอง, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ

มูลเหตุการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น 132
สรรกมล กรนุ่ม, ประทีป จินงี่, นริสรา พึ่งโพธิ์สภ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเขตสุขภาพที่ 8 140
สุพัตน์ อาสนะ, วรรณนภา สระทองหน, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8 150
กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ

การปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์เพื่อฐานในการพัฒนาผ่านกลไกด้านการเกษตรปลอดภัย 158
อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 170
เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ธีรศักดิ์พาจันทร์, ประทีป กาลเขว้า

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห่องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี 181
บรรเทิง พลสวัสดิ์, มุกดา หนุ่ยศรี, ปนัดดา ปริยทฤฆ

ภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง 190
เพ็ญจันทร์ วันแสน

รูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน 198
ณรงค์ จันทร์แก้ว, ชลการ ทรงศร

การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร 211
วิภาภรณ์ สร้อยคำ , วาโร เพ็งสวัสดิ์, พิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลพานพร้าวอำเภอ ศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย 221
แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์

ระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลางมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 230
อนุรักษ์ ปิ่นทอง, นิภารัตน์ นาสีแสน, สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ

ความแม่นยา ของการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ Five Rules ในการคัดกรองโรคต้อหิน 236
วรนารี เจริญรุ่งรัตน์, วิน เตชะเคหะกิจ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 243
สุพจน์ งามแสง, ชัยธัช จันทร์สมุด, ลำพูน เสนาวัง

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก 250
วรรณา วิเชียรสรรค์ ,วุฒิชัย จริยา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงบนหลักฐานเชิงประจักษ์ 263
นิติญาภรณ์ เพชรคงสกุล, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, อัมพรพรรณ ธีรานุตร

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอธาตุพนมจังหวัดนครพนม 271
ตะวัน กิมยงค์, ศรีวิภา ช่วงไชยยะ, นงค์ลักษณ์ เหลาพรม, นิทัศน์ รายยวา,วีรวัฒน์ พัดไธสง, ธนากร พรมโนภาส, ประหยัด รูปคม

การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี 280
สมจิต บุญพา , พรพรรณ สกุลคู

การนิเทศการบริหารยา ในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 287
รชยา เรืองช่อ, มาริสา ไกรฤกษ์

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกินและการเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 292
เพ็ญประภา ดวงจิตร์, วาสนา รวยสูงเนิน

แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา 300
จันทร์เพ็ญ ภูมูล, ดร.ประจักร บัวผัน

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย 311
ปกรณ์ชัย ไก่แก้ว, ประจักร บัวผัน, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ 319
นิศมา ภูมิชิต, ประจักร บัวผัน

พฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 328
ประภัทสร พิมพ์ดี , ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม

การประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร 335
นัทยา ขยอมดอก, อนุศักดิ์เกิดสิน, ชุลีวัลย์ ธัญญศิรินนท์

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

กลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี 340
วิภาพรรณ พิชัย, ณัฐวุฒิ อรินทร์, เพื่อนใจ รัตตากร

ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 350
นริศรา จันทรประเทศ, รจฤดี โชติกาวินทร์, กุหลาบ รัตนสัจธรรม, วันดี นิลสา ราญจิต

การวิจัยนำร่องการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง 362
จุฑารัตน์ รัศมีเหลืองอ่อน , ขวัญชนก สุขช่วย

การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลโดยผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 374
ปาลิตา พูลเพิ่ม, อมร สุวรรณนิมิต, อภิญญา วงค์พิริยโยธา, ศิรินาถ ตงศิริ

ความน่าเชื่อถือของการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้วยวิธีการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง ในผู้ป่วยข้อเข่า เสื่อมระดับรุนแรง 381
อโณทัย สุมากรณ์, กนกวรรณ ศรี สุภรกรกุล, ไชยยงค์ จรเกตุ

แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา 388
จันทร์เพ็ญ ภูมูล, ประจักร บัวผัน

ชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลโคกสะอาด อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 399
ชัญญาภัค จันทดวง, กาญจนา นาถะพินธุ

การประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านและคุณภาพน้ำประปาในตำบลห้วยยายจิ๋ว จังหวัดชัยภูมิ 405
ธนวัฒ เมาเม, รศ.ดร.วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์

ผลกระทบของสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต ต่อระบบนิเวศในสวนยางพารา จังหวัดอุบลราชธานี 413
สุภาพร ใจการุณ, สังวาล สมบูรณ์

การวิเคราะห์ต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี 421
มยุรี สิมมะโรง, สุภาพร ใจการุณ, เผ่าไทย วงศ์เหลา

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตอนเองต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 431
ศักดา ศิริเวชธำรง

เภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 441
ผุสดี เจริญไวยเจตน์, อัจฉรา ภาณุรัตน์, อุษา กลมพันธ์ กิ่งเพชร ส่งเสริม

ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิธีธรรม 451
ภูเพียรธรรม กล้าจน

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 460
สิริพร วงศ์ตรี

การเจริญสติสำหรับการจัดการความโกรธ เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช 468
ดวงใจ พลงาม, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียยางก้อนถ้วย 477
บูรณา นวพิพัฒน์พงศ์ , พฤกษ์ ตัญตรัยรัตน์ , ฤทธิรงค์ จังโกฎิ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ ตำบลโคกนาโก อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร 489
ปวีณา ลิมปีทีปราการ , สุภาพร โยธานนท์

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี 498
สิริพร วงศ์ตรี

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ 507
ธัญญลักษณ์ พรรณประสาทน์ , สิทธิศักดิ์ จำปาแดง, พิสิท บุญไชย, ทักษิณาร์ ไกรราช

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี 520
สุภาพร ประทุมเทศ, นพรัตน์ ส่งเสริม, เกศรา แสนศิริทวีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย..... 528
ณัฐพร สายแสงจันทร์, วรรณชนก จันทชุม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย 537
ปิยะ คลังแสง, วรรณชนก จันทชุม

ความชุกของพยาธิใบไม้ตับและความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม และความชุกเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนที่อยู่ในแม่น้ำสงคราม จังหวัดนครพนม..... 546
ฉัตรศิริ วิภาวิน, นงค์ลักษณ์ เหลาพรม, ศรีวิภา ช่วงไชยยะ, พรรณี บัญชรหัตถกิ, รัฐพล ไกรกลาง, ธนากร พรมโนภาส, พัสกร องอาจ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรม ของพนักงานศูนย์บริการรถยนต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น..... 561
เดือนเพ็ญ ใจเต้,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, นฤมล สินสุพรรณ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น 569
สุมาลัย กุลวงษ์, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, นฤมล สินสุพรรณ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์..... 577
อัจฉโรบล แสงประเสริฐ, วันดี แย้มจันทร์ฉาย, พลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา, ปิ่นแก้ว โชคอำนวย

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนโรงพยาบาลภูเวียง 586
สุรพงษ์ ปะกังลำภู, วาสนา รวยสูงเนิน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์..... 597
นพรัตน์ เสนาฮาด, ประจักร บัวผัน

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร..... 608
สายชล ละครวงษ์, มณฑิชา รักศิลป์, ธีรวุฒิ เอกะกุล

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ 617
กนกพรรณ ยี่วาศรี, ชัยธัช จันทร์สมุด, ลำพูน เสนาวัง

ความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ 625
ชลลดา พูลแก้ว, ชัยธัช จันทร์สมุด, ธีรพัฒน์ สุทธิประภา

ผลของการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hand ต่อการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์..... 632
ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, ปริทัศน์ ทองทั่ว, ปวีณา ทาทอง, ปาริชาติ ผาดี, ปิยะวัลย์ อ่วมพิน, เปรมปรีดิ์ กลางประพันธ์, พรทิพย์ เซ็นตะคุ, เปรมปรีดิ์ กลางประพันธ์, พรนิภา พรมเกษ, พัชรินทร์ นาคทอง

ความรู้และพฤติกรรมในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น 642
วาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน , สุธาสินี ทัพพสารพงศ์

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านการสาธารณสุข และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ ในทุกระดับ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศและต่างประเทศ ในรูปแบบรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรม นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อๆ ไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 12 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน มกราคม – เมษายน 2562 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ความสุขในการท างานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลบุณฑริก การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลโดยผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะ แพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย การวิเคราะห์ต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและไม่ใช้ สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี สำรวจมาตรฐานGMP และคุณภาพน้ำดื่มประชารัฐ กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ ความชุกของการเกิดภาวะหายใจลา บากในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กและข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่ ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น รูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จังหวัดลำปาง การนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยในของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มูลเหตุการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น การประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร กลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ความแม่นยา ของการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ Five Rules ในการคัดกรองโรคต้อหิน การประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านและคุณภาพน้ำประปาในตำบลห้วยยายจิ๋ว จังหวัดชัยภูมิ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิเพื่อลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรมของพนักงานศูนย์บริการรถยนต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทยและสาธารณรัฐ ประชาธิปไตยประชาชนลาว ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิธีธรรม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4

Deaths of people in 4th Regional health area by Coronary artery disease

พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล[1], สมยศ ศรีจารนัย[2], ลือจรรยา ธนภควัต[3]

Phitchayaphat Wannasiriku[1], Somyote Srijaranai[2], Luechanya Thanaphakawat[3]

(Received: October 21 ,2018 ; Accepted: December 17 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เชิงปริมาณ (Quantitation study) และเชิงคุณภาพ(Qualitative research) เพื่อที่จำแนกสาเหตุการเสียชีวิต คุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะอื่นๆที่เกี่ยวข้องใน ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ขึ้นทะเบียนด้วยรหัส ICD10:I20–I25ของประชาชนใน 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ที่เสียชีวิตช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2558 ถึง 1 กรกฎาคม 2559จำนวน 1,592 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้เสียชีวิตจำนวน 982 รายและติดตามสัมภาษณ์เชิง (In-depth interviewing) กับและญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดผู้เสียชีวิตจำนวน 22 และสนทนากลุ่ม (Focus group) ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความและสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้เสียชีวิตจำนวน 236 ราย (ร้อยละ 24.03) มีสาเหตุจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหลือจำนวน 746 ราย (ร้อยละ 75.97) เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ในจำนวนที่เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบมากที่สุด (ร้อยละ 69.92%) เป็นชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation รองลงมาชนิดพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment (ร้อยละ 24.58) และส่วนน้อย (ร้อยละ 5.50) เป็นอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ เป็นเพศชายและเพศหญิงพอๆ กัน มีอายุเฉลี่ย 72.49ปี มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 3 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย 2-3 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เดินทางเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 74.15 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ร้อยละ 12.71 ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการแสดงจนกระทั่งมาถึงห้องฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 21.62 ชั่วโมง ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงห้องฉุกเฉินจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายในเวลา 10นาที ร้อยละ 42.37 และที่มากกว่า 10 นาที ร้อยละ 26.29 ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้เสียชีวิตและญาติยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจน ในเรื่องอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นำไปสู่การเสียชีวิต ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคที่เป็น การปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการรักษา ดังนั้นควรเน้นการพัฒนาระบบบริการ บริหารจัดการและติดตามการดำเนินงานอย่างเข้มข้นในกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะชนิด NSTEMI สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดกิจกรรมกระบวนการที่จะสร้างความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy) ในการเฝ้าระวังอาการแสดง สัญญาณอันตราย และจัดการตนเอง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ, ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

This study was descriptive study by applying quantitative and qualitative methods. The people in 8 provinces of 4th Regional health area who were diagnosed with Coronary artery disease and registered base on ICD 10,I 20-25 and died in 2015July 1st to 2016 July 1st were reviewed the medical record. The questionnaire was designed to gather the data from medical record. The relatives of death cases were purposive sampling to be in depth interviewed while heath staffs were invited to participate in focus group discussion. Descriptive analysis and content analysis were implemented to analyze quantitative and qualitative data respectively. There were 1,592 death cases while 982 cases were reviewed medical records. The finding revealed that 236 death cases (24.03%) had cause of death by Acute coronary syndrome (ACS), the rest of death cases (746 cases) had others diseases. Most of cause of death from ACS was Non ST segment elevation (75.97%), ST elevation (24.58%) and unstable angina (5.50%) respectively. Most of death cases were nearby of male and female with aged average at 72.49 year olds. Mostly had third level of body mass index, hypertension and diabetes mellitus. Almost eighty percent travel to hospital by private

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (วิชาการ) สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,

[2] สาธารณสุขนิเทศก์ สำนักตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, [3] ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

death cases and their relatives were discovered that they had insufficient and unclear health information about sign and symptom of acute coronary syndrome, risk of getting serious conditions as well as promotion practices to prevent ACS conditions. Therefore focusing on development of health service for NSTEMI should be prioritized. Support the essential resources and continue monitoring are requested. Meanwhile providing activities to improve health literacy for risk group of ACS should be implemented at health care service all levels.

Keyword: Coronary artery disease, Acute Coronary Syndrome, 4th Regional health area

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (coronary artery) ตีบหรือตัน ทำให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น หลอดเลือดมีการตีบแคบลง เลือดซึ่งนำออกซิเจนไหลผ่านได้น้อยลง ส่งผลให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ จนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน [1] จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนถึง 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็น 12.2% ของสาเหตุการตายทั้งหมด [2] คาดการณ์ว่าในปี 2022 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 25 ล้านคน ประมาณ 19 ล้านคนเกิดในประเทศกำลังพัฒนา ในระหว่างปีพ.ศ. 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 รายต่อวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่มีเพิ่มขึ้นในทุกปี ในปี พ.ศ.2557 มีความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่ากับ 222.58 คนต่อประชากรแสนคน ในขณะเดียวกันการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามบัญชีจำแนกสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD- 10) รหัส I20-I25 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2553-2557 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด 77,403 ราย วันละ 54 คน ชั่วโมงละ 2.3 คน[3] และส่วนใหญ่สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบว่ามีประมาณ 470 รายต่อวัน ชั่วโมงละ 2 คน (เกรียงไกร, 2556) ปี 2006 อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดและตายเฉียบพลันเท่ากับ 141.5 ต่อแสนประชากร หรือจำนวน 785,000 คน

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเป็นปัญหาที่สาธารณสุขมุ่งแก้ไข ที่ผ่านมาการรักษาที่มีประสิทธิภาพคือการทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็ว ในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ ให้ยาละลายลิ่มเลือดและขยายหลอดเลือดหัวใจ [4] ซึ่งจะต้องรักษาภายในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงหลังเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ แม้ว่าปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้มีการพัฒนาจนมีประสิทธิภาพมากแต่ยังพบอัตราตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงสูง ทั้งนี้มีการศึกษาที่ผ่านมา ระบุว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเสียชีวิต เช่น การมารับการรักษาช้า การรับรู้ต่ออาการของโรค การเดินทางมาโรงพยาบาลและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในเรื่องของระบบบริการนั้น มีการศึกษา ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ใน 3 ชั่วโมงมี ร้อยละ 41.9 ซึ่งร้อยละ 11.0 เท่านั้นที่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการมาโรงพยาบาล ซึ่งประเด็นสำคัญในการนำส่งผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือต้องให้ได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดโคโรนารีภายในเวลา ไม่ควรมีการแวะหรือส่งไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือคลินิกซึ่งไม่มีขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน[5]

เขตสุขภาพที่ 4 มีประชาชนที่เสียชีวิตจากสาเหตุด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูง เป็นเวลาต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี ตามรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2554-2556 ระบุการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามรหัส ICD10 (I20-I25) พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเขตสุขภาพที่ 4 สูงที่สุดเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่นๆ ในปี 2556 พบจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 อยู่ในอันดับที่มีอัตราเสียชีวิตต่อแสนประชากรสูงสุดของประเทศ ได้แก่จังหวัดอ่างทอง 67.65 รองลงมาสระบุรี 51.02

พระนครศรีอยุธยา 50.27 นครนายก 46.94 จังหวัดลพบุรี 46.44 และสิงห์บุรี 43.67 ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น เขตสุขภาพที่ 4 ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะชนิด ST Elevation (STEMI) ที่กำหนดให้มีการให้ยายาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด ถึงในระดับโรงพยาบาลชุมชนก็สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ได้ และได้มีการพัฒนาระบบบริการอื่นๆ ทั้งระบบส่งต่อด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 รวมทั้งระบบแจ้งเตือนอาการ (Warning sign) เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม ปี 2559 ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานรอบไตรมาส 1 ก็ยังพบว่า เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ที่ 10.02 ต่อแสนประชากร ซึ่งดูเหมือนแนวโน้มน่าจะลดลง แต่เมื่อเทียบกับเขตสุขภาพอื่น เขตสุขภาพที่ 4 ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามรหัส ICD10 (I20-I25) สูงที่สุด[6]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมุ่งที่จะจำแนกถึงสาเหตุการเสียชีวิตที่ระบุเป็นชนิดของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่มี ST Elevation (STEMI) ชนิดที่มีNon-ST Elevation (NSTEMI) และชนิด Unstable Angina รวมทั้งคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องของผู้ที่เสียชีวิต เพื่อจะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาระบบบริการในการดูแลประชาชนหรือผู้ที่จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 ให้มีคุณภาพประสิทธิภาพ ที่อาจจะนำไปสู่การลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามรหัส ICD10: I20-I25

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) มีการศึกษาด้วย 2 วิธี 1) การศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วย รหัส ICD10: I20–I25 เสียชีวิตในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2558 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม 2559 โดยการสอบทานข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียน โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 ที่อยู่ใน 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี อ่างทอง สระบุรี ลพบุรี และนครนายก 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviewing) ผู้ถูกสัมภาษณ์คือญาติใกล้ชิดผู้เสียชีวิตและอยู่กับผู้เสียชีวิตทั้งขณะเจ็บป่วยและขณะเสียชีวิต และเก็บข้อมูลด้วยการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) บุคลากรที่ปฏิบัติงานในส่วนที่ให้บริการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการข้อมูลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ในสถานบริการทุกระดับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ขึ้นทะเบียนตามรหัส ICD 10 (I20-I25) ที่เสียชีวิตในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2559 นำจากฐานข้อมูล Health Data Center ของแต่ละจังหวัด ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

2. เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ในโรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

3. เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ญาติผู้เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลของผู้เสียชีวิต ด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 ถึงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2559 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหรือบันทึกการรักษาของผู้เสียชีวิต ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต ระบบบริการทางสุขภาพ ดังกรอบการศึกษาในแผนภาพที่ 1

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ที่ใช้เก็บข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เสียชีวิต ระบบบริการทางสุขภาพ ศักยภาพและเครื่องมืออุปกรณ์ ดังกรอบการศึกษาในแผนภาพที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนของผู้เสียชีวิต ปัจจัยด้านระบบบริการ และการจำแนกการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (แยกชนิด) ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 4

2. วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เน้นด้านความรู้สึก นึกคิด จิตใจ ตีความหมายเรียบเรียงเป็นร้อยแก้ว และสรุปประเด็นแยกเป็นหมวดหมู่

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในคนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หนังสือรับรองเลขที่ 037/2559 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างยินดีให้โดยสมัครใจให้ข้อมูลจึงเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนกรณีของข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และอนุญาต จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้เสียชีวิต ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

เชิงปริมาณ

1. การจำแนกสาเหตุการเสียชีวิตจากข้อมูลประชากรผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยรหัส I20-I25 ที่เสียชีวิตในช่วง 1 กรกฎาคม 2558 ถึง 1 กรกฎาคม 2559 ใน 8 จังหวัด จำนวน 1,592 ราย สามารถค้นหาเวชระเบียนที่มีประวัติการรักษาที่เพียงพอในการตอบในแบบบันทึกข้อมูลได้ครบทุกส่วน จำนวน 982 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.98 เมื่อสอบทานแล้วพบว่า เป็นผู้เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น (ร้อยละ 75.97) มากกว่า สาเหตุจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) (ร้อยละ 24.03) ในจำนวนผู้เสียชีวิตด้วย ACS จำแนกได้ว่าเป็นชนิด NSTEMI มากที่สุด (ร้อยละ 69.92) รองลงมาเป็นชนิด STEMI (ร้อยละ 24.58) และน้อยที่สุดคือชนิด Unstable angina (ร้อยละ 5.50) สำหรับกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) และหัวใจล้มเหลว (Heart failure)

2. คุณลักษณะของผู้เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ผู้เสียชีวิตเป็นเพศชายและหญิงพอๆ กันและมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 72.49 ปี ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.73) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.74) รองลงมา คือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 13.40) เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 71.50) ทำให้ไม่มีรายได้ประจำถึงร้อยละ 69.78 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่พบว่า ในการศึกษานี้ผู้เสียชีวิตด้วย ACS ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 3 ($\geq$30) ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.72) และไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 69.57)

3. การเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนของผู้เสียชีวิต ประวัติการเจ็บป่วยของผู้เสียชีวิต ร้อยละ 83.90 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย 2-3 โรค โดยโรคที่เป็นส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.07) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 41.95) ผู้เสียชีวิต ส่วนใหญ่มีอาการ

เกิดขึ้นขณะอยู่ในบริเวณบ้าน/ที่พัก มากที่สุด (ร้อยละ 81.01) โดยขณะนั้นกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ทำอยู่เป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรง (ร้อยละ 47.76) เช่น การกวาดบ้าน เลี้ยงหลาน ส่วนอาการแสดงนำที่พบมากทั้ง 3 กลุ่ม (STEMI, NSTEMI และ unstable angina) คือ อาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก (ร้อยละ 52.60) อาการร้าวไปที่แขนหรือกราม (ร้อยละ 36.98) เหนื่อย เพลีย (ร้อยละ 40.10) หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ (ร้อยละ 35.42) วิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 35.42)

4. ระบบการบริการทางสุขภาพ ผู้เสียชีวิตครั้งนี้เดินทางเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยการมาด้วยรถยนต์ส่วนตัว มากที่สุด (ร้อยละ 74.15) ในขณะที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพียงร้อยละ 12.71

ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมาถึงห้องฉุกเฉิน (ER) ของผู้เสียชีวิตด้วย ACS มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 33.33 ชม. หรือแม้แต่ตัดกรณีที่มีค่าระยะเวลาที่ผิดปกติ (Outliers) ออกก็ยังมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลา อยู่ที่ 21.62 ชม.

ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงสถานพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบว่า มีจำนวน 162 ราย โดยในจำนวน 162 ราย ระยะเวลาของผู้ที่ได้รับการการ EKG ภายในเวลา 10นาที มีมากที่สุด (ร้อยละ 42.37) ในขณะที่ได้รับการ EKG มากกว่า 10 นาที มีร้อยละ 26.29

ระยะเวลาการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหลังจากมาถึงสถานพยาบาล จากผู้เสียชีวิตด้วย STEMI จำนวน 58 ราย มีเพียง 14 รายที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยในจำนวนนี้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังจากมาถึงโรงพยาบาล 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43

ระยะเวลาที่ผู้เสียชีวิตด้วย STEMI ได้รับการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด (PPCI) ในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง พบว่า มีเพียง 5 ราย และที่ได้รับการทำ PPCI ในระยะเวลา 12 ชั่วโมงจากมีอาการครั้งแรก จำนวน 3 ราย

ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในสถานพยาบาลก่อนเสียชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ช่วง 1-7 วัน มากที่สุด(ร้อยละ 61.44) รองลงมาอยู่ในระยะเวลา 29 วันขึ้นไป (ร้อยละ 18.65)

ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้เสียชีวิตด้วย ACS ประเมินโดยใช้ค่า TIMI risk score for STEMI ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 38.56 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 34.32 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.05 ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันทั้ง 3 กลุ่ม (STEMI, NSTEMI และ Unstable angina)

การแปลผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติมีมากที่สุด ร้อยละ 87.29 ส่วนการอ่านผล EKG ส่วน ใหญ่อ่านได้ถูกต้อง ร้อยละ 77.97

เชิงคุณภาพ

1. ความรู้และความเข้าใจ ของผู้เสียชีวิตและญาติไม่ชัดเจนไม่ลึกซึ้ง ในเรื่องความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคที่เป็น การปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการรักษา อาการที่บ่งชี้ถึงการเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นำไปสู่การเสียชีวิตครั้งนี้

2. การตัดสินใจพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหลังมีอาการของญาติมีความล่าช้า เนื่องจากความไม่รู้ไม่เข้าใจที่ชัดเจนถึงอาการที่บ่งชี้การเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นำไปสู่การเสียชีวิต

3. ผู้เสียชีวิตมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภค การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขแม้ว่าจะมีโรคประจำตัว

4. ประชาชน (ญาติผู้ป่วย) มีทั้งที่รู้ว่ามีบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และมีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อม ในขณะที่ส่วนหนึ่งยังไม่รู้ และที่รู้ก็ยังแยกแยะไม่ได้ระหว่างการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 กับบริการด้วยรถฉุกเฉินที่บริการโดยท้องถิ่น จึงมีบางส่วนที่ยังไม่มั่นใจในการเรียกใช้บริการรถส่งต่อไปโรงพยาบาล

5. โรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 4 สามารถให้การดูแลได้ในระดับเบื้องต้น โดยเฉพาะการให้ยาละลายลิ่มเลือด ที่สามารถให้ได้ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปครบทุกแห่ง ทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดสระบุรี ที่โรงพยาบาลระดับ F3 สามารถให้ได้ โดยมี CPG แต่ในขณะที่ยังมีอีกหลายโรงพยาบาลที่ยังไม่เคยมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ด้วยเหตุผลว่าการส่งต่อไปทำ PPCI ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงเหมาะสมกว่า การเดินทางอยู่ในเวลาที่ทำได้

6. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Cardiac Interventions:

PPCI) มีที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และสระบุรี เท่านั้น ยังไม่มีโรงพยาบาลใดสามารถผ่าตัดหัวใจได้ ซึ่งได้มีความร่วมมือในการรับการรักษาดูแลกับโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่อยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4

7. บุคลากรแพทย์ ที่เป็น Cardiologist มีเฉพาะที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และสระบุรี ส่วนโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา ได้ประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากที่อื่นมาช่วยในการออกตรวจ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ใช้อายุรแพทย์เป็นผู้ให้การดูแล สำหรับโรงพยาบาลชุมชนใช้แพทย์ทั่วไป แต่มีระบบการ Consult แพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านทางโทรศัพท์และ Group Line อย่างไรก็ตามการ Consult แพทย์เฉพาะทาง มีหลายขั้นตอนมาก และมีหลายช่องทาง จึงทำให้บางครั้งการรักษาเบื้องต้นมีความล่าช้า เช่น การ Consult EKG ทำให้ Door to needle time > 30 นาที

8. พยาบาลที่เกี่ยวข้องในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จะได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกแผนกที่มีผู้ป่วยรับไว้รักษา ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่รับผู้ป่วยไว้รักษาหรือสังเกตอาการ จะมีเฉพาะบางแผนกเท่านั้น อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมารับบริการในช่วงเวลาที่กลางคืนที่มีบุคลากรปฏิบัติงานน้อย มีผู้ป่วยและจะต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดจะตื่นเต้น และเมื่อมีพยาบาลจบใหม่ แพทย์จบใหม่ จะทำให้การจัดการมีความยุ่งยากมาก

9. หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มีเครื่องติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG monitor) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (Defibrillator) และการพัฒนาพยาบาลให้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

10. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีการนำเสนอโดย สนย. เป็นเสนอการสาเหตุการตายตามพื้นที่ที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (Hospital based) ซึ่งจะส่งผลให้พื้นที่ที่มีโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรับการรักษาโรค/เขตเมืองที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรเข้ามาอยู่แบบชั่วคราว แล้วป่วยก็อาจจะทำให้พื้นที่นั้นมีจำนวนผู้ป่วยมาเสียชีวิต

สรุปและอภิปรายผล

1. จำแนกสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตามรหัส ICD10: I20-I25 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น (ร้อยละ 75.97) มากกว่า สาเหตุจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) (ร้อยละ 24.03) ทั้งนี้อาจเป็นจากการที่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มประชากรที่นำมาศึกษาเป็น Case ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนด้วยรหัส ICD 10 รหัส I20-25 แล้วมีการเสียชีวิต โดยในการดึงข้อมูล จะนำมาจาก case ที่ให้รหัสการวินิจฉัยหลัก (Principle diagnosis), ภาวะแทรกซ้อน (Complication) หรือโรคร่วม (Co-morbidity) จึงทำให้มีจำนวน case มาก เมื่อเทียบกับเมื่อมาทบทวนเวชระเบียนที่จำแนกสาเหตุการเสียชีวิตที่นำมาจากการวินิจฉัยหลัก (Principle diagnosis) เท่านั้น ซึ่งจำนวนจึงลดลงไปประมาณ 3 เท่า

นอกจากนี้ในจำนวนผู้เสียชีวิตด้วย ACS จำแนกได้ว่าเป็นชนิด NSTEMI มากที่สุด (ร้อยละ 69.92) รองลงมาเป็นชนิด STEMI (ร้อยละ 24.58) และน้อยที่สุดคือชนิด Unstable angina (ร้อยละ 5.50) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Thai ACS registryและ พิสชา และคณะ (2554) [4,7] ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) พบมากในกลุ่ม Non STEMI ทั้งนี้ก็อาจจะเนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ ได้นำผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคใน ICD 10 รหัส I20-25 ซึ่งย่อมหมายถึง ผู้ที่มีโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ก่อนแล้ว และก็น่าจะเป็นชนิดที่ไม่มีคลื่นเอสทียกขึ้น ที่เรียกว่า Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แม้ว่าจะมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง แต่ยังไม่เกิดการตายหรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในปริมาณไม่มาก เนื่องจากหลอดเลือดมีการอุดตันไม่สมบูรณ์หรือมีการอุดตันอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยก็จะยังคงมีชีวิตอยู่ต่อมาได้ [8] แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินของโรคยังคงเป็นไปอย่างช้าๆ เมื่ออายุยิ่งเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่พบได้เกิดการเสื่อมสภาพตามวัยโดยผนังหลอดเลือดจะเปราะและแข็งก็เพิ่มขึ้นตามประกอบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การมีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน การมีไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ความอ้วน รวมทั้งการสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย ที่จะทำให้

อาการของโรครุนแรงขึ้น[8,9] ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี และเป็นผู้ที่เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง มีดัชนีมวลกายอยู่ในอ้วนระดับ 3 ในที่สุดก็มาด้วยภาวะฉุกเฉินด้วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รุนแรงและเสียชีวิตในที่สุด เมื่อให้สาเหตุการเสียชีวิต ย่อมได้รับการวินิจฉัยสาเหตุการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI

ในขณะเดียวกันการศึกษานี้นำกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัย ICD 10 รหัส I20-25 ซึ่งเป็นกลุ่ม NSTEMI หากได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ต้องผ่าตัด (Percutaneous transluminal coronary intervention: PTCA) เพื่อขยายทางเดินหลอดเลือดที่ตีบทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น ก็จะลดการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยได้นานขึ้น[10] แต่อย่างไรก็ตามการทำหัตถการนี้ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาและการใช้เครื่องมือเฉพาะในการขยายหลอดเลือด จึงไม่สามารถทำได้ในทุกโรงพยาบาล[11] ในเขตสุขภาพที่ 4 มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง เพียง 2 แห่งที่มีศักยภาพทำหัตถการนี้ได้ แม้จะได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย และสังกัดกระทรวงกลาโหม แต่เมื่อเทียบกับจำนวนประชาชนที่ป่วยด้วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่มีผลมาจากการเป็นโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นกันมากขึ้น ก็ทำให้ยังไม่สามารถจะดูแลรักษาผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม จึงอาจเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะชนิด NSTEMI ยังคงสูง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Thai ACS registry และ พิสชา และคณะ (2554)[4,7] ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) พบมากในกลุ่ม Non STEMI

2. คุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ผู้เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) ในการศึกษานี้เป็นเพศชายและหญิงพอๆ กันและมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 72.49 ปี นั้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Fuster & Alexander (2004) กอบกุล (2546) และจริยา, (2547) ที่ระบุว่า อัตราการตายในเพศหญิงจะสูงกว่าหลังอายุ 60 ปี แต่เมื่ออายุมากขึ้นกล่าวคือมากกว่าหลัง 65 ปีขึ้นไป โอกาสเกิดโรคในผู้หญิงและผู้ชายจะเท่ากันและอัตราตายในช่วงอายุดังกล่าวจากโรคนี้ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่เรื่องของอายุนั้นมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเมื่ออายุมากขึ้นโอกาสในการพบโรคนี้มีมากขึ้นด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่พบได้เกิดการเสื่อมสภาพตามวัยโดยผนังหลอดเลือดจะเปราะและแข็ง มักพบในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ในช่วงอายุ 40-60 ปี อุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า

สถานภาพ ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 72.73) ทั้งนี้อาจเป็นด้วยกลุ่มผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ที่พบในการศึกษานี้เป็นผู้มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 72.49 ปี ซึ่งโดยทั่วไปก็จะเป็นช่วงวัยที่ผ่านการมีคู่สมรส แม้ว่าในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คู่สมรสจะยังคงอยู่ด้วยหรือไม่ก็จะถูกบันทึกว่ามีสถานภาพสมรสตามแบบบันทึก อย่างไรก็ตามการที่จะระบุได้อย่างชัดเจนว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ควรที่จะมีการเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดในสถานภาพอื่นๆด้วย

มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.74) รองลงมา คือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 13.40) ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ เช่น การศึกษาของ พิชญาภัสสร์ (2558)[12] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ป.1-4) ร้อยละ 76.8 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมศักดิ์ (2555) [13] ที่มีการสำรวจระดับการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.92 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และร้อยละ 16.44 ไม่เคยเรียนหนังสือ ทั้งนี้ก็อาจเป็นที่ในช่วงนั้นแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2479 ระบุให้การศึกษาภาคบังคับ คือ ป.4

เท่านั้น [14] ซึ่งในขณะเดียวกันกลุ่มวัยนี้ก็จะไม่ได้ทำงานแล้วเนื่องจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย จึงพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุในการศึกษานี้ จึงเป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 71.50) ทำให้ไม่มีรายได้ประจำถึงร้อยละ 69.78 รองลงมาเป็นช่วงที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกับกับที่พบในการสำรวจรายได้ของผู้สูงอายุไทยปี 2553 ที่ภาคกลางมีรายได้เฉลี่ย 6,198 บาทต่อเดือน

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่พบว่า ในการศึกษานี้ผู้เสียชีวิตด้วย ACS ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 3 (≥30) ซึ่งเป็นค่าที่มีผลต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือดเกือบทุกชนิด มีรายงานการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มความถี่ของการเจ็บหน้าอกและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน [9] ซึ่งก็เป็นไปได้ที่พบว่าผู้เสียชีวิตจาก ACS ในการศึกษานี้อาจจะเป็นผู้ซึ่งมีความเสี่ยงจากที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงด้วยก็เป็นได้

ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 62.72) และไม่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 69.57) ซึ่งทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าข้อมูลในเวชระเบียนโดยส่วนใหญ่มีแค่ข้อมูลประวัติการสูบบุหรี่ ที่บันทึกเพียง “สูบ” กับ “ไม่สูบ” เท่านั้น ไม่ได้ระบุรายละเอียดการสูบ ระยะเวลา และประวัติการสูบในอดีต ดังนั้นเมื่อสอบถามผู้ป่วยในขณะนั้น แม้ว่าจะเคยมีประวัติการสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ก็จะตอบว่า “ไม่สูบ” เช่นเดียวกับประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มีเพียงบันทึกว่า “ดื่ม” “ไม่ดื่ม” เพราะส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้นประกอบกับมีโรคประจำตัวผู้สูงอายุก็มักจะหยุดสูบบุหรี่และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประวัติการเจ็บป่วยของผู้เสียชีวิต ร้อยละ 83.90 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย 2-3 โรค โดยโรคที่เป็นส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.07) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 41.95) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานหรือการศึกษาที่ผ่านมาว่ากลุ่มโรคเหล่านี้ทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบบ่อยที่สุด โดยค่าความดันความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/85 มิลลิเมตรปรอทหรือผู้ที่มีความดันไดแอสโตลิคที่สูงเกิน 90 มิลลิเมตรปรอท พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและตายอย่างกะทันหันได้สูงถึง 2 เท่า และค่าความดันดันโลหิตไดแอสโตลิคและซิสโตลิคยิ่งสูงก็ยิ่งทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้ [9] ในกรณีของโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 2-4 เท่า และพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานมีอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำใหม่ได้

ผู้เสียชีวิตครั้งนี้เดินทางเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยการมาด้วยรถยนต์ส่วนตัว มากที่สุด (ร้อยละ 74.15) ในขณะที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพียงร้อยละ 12.71 ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2554)[15] ที่พบว่าพาหนะในการเดินทางของผู้ป่วยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปสถานพยาบาลส่วนใหญ่โดยรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 68.3 และใช้รถพยาบาล ร้อยละ 4.3 ทั้งนี้ จากการให้ข้อมูลของญาติผู้เสียชีวิตให้เหตุผลว่าการใช้รถ 1669 จะทำให้การนำส่งผู้ป่วยช้าลง ต้องมีการซักถามที่ไม่เข้าใจ ตอบยากและใช้เวลานาน ในบางพื้นที่ ศูนย์สั่งการกลับเป็นคนละจังหวัดทำให้เสียเวลามาก โดยเฉพาะรอยต่อของจังหวัด นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า ในบางพื้นที่ที่การคมนาคมสะดวก และไม่ไกลจากโรงพยาบาลมากนักก็จะไม่เรียกใช้รถ EMS ส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะใช้รถยนต์ส่วนตัวเพราะคิดว่าเร็วกว่า ดังที่ญาติกล่าวว่า *“...ใช้รถปิคอัพเรียกหลานไปเร็วกว่า.....” “..ไปรถเก๋งส่วนตัว เพราะคิดว่าสะดวก เวลาไป รพ.ก็ไปอย่างนี้ทุกครั้ง.....” “น่าจะเร็วกว่าให้รถพยาบาลมารับ เพราะว่าจะโทรตาม กว่ารถจะมา ทำให้เสียเวลา นานเกินไป....”*และยังอาจเป็นเพราะมี*ประชาชนบางรายไม่รู้ว่ามีรถพยาบาลฉุกเฉิน ไม่รู้จัก 1669 และไม่รู้ว่ารถพยาบาลของโรงพยาบาลนั้น มีเครื่องมือที่พร้อมช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉินได้*

ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนกระทั่งมาถึงห้องฉุกเฉิน (ER) ของผู้เสียชีวิตด้วย ACS มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 33.33 ชม. หรือแม้แต่ตัดกรณีที่มีค่าผิดปกติออกก็ยังมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาอยู่ที่ 21.62 ชม. (1,297.17 นาที) มีผู้เสียชีวิตจำนวนถึง 1 ใน 3 ตัดสินใจเข้ามารับการรักษาตั้งแต่มีอาการจนถึงสถานพยาบาลใช้เวลานานกว่า 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 34.74)

ซึ่งในการศึกษานี้อาจเป็นได้จากการที่ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่มีคลื่นเอสทียกขึ้น (NSTEMI) ซึ่งจะยังไม่เกิดการตายหรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในปริมาณไม่มาก เนื่องจากหลอดเลือดมีการอุดตันไม่สมบูรณ์หรือมีการอุดตันอย่างสมบูรณ์ในระยะสั้น อาการเจ็บหน้าอกจะน้อยกว่า 20 นาที การมีอาการไม่สุขสบายสามารถบรรเทาได้ด้วยการนอนพักและการอมยาใต้ลิ้น 1-5 นาทีจะสามารถบรรเทาและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกได้ [9] โดยอาจจะทำให้ผู้เสียชีวิตกลุ่มนี้ยังคิดว่าตนเองยังสามารถรอได้ และตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลช้า ดังที่มีข้อมูลเชิงคุณภาพจากญาติผู้เสียชีวิตที่บ่งชี้ว่า การที่ผู้เสียชีวิตและญาติตัดสินใจเข้ารับการรักษาหลังมีอาการแสดงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันล่าช้านั้น ก็เนื่องจากการที่ไม่รู้ไม่เข้าใจที่ชัดเจนถึงอาการที่บ่งชี้การเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นำไปสู่การเสียชีวิต *"..ไม่มีใครรู้ว่าเป็นโรคหัวใจ มีอาการแน่นหน้าอก เหงื่อออกมากคล้ายจะเป็นลม...." "...แม่บอกเหนื่อย หายใจไม่ออก คิดว่าแกไม่เป็นอะไรมาก ยังบอกแม่ว่าประเดี๋ยวก็หาย..." "...เหนื่อย หายใจไม่ออกตอนกลางคืน บอกลูก (คนดูแล) ช่วงเช้า พอดีคนที่มีรถไม่อยู่ไปธุระ เลยไปโรงพยาบาลช่วงบ่าย ประมาณ บ่าย 3 โมงเย็น..." "....เริ่มเป็นตั้งแต่เที่ยง เวียนหัว ใจสั่น ตอนนั้นอยู่บ้านเพื่อน โทรให้ไปรับ รับกลับมาถึง บ้านจนหกโมงเย็นแล้ว บอกเมียว่าร้อน เมียเช็ดตัว ชักครู่ก็ชัก ไม่รู้ตัวเลย เป็นแพล้บเดียวเอง เร็วมากเลยไม่มีใครรู้ว่าเป็นหัวใจ...."*

นอกจากนี้ยังมีญาติผู้เสียชีวิตบางรายยังให้ข้อมูลว่าเมื่อเกิดอาการมักจะปฐมพยาบาลด้วยการกินยาหอม ยาแก้ปวด ยาลมยาแก้ปวดหรือกินยาที่ได้มาจากโรงพยาบาลที่เป็นยารักษา บีบนวดหรือนอนพัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาลช้ากว่าเวลามาตรฐานตามแนวปฏิบัติของ ACC/AHA [3] ที่กำหนดไว้ เนื่องจากร้อยละ 46.7 ผู้ป่วยจะรอเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของอาการรวมถึงรอให้อาการหายไปเอง และร้อยละ 29 พยายามที่จะบรรเทาอาการด้วยตัวเองทำให้ระยะเวลาจากการเกิดอาการจนได้รับการรักษายาวนานขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของสุนีย์ (2540)[16] ที่พบว่าร้อยละ 33 ของผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการครั้งแรกจะรักษาอาการเองก่อน เมื่ออาการไม่ดีขึ้น (ร้อยละ 78) จึงจะไปโรงพยาบาล เหตุผลที่ตัดสินใจไปโรงพยาบาล คือมีอาการเป็นมากขึ้น (ร้อยละ 59) รอปรึกษาคู่สมรสและบุตรก่อนที่จะตัดสินใจมารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 69.3)

ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงสถานพยาบาลจนได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบว่า มีจำนวน 162 ราย โดยในจำนวน 162 ราย ระยะเวลาของผู้ที่ได้รับการการ EKG ภายในเวลา 10นาที มีมากที่สุด (ร้อยละ 42.37) ในขณะที่ได้รับการ EKG มากกว่า 10 นาที มีร้อยละ 26.29

ซึ่งการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ เนื่องจากการจำแนกภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) นั้นจะพิจารณาจากความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นสำคัญ หากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วว่า มีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI) ในขณะที่พบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วยหากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา จึงถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องรีบทำ โดยเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยเร็ว ภายในเวลา 10 นาที

ซึ่งอาจเป็นไปได้จากการที่ผู้เสียชีวิตเข้ามารับบริการครั้งแรกอาจจะมาด้วยอาการที่ไม่ได้บ่งบอกถึงการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ACS) หลังจากนั้นจึงมีอาการ หรือ ผู้เสียชีวิตหยุดหายใจในขณะนำส่งโรงพยาบาลและเป็นการนำส่งที่ใช้รถส่วนตัวหรือรถอื่นๆ ที่ไม่ใช่รถบริการฉุกเฉิน 1669 หรือผู้เสียชีวิตเข้ารับการรักษาแล้วในหอผู้ป่วยในด้วยโรคอื่นแล้วจึงมีอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ACS) ขึ้นที

หลัง ดังที่บุคลากรให้ข้อมูลว่า *"อาการของโรคนี้ไม่มีความแน่นอนชัดเจนเหมือนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จึงมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มาด้วยอาการอื่นๆ แต่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน"* ด้วยเหตุการณ์ดังกล่าวมานี้จึงอาจทำให้ ไม่มีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้เสียชีวิตได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที หลังจากมาถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. เน้นการพัฒนาระบบการบริการ บริหารจัดการและติดตามการดำเนินงานอย่างเข้มข้นในกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด NSTEMI ของ Service plan สาขาหัวใจ

2. สนับสนุนให้มีหรือการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอายุรแพทย์ด้านโรคหัวใจ ให้มีเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับการทำหัตถการ Cath lab ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลศูนย์สระบุรีและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และหรืออาจจัดให้กับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพระนารายณ์ ลพบุรี ซึ่งมีการเสียชีวิตสูง และยังไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ

3. กระตุ้นความร่วมมือกับโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในความร่วมมือเพื่อรับการส่งต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (PCI) และการทำบอลลูนขยายหลอดเลือด (PPCI)

4. กำหนดให้มีการขับเคลื่อนระดับเขต ในการสร้างความแตกฉานทางสุขภาพ (Health literacy) ให้ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในการเฝ้าระวังอาการแสดงและจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

5. Service plan สาขาหัวใจ ระดับเขต กำหนดมาตรการเร่งรัดและต่อเนื่อง เน้นการป้องกันและลดการเสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในกลุ่ม NSTEMI ให้มากยิ่งขึ้น เช่น กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทและนำไปปฏิบัติได้จริงที่ชัดเจน เพิ่มการทำ Cath lab ให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย NSTEMI จัดระบบการคัดกรอง (Triage) และการประชาสัมพันธ์ ในสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้ที่มีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว สร้างความแตกฉานทางสุขภาพเรื่องการเฝ้าระวังอาการแสดง (Warning sign) ของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับประชาชน ทบทวนในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนให้ครอบคลุม

6. Service plan สาขา NCD ระดับเขต เพิ่มมาตรการเร่งรัดและต่อเนื่อง ในการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันโรคแทรกซ้อนอันตรายให้กับกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง โดยเน้นจัดบริการในคลินิกบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การให้สุขศึกษาหรือจัดกระบวนการเพื่อสร้างความแตกฉานทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การจัดการตนเองเมื่อมีอาการ การเรียกใช้บริการรถพยาบาล

7. หน่วยบริการทุกระดับเพิ่มความเข้มแข็งในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษา ป้องกัน และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งชนิด SETMI และ NSTEMI

8. ทุกโรงพยาบาลที่จัดบริการ ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 ควรมีการทบทวนความสะดวก ความง่าย ในการเข้าถึงบริการของประชาชนเมื่อมีภาวะฉุกเฉินต้องส่งต่อ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานให้วิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ดร.เดชา บัวเทศ, ดร.สุรีย์ จันเรือง ,คุณสมทรง บุตรชีวัน คุณพรพิมล พลอยประเสริฐ, คุณวรรณสตรี รัตนลัมภ์ และ คุณธนัตถ์นันท์ โตประมาณ รวมถึงทีมงานในพื้นที่แต่ละโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลใน 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 4 ที่สำคัญยิ่งคือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คำรัส ตรีสุโกศล. (2551). แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment ยกสูง. ในเกรียงศักดิ์ งามแสงสิริ ทรัพย์,เกษม ตันติพานิชธีระกุล,พงษ์ศักดิ์ อินทรเพชร (บรรณาธิการ).**การประชุมวิชาการเทิดพระเกียรติ 12 สิงหามหาราชินีประจำปี.**

2. เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2556). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevateในประเทศไทย. **ในสถานการณ์โรคหัวใจในประเทศไทย STEMIสถาบันโรคทรวงอก**. เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2558, จาก http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf

3. วิชัย เอกพลากร. (2559).**สถานการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและทิศทางการวิจัยในประเทศไทย**.สืบค้นจาก hrn.thainhf.org/document/research/ research_203.pdf.เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2559.

4. Wongvipaporn C. (2011). **Thronbolyticin Acute coronary syndrome**.KhonKaen, KhonKaenkarnpim, Thailand.

5. พัชราภรณ์ อุ่นเตจ๊ะและศิริอรสินธุ.(2554). **โครงการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสาเร็จในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (STEMI) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน.**สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **ยุทธศาสตร์ เป้าหมายและตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบ 2559**.เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2559, จาก https://web.facebook.com/media/set/?set=a.820402314666279.

7. พิสชา เกษมทรัพย์, สุรัชดา กองศรี, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา และจุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์ (2554). การใช้ยาและผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลทุติยภูมิ.**วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน,7**(2),29-39.

8. กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). **พยาธิสรีระวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี่และการพยาบาล.**กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

9. จริยา ตันติธรรม. (2547). กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย:โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.ในจริยาตันติธรรมและคณะ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ.**(พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ.

10. Faxon, D., &Lenfant, C. (2001).Timing is everything: motivating patients to call 9-1-1 at onset of acute myocardial infarction. **Circulation. 104** (11): 1210-11. 1073741833.280384562001393&type=3&_rdr

11. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.**(พิมพ์ครั้งที่ 6).ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

12. พิชญาภัสสร์ วรรณศิริกุล. (2558). **ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความแตกฉานทางสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเทศไทย**. สาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.

13. สมศักดิ์ ชุณหรัศมี.(บรรณาธิการ) (2555). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.).กรุงเทพฯ.

14. สัญญา รัตนวรารักษ์ .(2540). สรุปวิเคราะห์มัธยมศึกษา.มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรจน์ สืบค้นจาก : http://thesis.swu.ac.th/swuebook/h176643.pdf

15. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). **รายงานประจำปี 2553 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.**นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

16. สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล. (2540). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาช้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.**วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล,161 หน้า.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

Happiness at Work Among nurses in Faculty of Tropical Medicine Hospital

ศรีวิไล แสงเลิศศิลปชัย[1], เรณุการ์ ทองคำรอด[2], สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล[3]

Srivilai Saenglertsilapachai[1] , Renukar Thongkhamrod[2] , Somjai Puttapitukpol[3]

(Received: November 28 ,2018 ; Accepted: December 27 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาระดับความสุขของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก ศึกษาระดับความสุขด้วยการสำรวจความสุขด้วยแบบวัดระดับความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) ในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการทั้งหมดในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน ระยะที่ 2 สัมภาษณ์เชิงลึก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตัวแทนพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการจากหอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ทั้งหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษ หน่วยไตเทียม และโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดระดับความสุขด้วยตนเอง(Happinometer) มีความเที่ยง 0.8 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า ความสุขโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน อยู่ในระดับมีความสุข ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนสามอันดับแรก ได้แก่ 1)การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี 2) การได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม และ 3) ความต้องการสมดุลของเวลาและชีวิต และความสุขพื้นฐานของการทำงานพยาบาลคือ ความสุขในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน

Abstract

The purpose of this descriptive research were (1) to study the level of happiness at work of professional nurse (2) to analyze thefactors affecting happiness at work of professional nurse in Faculty of Tropical Medicine Hospital. The population in this study that all of professional nurse.happiness questionnaires and individual interview,observation were used as tools to collect data.This research was divided into two phase study, at first to study level of happiness at work by Happinometer questionnaire.The sample of 61 nurses working at Faculty of Tropical Medicine Hospital.The data had been collected through survey happinometer questionnaire. All questionnaire were examined for content validity by expert about quality of life and psychology.Research data were analyzed by descriptive statistics (percentage , mean,and standard deviation) After result of level of happiness at work They were selected base on random sampling 31 nurses from level of happiness to interview and content analysis.

The research finding were as follows 1) The professional nurses have pleasant their happiness at work of nurses at happy level ($\bar{x}$ =62.53,S.D=7.05) First, Happy soul had top rated ($\bar{x}$ = 73.93, S.D.=11.47) 2) Happy heart ($\bar{x}$ =71.76,S.D.9.03) and the last that Happy relax ($\bar{x}$ = 53.36 , SD.=11.53) so result of this research were 2) The first three of factors related to Happiness at work were relationship with teamwork communication ,compensation and work-life balance. Happiness at work of nurses is patient safety and quality of life.

Keywords: Happiness at Work

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาลมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

ความสุขเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เพราะความสุขคือความรู้สึกด้านบวก ที่ทำให้เกิดความรู้สึกพอใจ ดีใจ สบายใจ อิ่มเอมใจ กับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ได้รับ ความสุขโดยทั่วไป จึงเกิดจากประสบการณ์ และความรู้สึกที่มนุษย์ได้รับและจัดการได้ตามความปรารถนา ทั้งนี้ต้องไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน[1] พยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันจะเป็นระบบการจ้างงานแบบมีระยะเวลา ค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม เป็นธรรม และการมีความก้าวหน้าในวิชาชีพแล้ว แต่การเริ่มต้นชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่ ที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญ ที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย มากมาย จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพใหม่มีความเครียด เนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางคลินิก อีกทั้งการเริ่มงานในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนมีการจัดระบบการหมุนเวียนปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆจนครบก่อนที่จะให้เลือกปฏิบัติงานที่ประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Oermann & Garvin[2] ที่พบว่าความเครียดของพยาบาลวิชาชีพใหม่ ที่พบบ่อยได้แก่ ความรู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการไม่มีสมรรถนะที่เพียงพอ การปฏิบัติงานผิดพลาดเนื่องจากมีภาระงานและหน้าที่รับผิดชอบมากเกินไป ซึ่งเราทราบกันดีว่าการพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ โดยคำนึงถึงคุณค่าและความต้องการของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งต้องมีการฝึกฝนพัฒนาทักษะอย่างเป็นระบบเพื่อสั่งสมเป็นประสบการณ์ในการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพใหม่มีอัตราการลาออกเมื่อครบสัญญา และมีแนวโน้มจะลาออกเพิ่มขึ้น ได้วิเคราะห์สาเหตุพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากความไม่พึงพอใจในค่าตอบแทน บางคนต้องการเปลี่ยนอาชีพ ซึ่งเป็นปัญหาเชิงนโยบาย และสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งคือความเครียดจากการทำงาน เนื่องจากมีประสบการณ์ในการทำงาน ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ รวมทั้งมีปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับบรรยากาศขององค์การ การร่วมงานกับผู้ร่วมงานที่มีวัยแตกต่างกัน ซึ่งความเครียดจากการปฏิบัติงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่ลดความมั่นใจความพึงพอใจในงาน และทำให้ตัดสินใจเปลี่ยนงาน ย้ายงาน หรือลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพใหม่

จากความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน จึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยถึงระดับความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน เพื่อนำเสนอข้อมูลให้แก่คณะผู้บริหารเพื่อการปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน และ เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีอัตราพยาบาลวิชาชีพธำรงรักษาไว้ในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล เวชศาสตร์เขตร้อน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือน มิถุนายน 2560 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน การศึกษาแบ่งออกเป็น สองระยะ คือ ระยะการสำรวจระดับความสุขและการสัมภาษณ์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน จำนวนทั้งหมด 77 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 คน ในการสำรวจระดับความสุข ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 61 คน ได้แก่พยาบาลจากหอผู้ป่วยนอก , พยาบาลจากหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ หน่วยไตเทียม และโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล 2) ระยะที่สอง กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน โดยการเป็นตัวแทนของพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งหมด 31 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มทุกหน่วยงาน และผู้ให้สัมภาษณ์ยินยอม

เครื่องมือในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ แบบสำรวจระดับความสุขด้วยตนเอง(Happinometer) ที่พัฒนาโดย ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ(2555) [1] ฉบับเต็ม

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์** ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยยึดกรอบการวิจัยเป็นหลักในการประเมิน ในลักษณะคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหา (Content Analysis) ประเด็นคำถามปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมไปตามข้อมูลที่ได้รับโดยยึดกรอบการวิจัยเป็นหลัก การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

ขั้นตอนการวิจัย

ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน โดยสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 31 คน เพื่อนำข้อมูลตรวจสอบเนื้อหา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำการในแต่ละหน่วยงานจาก 6หน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสามัญ และพิเศษ หอผู้ป่วยวิกฤติ หน่วยไตเทียม และโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 31 คน ผู้วิจัยสร้างโดยประยุกต์จากผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แนวคำถามสัมภาษณ์ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1 สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน

2.2 สัมภาษณ์เกี่ยวกับสามอันดับแรกของปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน

ประเด็นคำถามระหว่างการสัมภาษณ์ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมไปตามข้อมูลที่ได้รับโดยมีจุดเน้นที่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว แนวคำถามผ่านการตรวจสอบเนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารรับรองเลขที่46/2559 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสนทนาและการตอบแบบสอบถาม โดยสามารถแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่เสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวบุคคล โดยผู้วิจัยยึดถือการพิทักษ์สิทธิ์ดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พยาบาลวิชาชีพเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.36)พยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่ง คือกลุ่มช่วงอายุ 20-30ปี (ร้อยละ 45.9) และที่อยู่ในช่วงมากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 39.34) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.2) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ร้อยละ9.8 เกือบทั้งหมดมีสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ยังคงสภาพข้าราชการเพียงร้อยละ 4.9 เกือบครึ่งหนึ่ง เป็นกลุ่มที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 45.9) และรองลงมา คือกลุ่มที่มีอายุงาน 1-5 ปี (ร้อยละ 39.4) และกลุ่มที่มีอายุงานน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 11.5) ในส่วนของรายได้ พบว่า มากกว่า หนึ่งในสาม คือกลุ่มที่มีรายได้มากสุดคือ 30,001 – 40,000บาท (ร้อยละ39.4) กลุ่มรายได้ในช่วง 20,000-30,000 (ร้อยละ32.8) และกลุ่มที่มีรายได้ถึง 40,001-50,000 บาท (ร้อยละ 24.6) ส่วนใหญ่ สถานภาพโสด (ร้อยละ 79.1) สมรส (ร้อยละ 21.3) ความพอเพียงของรายได้ พบว่า ที่มีความเพียงพอของรายได้ พอใช้และเหลือ

เก็บ มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.4)ในขณะที่กลุ่มพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ(ร้อยละ 42.6) โดยไม่พบกลุ่มที่ไม่พอใช้และเป็นหนี้เลย และ เกือบทั้งหมด อยู่ในสถานภาพพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน จากหน่วยงานต่างๆ โดยมีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพศชาย เพียงคนเดียว และอยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 20-30 ปี เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.83) รองลงมาคือกลุ่มอายุ มากกว่า 40 ปี (ร้อยละ 29.03) ด้านสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 67.75) ผู้ที่สมรสแล้ว (ร้อยละ29.03) มีเพียงท่านเดียว ที่อยู่ในสถานภาพหม้าย/หย่า /แยกกันอยู่ รายได้ส่วนใหญ่ของผู้ให้สัมภาษณ์ อยู่ในช่วง 30,001-40,000 บาท (ร้อยละ 48.37) สำหรับกลุ่มที่มีรายได้ 20,001-30,000 บาท และ 40,001 -50,000 บาท อยู่ในระดับพอๆกัน และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ที่พอใช้และมีเก็บคิดเป็นร้อยละ 61.29 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างที่รายได้พอใช้แต่ไม่พอเก็บส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 38.71)

2. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนโดยรวม และรายด้าน

ตาราง 1 ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนโดยรวม และรายด้าน

มิติความสุข	$\bar{x}$	S.D
ด้านจิตวิญญาณ	73.93	11.47
ด้านน้ำใจ	71.76	9.03
ด้านสุขภาพกาย	62.29	11.95
ด้านใฝ่หาความรู้	62.29	12.42
ด้านสังคม	62.02	10.97
ด้านการเงิน	61.11	13.72
ด้านการงาน	58.44	11.29
ด้านครอบครัว	55.19	19.13
ด้านผ่อนคลาย	53.36	11.53
ความสุขโดยรวม	62.53	7.05

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงาน

3.1 ความสุขเกิดจากการมีผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานที่ดี โดยให้ความสำคัญกับเพื่อนร่วมงานมากที่สุด เพราะต้องอยู่ทำงานด้วยกัน ช่วยเหลือกันในระหว่างทำงานโยเฉพาะในเวลาภาระงานมาก และเร่งรีบ

3.2 นโยบาย ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ค่าตอบแทนและสวัสดิการ และพบว่าให้ความสำคัญกับทุกเรื่อง แต่ให้น้ำหนักที่เรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการมากที่สุดเพราะเป็นผลกระทบโดยตรงถึงความสุขในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มGen Y

3.3 ความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว ต้องการความสมดุลของเวลาที่ใช้ในการทำงานกับเวลาที่ต้องการอยู่กับครอบครัวมากขึ้นสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนทำงานในยุค ไทยแลนด์ 4.0

3.4 สภาพแวดล้อมในการทำงาน กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ได้แก่ แสงสว่าง น้ำไม่ไหล ไฟดับ สัญญาณอัคคีภัย แต่ให้ความสำคัญกับความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์มากที่สุด รวมถึง ญาติผู้ป่วย

3.5 การได้รับโอกาสสนับสนุนการศึกษาในการพัฒนาความรู้ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ เนื่องจากการได้รับการส่งเสริมให้ศึกษา พัฒนาความรู้ เป็นส่วนหนึ่งของความก้าวหน้าในอาชีพ ทำให้ได้รับการยอมรับ และส่งเสริม

4. การจัดสามอันดับแรกที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาล

4.1 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน

4.2 ปัจจัยด้านค่าตอบแทน สวัสดิการ

4.3 ปัจจัยสมดุลของเวลางานและครอบครัว

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มีค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =62.53, S. D.= 7.05) ซึ่งต่างกันกับการศึกษาระดับความสุขในการทำงานของพยาบาล : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชของชุติกาญจน์ เปาทุย (2553)[3] ที่พบว่าพยาบาลมีระดับความสุขในการทำงานระดับสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ เนื่องจากคณะเวชศาสตร์เขตร้อนเป็นคณะที่ไม่ใช่องค์กรขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลกำลังอยู่ในระยะการพยายาม

ปรับการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมรับการตรวจเยี่ยมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมถึงความพยายามที่จะต้องปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ต่างๆตามที่องค์กรมีนโยบายตามยุทธศาสตร์ของคณะฯ ดังนั้น ใน การเตรียมสำรวจประเมินเพื่อการตรวจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่งผลให้ภาระงานด้านเอกสารเพิ่มมากขึ้น จึงอาจมีส่วนให้เกิดความเบื่อหน่าย เครียด และมีความสุขในการทำงานลดลง

แต่หากพิจารณาโดยละเอียด จะพบว่า ผลการวิเคราะห์ ความสุขโดยรวม เมื่อแยกตามหน่วยงาน พบว่า มีสามหน่วยงานที่มีระดับความสุขโดยรวมในระดับมากสามอันดับแรก ได้แก่ หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยสามัญ และโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งมีสองกลุ่มงานที่มีลักษณะงานแบบหอผู้ป่วยนอก คือหอผู้ป่วยนอก และโรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล คือ การปฏิบัติงานเช้าถึงเย็น ทำให้มีรูปแบบวิถีชีวิตกับการทำงานที่เหมือนการปฏิบัติงานอาชีพอื่น ในขณะที่หน่วยไตเทียม และหอผู้ป่วยวิกฤติ มีระดับความสุข น้อยที่สุดสองอันดับสุดท้าย ด้วยบทบาทหน้าที่ ลักษณะงาน ที่ต้องดูแลให้บริการผู้ป่วยหนัก และการอยู่เวรยามวิกาล หรือการที่ต้องปฏิบัติงานด่วนในรายที่มีปัญหาไตวายฉับพลัน หรือเพื่อแก้ปัญหาความไม่สมดุล จากการติดเชื้อรุนแรง สอดคล้องกับพรรณิภา สืบสุข (2548)[4] ที่กล่าวว่า ลักษณะงานที่เหมาะสมกับงาน ความสามารถ ความเป็นลักษณะเฉพาะที่ต้องอาศัยความชำนาญ จึงทำให้มีความต่างกัน ซึ่งถ้าพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการบริการผู้ป่วย มีความแตกต่างกัน ทั้งจำนวนผู้ป่วย สภาพผู้ป่วย อีกทั้ง อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ความรู้ประสบการณ์ในการทำงาน การพิจารณาจากข้อมูลรายด้าน จะพบว่า ความสุขด้านจิตวิญญาณดี มีคะแนนความสุขที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ระดับ คือ มีความสุขและมีความสุขอย่างยิ่ง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่มีความสุขอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 50.8 และกลุ่มระดับที่มีความสุข ร้อยละ 49.2 ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ($\bar{x}$ =3.50, S.D=.504) ซึ่งเป็นไปได้จากการที่พื้นฐานจิตใจของพยาบาลมีความเมตตากรุณา และความเป็นวิชาชีพ ที่ทำการพยาบาลเพื่อต้องการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย อีกทั้งเห็นได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ อ๋องคณา (2549)[5] ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้วยความรัก ความเมตตา มีศรัทธาที่ดี ยึดมั่นคุณธรรมจริยธรรม และหลักธรรมศาสนา และเห็นได้จากการที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรมการตักบาตรในวาระสำคัญๆเสมอ และการจัดสถานที่สำหรับตักบาตรทุกเช้าให้แก่บุคลากรและผู้รับบริการ ญาติผู้ป่วย และหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งมีคะแนนด้านจิตวิญญาณที่ดี เพราะมีการนิมนต์พระให้ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบุคลากรได้มีกิจกรรมร่วมด้วย โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่เป็นระยะสุดท้าย เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสงบ อีกทั้งเป็นการเตรียมใจญาติด้วย

2. สำหรับการจัดอันดับคะแนนโดยรวมของความสุขรายด้าน พบว่า 1) ความสุขด้านจิตวิญญาณ 2) ความสุขด้านน้ำใจ 3) ความสุขด้านการใฝ่หาความรู้ 4) ความสุขด้านสังคม 5)ความสุขด้านสุขภาพ 6)ความสุขด้านการเงิน 7) ความสุขด้านการงาน 8) ความสุขด้านครอบครัวและที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการผ่อนคลาย ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของกรณีศึกษา : โรงพยาบาลศิริราชของชุติกาญจน์ เปาทุย (2553) [3] ที่แม้จะดูว่างานของที่โรงพยาบาลศิริราชมีภาระงานหนัก คนไข้จำนวนมาก แต่คะแนนด้านการผ่อนคลายต่ำที่สุด และคะแนนความสุขโดยรวมสูงและการที่คะแนนความสุขด้านผ่อนคลายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนมีคะแนนน้อย อาจเนื่องมาจากพยาบาลในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนมีจำนวนน้อย และในขณะที่การพัฒนาโรงพยาบาลขยายขึ้น และมีลักษณะผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากเดิมมากขึ้น โดยพบเป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจำนวนมาก การขึ้นเวรทำงานจึงมีชั่วโมงการทำงานมากตามหลักการผลิตภาพทางการพยาบาล (productivity) และ ที่พบได้ว่าความสุขด้านการเงิน อยู่ในระดับที่ดี โดยเมื่อพิจารณาหน่วยงานที่มีความสุขมากที่สุด ได้แก่ ไตเทียม มีความสุข ร้อยละ 100 หอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยพิเศษ มีระดับที่ไม่มีความสุข ด้านการเงิน ร้อยละ และ ตามลำดับ เนื่องจากลักษณะงานไตเทียมเป็นงานแบบผู้ป่วยนอกเป็นงานที่ปฏิบัติเป็นรอบวงจรการฟอกเลือด และทำการวันละสองรอบ ในขณะที่อัตราค่าตอบแทนที่ได้ดีมาก คือ คิดเป็นรอบๆ ละ1,100บาทต่อ 5 ชั่วโมง ในขณะที่หอผู้ป่วยทั่วไป ต้องทำงานล่วงเวลา 8 ชั่วโมง จึงจะได้รับค่าตอบแทน 1,000บาท หรือ แม้แต่หอผู้ป่วยหนัก ต้องทำงาน 8 ชั่วโมงจึงจะได้อัตรา

ตอบแทน 1,200 บาท อย่างไรก็ตาม การทำงานที่มากขึ้น เนื่องจากการมีอัตรากำลังบุคลากรไม่เพียงพอ แต่ก็ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่ได้ผ่อนคลาย ขาดความสุขในการผ่อนคลาย ทำให้คะแนนด้านนี้ต่ำได้ ซึ่งเมื่อพิจารณารายหน่วยงานก็พบคะแนนด้านการผ่อนคลายของหน่วยไตเทียม มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่น้อยเช่นกัน ($\bar{x}$ =48.75)

3. คะแนนความสุขด้านสุขภาพกาย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ($\bar{x}$ =62.29, S.D =11.95) ที่ระดับปานกลางซึ่งจัดอันดับเป็นอันดับที่ 3 พบว่า แตกต่างจากการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศิริราช ของชุติกาญจน์ เปาทุย (2553) [3] พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขทางกายมาก เป็นอันดับที่สอง ($\bar{x}$ =3.66)และการศึกษาความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพ ของฐิตารีย์ ยงค์ประวัติ (2556) [6] ที่แม้จะอยู่ระดับปานกลาง แต่คะแนนเฉลี่ย($\bar{x}$ = 3.48) ซึ่งเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญและคำนึงถึงสุขภาพบุคลากรจัดให้มีสถานที่การออกกำลังกาย ไม่มีข้อจำกัด และไม่เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน

4. คะแนนด้านการผ่อนคลาย พบว่า มีคะแนนน้อยที่สุดแต่ละหน่วยงานมีคนที่อยู่ในระดับ ไม่มีความสุข ได้แก่ ไตเทียม 1คน คิดเป็นร้อยละ 25 หอผู้ป่วยนอก 2 คนคิดเป็นร้อยละ 20 หอผู้ป่วยพิเศษ 6 คน คิดเป็น 31.6 หอผู้ป่วยสามัญ 6คน คิดเป็นร้อยละ 42.9 และ โรงเรียนผู้ช่วยพยาบาล 1คน คิดเป็น ร้อยละ 20 ซึ่งบริบทของแต่ละหน่วยงานต่างกัน แต่ไม่มากนัก แต่พบว่ามีระดับความสุขน้อย ต่างกับการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช ที่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ ที่มีหน่วยงานมาก ภาระงานมาก ลักษณะผู้ป่วยมีระดับการต้องการพยาบาลมาก แต่ไม่พบว่า คะแนนด้านการผ่อนคลายจะน้อยมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะอัตรากำลังที่มากกว่าสามารถบริหารจัดการให้มีบุคลากร หยุดพักผ่อน หรือเวรหยุดได้ กรณีต้องการผู้ช่วยในยามคับขัน เช่นไม่สบายจำเป็นต้องหยุดพักหลายเวรได้ ที่พบเห็นได้ชัดเจน คือหอผู้ป่วยวิกฤติ และไตเทียมในเรื่องของภาระงาน

จากการอภิปรายผลจึงสรุปได้ว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนรายด้าน พบว่า อันดับหนึ่ง ได้แก่ ความสุขด้านจิตวิญญาณ ($\bar{x}$ = 73.93,SD= 11.47) ซึ่งด้วยเหตุของการปฏิบัติงานที่บุคลากรพยาบาลมีคะแนนความสุขด้านนี้สูงที่สุด เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีคุณธรรม จริยธรรมประจำใจ มีความศรัทธาในศาสนาและมีศีลธรรมในการดำเนินชีวิต การให้การพยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยรอด ปลอดภัยเป็นหลัก มีความอิ่มเอมใจเมื่อสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่วิกฤติและปลอดภัย ด้วยการให้การพยาบาลอย่างเต็มที่ เพราะในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วย ให้ครบองค์รวม เป็นความละเอียดอ่อนด้านจิตใจโดยเฉพาะ ในยามที่ต้องมีการติดต่อสื่อสารเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ไม่ดี สอดคล้องกับการพยากรณ์โรค การให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วย และการให้เวลาของญาติกับผู้ป่วยในวาระสุดท้าย การจัดให้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายตอบสนองตามความต้องการของญาติและผู้ป่วย รองลงมาได้แก่ ความสุขด้านการมีน้ำใจดี ($\bar{x}$ =71.76, SD=9.03) เป็นการแสดงถึงการมีวัฒนธรรมที่ดีขององค์กร ที่อยู่ร่วมกันด้วยความมีน้ำใจกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในขณะที่ความสุขในด้านที่มีคะแนนอันดับสาม ได้แก่ ด้านการใฝ่ความรู้ และด้านการมีสุขภาพดี ($\bar{x}$ =62.29, SD=12.42 และ 11.95 ตามลำดับ) สามารถอธิบายได้ถึงการอยู่ในมหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันที่ส่งเสริมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ให้มีสุขภาพกายดี ซึ่งพบว่า การที่อยู่ในองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพประจำปี การจัดเวลาให้มีการออกกำลังกายแอโรบิคตอนเย็นในวันจันทร์ และศุกร์ การจัดให้มีห้องออกกำลังกาย อันดับสี่ ได้แก่ ความสุขด้านการมีสังคมดี ($\bar{x}$ =62.02, SD=10.97) การอยู่ในสังคมของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัฒนธรรมองค์กร ค่านิยมร่วมกัน ย่อมนำพาให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างดี เพราะการอยู่ในสังคมของคนดี คิดดี ทำดี มีความรู้ความสามารถ ย่อมนำพากันไปในทิศทางที่ดี สร้างสรรค์ สร้างประโยชน์ให้แก่สังคม ชักพากันทำในสิ่งที่ถูกต้อง สร้างความสุขสบายทางจิตใจ พากันเดินไปในเส้นทางที่ดีงาม และพัฒนาร่วมกัน ตามมาด้วยความสุข เติมเต็มด้วยด้านส่งเสริม ด้านการเงินดี ($\bar{x}$ =61.11, SD=13.72) เนื่องจากปัจจุบันมีการปรับค่าตอบแทน ทำให้การทำงานได้รับผลตอบแทนที่ดีขึ้นมากกว่าเดิม อย่างไรก็ตามการหาได้และใช้เป็น ใช้แบบพอดีรู้จักการวางแผนออมเงิน ย่อมจะทำให้อยู่ได้ไม่ขัดสน ไม่มีปัญหาหนี้สิน เป็นสิ่งที่สำคัญกว่าการ

หารายได้จำนวนมาก และความสุขด้านการงานดี ($\bar{x}$ =58.44, SD=11.29) แสดงถึงการที่บุคลากรมีความสบายใจ หรือพอใจในที่ทำงาน มีความรัก ความผูกพัน และความภาคภูมิใจ ในองค์กร มีความมั่นใจหรือพอใจในอาชีพรายได้ การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น

สำหรับความสุขด้านครอบครัวดี ($\bar{x}$ =55.19, SD=19.13) ซึ่งพบว่ามีทั้งผู้ที่ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง ในขณะเดียวกันระดับที่มีความสุข และไม่มีความสุขอยู่ในระดับพอๆกัน และมีกลุ่มที่มีความสุขมาก 14 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าสถาบันครอบครัวเป็นพื้นฐานชีวิต ความแข็งแรงของความผูกพันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี แม้กระทั่ง เวลาที่มีปัญหาหรืออุปสรรคและได้รับการช่วยเหลือดูแลกันจากคนในครอบครัวเป็นพลังสร้างความคิด ความเชื่อและความศรัทธาจากครอบครัวไปสู่สังคมได้ สุดท้ายคะแนนความสุขด้านการผ่อนคลายที่พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด($\bar{x}$ =53.36, SD=11.53) ปัจจุบันผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนทางอายุรกรรม และการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น และการมีกิจกรรมการพยาบาลจะค่อนข้างมาก ได้แก่ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ซึ่งต่างจากการดูแลผู้ป่วยโรคทางเขตร้อนในอดีต อีกทั้งบุคลากรที่ทำงานอยู่มีอายุค่อนข้างมากกับกลุ่มที่ยังเป็นเด็กใหม่ ซึ่งมีช่องว่างระหว่างวัยร่วมอยู่ด้วย และพบว่า มีผู้ที่อยู่ในระดับไม่มีความสุขถึง 20 คน คิดเป็นร้อยละ32.78 จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในขณะที่การขยายการบริการกลุ่มผู้สูงอายุให้มากขึ้น และการทำงานหนักเพียงอย่างเดียว จะทำให้ชีวิตขาดการผ่อนคลาย อย่างไรก็ตามสำหรับคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน อยู่ในระดับที่มีความสุข ($\bar{x}$ =62.53)

ประเด็นหลักของปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน <u>สามอันดับแรก</u>ที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ได้แก่

1. การมีเพื่อนร่วมงานที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสุขกับการคิดคงอยู่ในวิชาชีพของพยาบาลไทย ของศิริพร จิรวัฒน์กุลและคณะ รวมถึง การศึกษาความสุขของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดสมุทรสาคร ของเนตรสวรรค์ จินตนาวลี เช่นกัน ที่ได้กล่าวไว้เช่นกัน เพราะความสุขในการทำงานของพยาบาลต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันในทีม เพื่อให้งานสำเร็จ ดังเช่น หลักแนวคิดของแมเนี่ยน ที่ว่า ความสุขในการทำงานเริ่มจากสัมพันธภาพของบุคลากรในทีม มีการสื่อสารประสานงานงานกัน ติดต่อสัมพันธ์ การช่วยเหลือในระหว่างการทำงาน ไม่เพียงแต่เฉพาะเพื่อนร่วมงาน ยังหมายถึงหัวหน้าด้วย เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เวลาที่มีปัญหาจะช่วยกันแก้ไข และทำให้งานนั้นผ่านไปราบรื่น การมีส่วนร่วม หรือได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการทำงาน ตั้งใจมุ่งมั่นเพื่อความสำเร็จของงานและความก้าวหน้า

2. การได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัจจุบันรวมถึงการได้รับสวัสดิการจากองค์กร เพราะวิถีชีวิตการใช้สิทธิ์ของแต่ละคนจะมีผลมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ แม้แต่การเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยก็ตาม การได้รับสวัสดิการจากองค์กร เช่นการจัดหอพักให้เป็นสวัสดิการ การให้ชุดปฏิบัติงาน การมีส่วนลดค่ารักษา เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ควรได้รับ ส่งผลให้มีความสุขที่ได้อยู่ทำงานกับองค์กรนี้ต่อไป แทบทุกการศึกษาจะมีปัจจัยเรื่องของค่าตอบแทนเกี่ยวข้องเสมอ เนื่องจากทุกคนทำงานเพื่อหารายได้ แต่ทุกองค์กรมีความต่างกัน ในบริบท และงบประมาณ ปัจจุบันสถานการณ์เปลี่ยนระบบการเป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ จึงมีข้อจำกัดที่ผู้บริหารต้องบริหารจัดการให้เป็นธรรม และโปร่งใสที่สุด อย่างไรก็ตาม พยาบาลวิชาชีพ เป็นวิชาชีพที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง และเป็นวิชาชีพที่ขาดแคลน สมควรที่ต้องธำรงรักษาบุคลากรทั้งคนรุ่นเก่าที่เข้าสู่ผู้สูงอายุ และรุ่นใหม่ที่เพิ่งเริ่มต้นการทำงานของวิชาชีพ การดูแลให้สวัสดิการที่เหมาะสม และค่าตอบแทน เป็นการลงทุนที่ไม่สูญเปล่า เพราะพยาบาลเป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่เป็นสินทรัพย์มีค่าขององค์กร

3. การได้รับสมดุลเวลาของการทำงานกับครอบครัว เพราะการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยมากขึ้น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน การเดินทาง ลักษณะการทำงานที่เป็นผลัดเวรเดิม ย่อมส่งผลกระทบต่อการจัดสรรเวลาให้ครอบครัว คนรุ่นใหม่จึงต้องการสมดุลของการทำงานกับชีวิตครอบครัวมาก

ขึ้น เพราะสมดุลชีวิตและการทำงานมีความแตกต่างกันไป เช่น คนโสด และคนที่แต่งงาน มีครอบครัว บุตรหลานดูแล คนที่อยู่ในวัยเริ่มต้นทำงาน กับผู้ที่อยู่วัยใกล้เกษียณ ย่อมต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาความสุขในการทำงานในมุมมองของพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ของ นภาพร รักผกา และ การศึกษาของทรียาพรรณ สุภามณีและคณะ ซึ่งศึกษาถึงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนกลายเป็นความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล เช่นกัน หรือหากมองถึงบทบาทของการเป็นมารดา เมื่อมีโอกาสสำคัญ ของโรงเรียนบุตร แต่มารดาไม่สามารถไปทำหน้าที่ให้การเอาใจใส่บุตร ย่อมเป็นความรู้สึกผิด บกพร่องในหน้าที่ อีกทั้ง กรณี บิดามารดาป่วย บางคนต้องการกลับไปต่างจังหวัด เพื่อดูแลเป็นระยะเวลาช่วงหนึ่ง ย่อมส่งผลกระทบกับผู้ที่อยู่ทำงาน จึงเป็นประเด็นหนึ่งที่สำคัญและต้องการการตอบสนองให้เหมาะสม เพราะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความสุขในการทำงาน เพราะเป็นความคาดหวังและความต้องการในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต.(2555). "*คู่มือการวัดระดับความสุขด้วยตนเอง"นครปฐม: โรงพิมพ์ธรรมดา เพลส จำกัด*

2. O'Donnell,G.and Oswald, A.J.,2015 *National well-being policy and a weighted approach to human feeling.* Ecological Economics,pp.59-70

3. ชุติกาญจน์ เปาทุย. (2553). *ศึกษาระดับความสุขในการทางานของพยาบาล : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศิริราช* (ปริญญาศิลปศาตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยศิลปากร,กรุงเทพฯ.

4. พรรณิภา สืบสุข. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ลักษณะงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยของรัฐ* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

5. กัลยารัตน์ อ๋องคณา. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้คุณค่าในตนสภาพแวดล้อมในงาน กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) จุฬาลงกรณ์หาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

6. ฐิตารีย์ ยงค์ประวัติ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยและสภาพแวดล้อมที่ดึงดูดใจในการทำงานกับความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลบุณฑริก

Factors in diabetic patients associated with major depressive disorder at Buntharik hospital.

ชาญวิชญ์ โพธิสุวรรณ[1]

Chanwit Pothisuwan[1]

(Received: January 7 ,2019 ; Accepted: February 26 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบุณฑริก การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริกซึ่งได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย ICD-10 รหัส E08-E13 ร่วมกับ F32.0-F32.9 ทั้งหมด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 – 30 กันยายน พ.ศ. 2561 ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q 9Q และยืนยันการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยแพทย์จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตาม DSM-IV TR

ผลการวิจัย: จากผู้ป่วยเบาหวานจำนวนทั้งสิ้น 4,179 ราย มีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 192 ราย อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบุณฑริกเป็นร้อยละ 4.6 จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดโรคซึมเศร้าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบไม่มีภาวะแทรกซ้อน (E11.9) จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 63.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 144 ราย (ร้อยละ 75.0) อายุเฉลี่ย 61.3 ปี (± SD 13.2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ($p < 0.01$) ผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c ตั้งแต่ 7% ขึ้นไป ($p < 0.01$) ผู้ป่วยที่มีค่า GFR ต่ำกว่า 30 ml/min ($p < 0.01$) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ($p = 0.01$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคซึมเศร้า, โรงพยาบาลบุณฑริก

Abstract

This study was retrospective descriptive study aim to study factors in diabetic patients associated with major depressive disorder and prevalence rates of major depressive disorder in diabetic patients at Buntharik Hospital. Data of patients diagnosed with ICD-10 both of E08-E13 and F32.0-F32.9 during October 1st 2017 – September 30th 2018 were collected retrospectively from medical records. Major depressive disorder in diabetic patients was defined as the out patients visit with screening of 2Q, 9Q and confirmed diagnosis of major depressive disorder by doctors with clinical presentation of DSM-IV TR.

Results: All 4,179 patients were included in the study. Type 2 diabetes mellitus without complications (E11.9) accounted for 121 patients (63.1%) with female dominance (75%). Mean age was 61.3 ± 13.2 years. Major depressive disorder was found in 192 patients (4.6%). Age above 60 years old ($p < 0.01$), HbA1c above 7% ($p < 0.01$), GFR below 30 ml/min ($p < 0.01$) and patients received inpatient treatment ($p = 0.01$) were risk factors of major depressive disorder in statistic significant.

Keywords: diabetic patients, major depressive disorder, Buntharik hospital

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุณฑริก

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ นอกจากนี้โรคซึมเศร้ายังมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยทางกายอีกด้วย มีการศึกษาของ Roy T และคณะ[1] เป็น systemic review ในปี ค.ศ. 2012 พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองเกือบเป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.1 กับ ร้อยละ 10.7) และมีการศึกษาของ J.L. Rodriguez Calvin ในปี ค.ศ. 2015[2] ที่พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เป็นร้อยละ 32.7 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองสูงขึ้น[3,4] ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษา จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น[5] จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหลักอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศหญิง[6] ในปีงบประมาณ 2559-2560 จำนวน 4,053 และ 4,106 รายตามลำดับ ในปีเดียวกันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสมในโรงพยาบาลจำนวน 683 และ 783 ราย[7,8] จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน จึงทำการวิจัยนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน และอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบุณฑริก

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดในปีงบประมาณ 2561 ทั้งหมด

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบุณฑริก ที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) E08-E13 ร่วมกับ F32.0-F32.9 ทั้งหมด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560 – 30 กันยายน พ.ศ. 2561 ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q 9Q และยืนยันการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยแพทย์จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยตาม DSM-IV TR

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลข SSJ.UB 2561-043

ข้อมูลที่ทำการศึกษา แบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ รหัสโรค วินิจฉัยเบาหวาน ค่า HbA1c ที่ตรวจล่าสุด ค่า GFR ที่ตรวจล่าสุด รูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับ ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าซึ่งยืนยันโดยแพทย์จากอาการทางคลินิกและลงรหัสตาม ICD-10

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Odds ratio และ Chi-square ในการเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดและไม่เกิดโรคซึมเศร้า กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 4,179 ราย ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 192 ราย อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบุณฑริกเป็นร้อยละ 4.6 ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,953 ราย (ร้อยละ 70.7) อายุเฉลี่ย 58.7 ปี (± SD 11.8) โดยผู้ป่วยอายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี

จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 192 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 144 ราย (ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ย 61.3 ปี (± SD 13.2) โดยผู้ป่วยอายุน้อยสุด 19 ปี อายุมากที่สุด 95 ปี ข้อมูลทางคลินิกผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (E11.9) จำนวน 121 ราย (ร้อยละ 63.1) ค่า FBS เฉลี่ย 176.2 mg/dL (± SD 85.6) โดยค่า FBS ต่ำสุดอยู่ที่ 40 mg/dL สูงที่สุด 745 mg/dL ค่า HbA1c เฉลี่ย 11.4% (± SD 3.3) โดยค่า HbA1c ต่ำสุดอยู่ที่ 4.4% สูงที่สุด 19.6% ค่า GFR เฉลี่ย 53.5 ml/min (± SD 38.2) โดยค่า GFR ต่ำสุดอยู่ที่ 2.9 ml/min สูงที่สุด 145.9 ml/min ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 167 ราย (ร้อยละ 87)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานกับปัจจัยต่างๆ

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานกับปัจจัยต่างๆ

	โรคซึมเศร้า	ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	Odd ratio	95%CI	p
เพศหญิง	144	2,809	1.26	0.90-1.76	0.18
เพศชาย	48	1,178			
อายุ 60 ปีขึ้นไป	108	84	1.49	1.11-1.99	< 0.01
อายุน้อยกว่า 60 ปี	1,848	2,139			
เบาหวานชนิดที่ 1	18	326	1.16	0.71-1.91	0.57
เบาหวานชนิดที่ 2	174	3,661			
FBS มากกว่า 130 mg/dL	128	2,773	0.88	0.64-1.19	0.40
FBS ตั้งแต่ 130 mg/dL ลงมา	64	1,214			
ค่า HbA1c ตั้งแต่ 7% ขึ้นไป	170	22	2.85	1.82-4.47	< 0.01
ค่า HbA1c น้อยกว่า 7%	2,912	1,075			
ค่า GFR ต่ำกว่า 30 ml/min	73	119	4.85	3.56-6.59	< 0.01
ค่า GFR ตั้งแต่ 30 ml/min ขึ้นไป	448	3,539			
การรักษาแบบผู้ป่วยใน	15	177	2.01	1.61-3.49	0.01
การรักษารูปแบบอื่น	161	3,826			

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 1.49 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (Odd ratio 1.49, 95%CI 1.11-1.99, p < 0.01) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c ตั้งแต่ 7% ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2.85 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c น้อยกว่า 7% (Odd ratio 2.85, 95%CI 1.82-4.47, p < 0.01) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า GFR ต่ำกว่า 30 ml/min มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 4.85 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า GFR ตั้งแต่ 30 ml/min ขึ้นไป (Odd ratio 4.85, 95%CI 3.56-6.59, p < 0.01) และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2.01 เท่าของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษารูปแบบอื่น (Odd ratio 2.01, 95%CI 1.61-3.49, p = 0.01)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวน 192 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดโรคซึมเศร้า

ร้อยละ 4.6 แตกต่างจากการศึกษาของพรรณพิไล วิริยะ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ ที่พบว่า สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.9 [9] เนื่องจากกลุ่มประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานเท่านั้น ไม่ได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แตกต่างจากการศึกษาของ J.L. Rodriguez Calvin ในปี ค.ศ. 2015 ที่พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เป็นร้อยละ 32.7 [2] แตกต่างจากการศึกษาในสเปนของ Salinero-Fort และคณะ ในปี ค.ศ. 2018 ที่พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นร้อยละ 20.03 [10] แตกต่างจากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ ที่พบว่า ความชุกของของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นร้อยละ 15.83 [11] และแตกต่างจากการศึกษาของพิรุณี สัพโส ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.3 [12] ซึ่งค่าที่แตกต่างกันน่าจะมาจากเกณฑ์การประเมินและวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การคัดกรองโรคซึมเศร้า ส่งผลให้การค้นหาผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต่ำ แม้อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษานี้น้อยกว่าการศึกษาอื่น แต่ก็มากกว่าอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่ทำการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 2.2 [13] สอดคล้องกับการศึกษาของ Bădescu SV และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานและโรคซึมเศร้าโดยมีสมมติฐานจากความเครียดและกระบวนการอักเสบซึ่งทำให้พบโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็น 2-3 เท่าของผู้ป่วยอื่น [14] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Roy T และคณะ ในปี ค.ศ. 2012 พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองเกือบเป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19.1 กับ ร้อยละ 10.7) [1]

จากการศึกษาของพิรุณี สัพโส ที่ศึกษาพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 12.2 เพศชายร้อยละ 5.9 [12] การศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะที่พบว่า ผู้ป่วยหญิงมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยชาย คือ ร้อยละ 18.33 [11] และข้อมูลที่ตีพิมพ์ในปีค.ศ. 2014 American association of suicidology ที่พบว่า ความชุกชั่วชีวิตในการป่วยโรคซึมเศร้าในเพศหญิงเป็นร้อยละ 30 ซึ่งมากกว่าเพศชาย [5] ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 144 ราย (ร้อยละ 75.0) แต่มีการศึกษาของ Kiyuri Naicker ในปี ค.ศ. 2017 ที่พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้นในผู้ป่วยชายที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคซึมเศร้า (hazard ratio 3.47, 95% CI 1.96, 6.14) [15] จากการศึกษานี้ ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61.3 ปี (± SD 13.2) คล้ายคลึงกับการศึกษาของพิรุณี สัพโส ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลพังโคน มีอายุเฉลี่ย 61.7 ±10.2 ปี [12]

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานกับปัจจัยต่างๆ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 1.49 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี (Odd ratio 1.49, 95%CI 1.11-1.99, p < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ J.L. Rodriguez Calvin ในปี ค.ศ. 2015 ที่พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น [2] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c ตั้งแต่ 7% ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2.85 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c น้อยกว่า 7% (Odd ratio 2.85, 95%CI 1.82-4.47, p < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Salih Eker ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2018 พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c ที่สูงมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและระดับอาการของโรคซึมเศร้าที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.018) [16] ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า GFR ต่ำกว่า 30 ml/min มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 4.85 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า GFR ตั้งแต่ 30 ml/min ขึ้นไป (Odd ratio 4.85, 95%CI 3.56-6.59, p < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shayan Shirazian และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังพบการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงขึ้น [17] และผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

ซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็น 2.01 เท่าของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษารูปแบบอื่น (Odd ratio 2.01, 95%CI 1.61-3.49, p = 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของ Andreoulakis E และคณะในปี ค.ศ. 2012 ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ดีพบการเกิดโรคซึมเศร้าสูงขึ้น [18] เนื่องจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ทำให้ต้องดูแลตนเองควบคุมอาหาร ป่วยง่ายขึ้น ทำให้ต้องรักษาเป็นผู้ป่วยในมากกว่ารักษาแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงลดลง ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากขึ้น อีกด้านหนึ่งมีการศึกษาของ Katon WJ ในปี ค.ศ. 2008 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลต่อการควบคุมอาหาร ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยา รวมถึงการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเอง [19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Richard I. G. Holt ในปี ค.ศ. 2014 พบว่า ความเกี่ยวข้องของโรคซึมเศร้าและโรคเบาหวานมีทั้งจากด้านปัจจัยทางชีวภาพและพฤติกรรม เช่น การทำงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis กระบวนการของการอักเสบ วงจรการนอนหลับ ชีวิตประจำวันที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย นิสัยและพฤติกรรมการรับประทาน รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม [20] ซึ่งส่งผลให้พยากรณ์ของโรคทั้งเบาหวานและซึมเศร้าไม่ดี

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด ลำดับการวินิจฉัยและรักษาโรคเบาหวานและซึมเศร้า รวมทั้งควรมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร่วมด้วย จากการศึกษาครั้งนี้ควรมีแนวทางชัดเจนในการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานทุกราย รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป และจากการศึกษานี้พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบุณฑริกค่อนข้างต่ำ จึงควรมีการส่งเสริมให้ประชาชนในอำเภอตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ส่งเสริมความเข้าใจและร่วมมือในการรักษา เพื่อป้องกันปัญหาอื่นๆที่ตามมา เช่น การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย รวมทั้งการที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางไต ตา หรือโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง และเส้นประสาทอื่นๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.ณัฏฐ์วรัตถ์ เอนกวิทย์ ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายของโรงพยาบาลบุณฑริก ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยนี้เกิดขึ้นและเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systemic review. J Affect Disord. 2012 Oct; 142 Suppl: S8-21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)7004-6.
2. Rodriguez Clavin JL, Zapatero Gaviria A, Rios M. Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. Revista Clinica Espanola, 2015 April ;215(3):156–64.
3. Li H, Luo X, Ke X, Dai Q, Zheng W, Zhang C, et al. Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population. PLoS One. 2017 Oct. doi: 10.1371/journal.pone.0186143.
4. Ahmed HU, Hossain MD, Aftab A, Soron TR, Alam MT, Chowdhury MWA, et al. Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia Region: A systematic review. WHO South East Asia J Public Health. 2017;6(1):60–6.
5. Depression and Suicide Risk (2014) [Internet]. [cited 2018 Sep 1]. Available from: https://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depressionsuicide2014.pdf
6. International Health Policy Program Foundation. Disability-Adjusted Life Year: DALY. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand officer of printing mill; 2014.
7. Data center of Buntharik Hospital. Statistics of patient in Buntharik hospital. Ubon Ratchathani: Buntharik hospital; 2016.

8. Data center of Buntharik Hospital. Statistics of patient in Buntharik hospital. Ubon Ratchathani: Buntharik hospital; 2017.

9. Panpilai Wiriya, Kittiporn Nawsuwan. Prevalence of Depression in Diabetic and Hypertension Patients In Khlong Hoi Khong District, Songkhla. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017 Apr;4(special):1–18.

10. Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, Andrés-Rebollo FJS, Cárdenas-Valladolid J, Abánades-Herranz JC, Pau EC de S, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain (the DIADEMA Study) : results from the MADIABETES cohort. BMJ Open. 2018 Sep 1;8(9):e020768.

11. Somporn Rungreangkulkij, Yupa Thavornpitak, Waraluk Kittiwatanapaisan, Ingkata Kotnara, Netchanok Kaewjanta. Prevalence and Factors of Depression among Type 2 Diabetic Patients. J Psychiatr Assoc Thailand. 2014 Sep;59(3):287–98.

12. Pirunee Suppaso. The Prevalence of Depression among Type 2 Diabetic Patients in PhangKhon Hospital. Srinagarind Med J. 2010;25(4):272–9.

13. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Assanangkornchai S, Supanya S. Thai national mental health survey 2013: methodology and procedure. J Ment Health Thai. 2016;24(1):1–14.

14. Bădescu S, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu E, Zahiu D, Zăgrean A, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. J Med Life. 2016;9(2):120–5.

15. Naicker K, Johnson JA, Skogen JC, Manuel D, Øverland S, Sivertsen B, et al. Type 2 Diabetes and Comorbid Symptoms of Depression and Anxiety: Longitudinal Associations With Mortality Risk. Diabetes Care. 2017 Mar 1;40(3):352–8.

16. Eker S. Prevalence of Depression Symptoms in Diabetes Mellitus. Open Access Maced J Med Sci. 2018 Feb 11;6(2):340–3.

17. Shirazian S, Grant CD, Aina O, Mattana J, Khorassani F, Ricardo AC. Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. Kidney Int Rep. 2016 Sep 20;2(1):94–107.

18. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. Hippokratia. 2012;16(3):205–14.

19. Katon WJ. The Comorbidity of Diabetes Mellitus and Depression. Am J Med. 2008 Nov;121(11 Suppl 2):S8-15.

20. Holt RIG, de Groot M, Golden SH. Diabetes and Depression. Curr Diab Rep. 2014 Jun;14(6):491.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

แรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย

Emotional Labour among Nursing Students in studying on wards

มธุรดา ม่วงมัน [1] สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์[2] รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ[3]

Maturada Muangman[1], Supapen Panawattanapisut[2], Rapeepun Viboonwatthanakitt[3]

(Received: February 7 ,2019 ; Accepted: February 28 ,2019)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาแรงงานทางอารมณ์ และวิธีการจัดการทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ทฤษฎีชาติพันธุ์วิธีวิทยา (Ethnomethodology) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มย่อย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 27 คน ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ผลการศึกษาพบว่าแรงงานทางอารมณ์กลายเป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานการเรียนรู้ตามสภาพจริงบนหอผู้ป่วย และเป็นการเรียนรู้ที่กระตุ้นการสะท้อนคิดในด้านการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล แรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลสามารถจำแนกออกเป็น 3 แก่นสาระ คือ แรงงานทางอารมณ์เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย บทบาทของพี่เลี้ยงเปรียบเสมือนกฎแห่งความรู้สึก และแรงงานทางอารมณ์เป็นหนึ่งในกลวิธีเผชิญปัญหา การวิจัยนี้เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล และเป็นมุมมองใหม่ในอันที่นำแนวคิดแรงงานทางอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

คำสำคัญ: แรงงานทางอารมณ์, นักศึกษาพยาบาล, การเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย

Abstract

This research aimed to examine emotional labour and emotional management methods of nursing students studying in Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan while studying in the wards. This qualitative research used ethnomethodological approach. Data were collected by focus groups. 27 nursing students were conducted by purposive sampling. Data were analysed by thematic analysis approach. The findings illustrated that emotional labour became part of authentic learning on the wards and enhanced reflective thinking on the emotional coping of nursing students. For nursing students' emotional labour, 3 themes emerged as part of learning to care, role of mentor as one of feeling rules and coping strategies were identified as the nature of emotional labour. The findings added a deeper understanding of students' perspectives of emotional management and shed new light on the concept of emotional labour in student nurse education.

Keywords: Emotional labour, nursing students, studying in the wards

[1] Ph.D. Nursing Studies อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์

[2] Ph.D. Higher Education, ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์

[3] พย.ม. การพยาบาลแม่และเด็ก อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นหนึ่งในกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ผู้ใช้บริการประชาชน และสังคมให้ความคาดหวังต่อพยาบาลในฐานะวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลชีวิตของผู้ใช้บริการ บุคคลผู้ที่จะสามารถประกอบวิชาชีพการพยาบาลได้จะต้องผ่านการเรียนตามหลักสูตร และมีการประเมินผลตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ซึ่งได้มีการจัดการศึกษาให้ผู้เรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่จะหล่อหลอมให้ผู้เรียนพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้ ทักษะทางวิชาชีพ สร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและต่อผู้ร่วมงาน พยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐานที่องค์กรทางวิชาชีพ เช่น สภาการพยาบาล และสมาคมพยาบาลได้กำหนดไว้ และยังต้องดำรงไว้ซึ่งมาตรฐาน จรรยาบรรณ และบรรทัดฐานของวิชาชีพตามกฎหมาย[1] พยาบาลจึงต้องมีการปรับตัวและแสดงบทบาทอย่างเหมาะสมตามความคาดหวังของสังคมยุคใหม่ และสถานการณ์ที่หลากหลาย[2]

นักศึกษาพยาบาลต้องทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจและกำลังสติปัญญาเป็นอย่างมาก เพื่อให้ตนเองได้รับความรู้เพิ่มพูนทักษะความสามารถและประสบการณ์ให้มากที่สุด ในการที่จะสำเร็จการศึกษาในแต่ละชั้นปี สำหรับนักศึกษาพยาบาลผู้ที่มีความสามารถทางสติปัญญาดีเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่มีความกดดัน ดังเช่นในการเรียนการสอนพยาบาลบนหอผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลนอกจากใช้การฝึกทักษะการพยาบาลและแรงงานทางร่างกายในการเรียนการสอนแล้ว ยังใช้แรงงานทางอารมณ์เพื่อที่จะทำให้งานสำเร็จ[3] มีรายงานวิจัยมากมายที่กล่าวว่าผู้ที่ทำงานภายใต้แรงกดดันทางอารมณ์และไม่สามารถจัดการทางอารมณ์ได้ดี จะส่งผลให้เกิดการเหนื่อยหน่ายการทำงาน ความเครียด ความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ[4,5,6] การจัดการทางอารมณ์ที่ดีจะส่งผลทำให้การทำงานต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7]

แรงงานทางอารมณ์ (Emotional labour) เป็นกระบวนการภายในจิตใจที่บุคคลพยายามระงับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (suppression) โดยใช้วิธีการสร้างจินตนาการถึงความรู้สึกที่ต้องการขึ้นภายในจิตใจ (evocation) เพื่อที่จะป้องกันมิให้ตนเองแสดงอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นออกมา รวมไปถึงการแสดงอารมณ์สีหน้าท่าทางที่ตนเองต้องการออกมาสู่สาธารณะ แรงงานทางอารมณ์แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การกระทำภายนอก (Surface acting) เป็นการจัดการกับการแสดงความรู้สึกภายนอกเพื่อให้ภาพที่แสดงออกมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม แต่การแสดงออกลักษณะนี้นับว่าเป็นการแสร้งทำเพื่อปกปิดอารมณ์ความรู้สึกภายในที่แท้จริง และ 2) การกระทำภายใน (Deep acting) เป็นความพยายามของบุคคลที่ระงับความรู้สึกที่ไม่พึงปรารถนาของตน และเปลี่ยนความรู้สึกจากภายใน ให้เป็นไปอย่างที่ตนต้องการ โดยสอดคล้องกับสถานการณ์เพื่อที่จะสามารถแสดงออกอารมณ์ที่คาดหวังสู่ภายนอกได้[8]

ผู้วิจัยสนใจแนวคิดแรงงานทางอารมณ์ในวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับพยาบาลไทย ในการเปิดเผยให้เห็นชัดเจนเกี่ยวกับการเกิดแรงงานทางอารมณ์ในการปฏิบัติงานพยาบาล ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาธรรมชาติของแรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และสามารถระบุกฎแห่งความรู้สึกที่มีอิทธิพลต่อการกระทำแรงงานทางอารมณ์นั้น เพื่อสร้างและผลักดันให้เห็นถึงความสำคัญของแรงงานทางอารมณ์ให้สามารถทัดเทียมกับแรงงานทางกายภาพในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเพื่อเกิดความรู้ความเข้าใจแรงงานทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในบุคลากรทางการพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะการจัดการทางอารมณ์ของผู้เรียน เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย

2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอนบนหอผู้ป่วย

วิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ทฤษฎีชาติพันธุ์วิธีวิทยา (Ethnomethodology) ซึ่งเป็นวิธีการทำความเข้าใจบุคคลในสังคม โดยการวิเคราะห์จากการให้

ความหมายที่แท้จริง และการให้เหตุผล ในการดำเนินชีวิต/กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่บุคคลในสังคมนั้นคุ้นเคยและถูกปลูกฝังในบริบทใดๆ ที่ถูกหล่อหลอมจากประสบการณ์ชีวิต นำไปสู่การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของแต่ละบุคคลในชีวิตประจำวัน [9]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ที่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ที่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ที่ศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2558 (ระยะเวลาตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2558-31 กรกฎาคม 2559) ชั้นปี ละ 9 คน จำนวน 27 คน **เกณฑ์การเลือกเข้ามาศึกษา** (inclusion criteria) คือ เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ อายุมากกว่า 18 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 2-4 มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 สัปดาห์ สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และสามารถเซ็นต์ยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยได้ด้วยตนเอง **เกณฑ์การตัดออกจากการศึกษา** (exclusion criteria) คือ ปฏิบัติงาน/ศึกษาในวิทยาลัยแห่งนี้น้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา หอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงาน วิชาที่ฝึกปฏิบัติงาน

2. ข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มย่อย ในประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การเกิดแรงงานทางอารมณ์ และการจัดการทางอารมณ์ในขณะฝึกปฏิบัติงาน บนหอผู้ป่วย

ความเชื่อถือของงานวิจัย

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งโดยใช้คำถามแบบเดียวกัน

2. วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยสมาชิก (Member check) โดยการสรุปใจความสำคัญจากการถอดถ้อยคำมา ให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ถ้ามีข้อความใดแก้ไขหรือคลุมเครือ จะมีการทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย[10,11]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดนครสวรรค์เลขที่ นว 0032/257

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่ส่งผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในการสนทนากลุ่มย่อยในแต่ละชั้นปีๆละ 1 ครั้ง มีการบันทึกภาคสนาม (Field notes) ซึ่งจะถูกบันทึกทันทีหลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มย่อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยการถอดถ้อยคำออกมาเป็นข้อความ อ่านเพื่อทำความเข้าใจแต่ละข้อความอย่างน้อย 2 ครั้งโดยมีการอ่านบันทึกภาคสนาม ฟังการบันทึกเสียง จากนั้นจับประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสของแต่ละประเด็นจำแนกออกเป็นหมวดหมู่ ตีความและให้ความหมายของแต่ละหมวดหมู่ สร้างข้อสรุปจากดัชนีหมวดหมู่และความหมายทั้งหมดออกมาเป็นแก่นสาระ (Braun and Clarke, 2006)

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง และสถานภาพโสด อายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 19-23 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2, 3, 4 ชั้นปีละ 9 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย และศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยละ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 คิดเป็นร้อยละ 51.85 ผลการศึกษาพบว่าแรงงานทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลสามารถจำแนกออกเป็น 3 แก่นสาระ ได้แก่

1. แรงงานทางอารมณ์เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลา ประสบการณ์ในการฝึกงานบนหอผู้ป่วยแตกต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ นอกจากการใช้ความรู้ความสามารถในด้านการพยาบาลและแรงงานทางร่างกายทุกคนล้วนมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากทางอารมณ์ (Emotional difficulties) ในขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างด้านล่าง

รู้ว่าพี่ไม่ได้เป็นอย่างนี้ทุกคน มีน้อยคนที่ดุ นี่เป็นครั้งแรกที่ร้องไห้ เพราะเขียนรายงานไปให้พี่คนหนึ่งตรวจ เราคงเขียนไม่ถูกต้อง พี่ขึ้นเสียง เราพยายามอธิบายแต่พี่ไม่ฟังเลยรู้สึกแย่มาก คับข้องใจมาก ไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น (นักศึกษา 1)

ตอนขึ้นฝึกงานครั้งแรก ไม่รู้จะเอาตัวเองไปวางไว้ตรงไหน รู้สึกแย่ (นักศึกษา 2)

รู้สึกโกรธนะ เมื่อถูกต่อว่าแรงๆ (นักศึกษา 4)

เวลาพี่ขึ้นเสียงใส่ รู้สึกแย่ เสียใจ คิดว่าทำไมพี่ต้องทำอย่างนี้ (นักศึกษา 6)

บางครั้งไม่เข้าใจพฤติกรรมของอาจารย์ พี่ก็ตำหนิทำงานก็เหนื่อย รู้สึกโมโห เคยตั้งใจว่าจะทำงานให้ดี ทำตัวให้ดี พอโดนดุก็รู้สึกแย่ทั้งวันเลย (นักศึกษา 11)

บางครั้งพี่เอาอารมณ์มาลงที่นักศึกษา ไม่นึกถึงความรู้สึกของนักศึกษาเลย (นักศึกษา 13)

ขึ้นวอร์ด เก็บประสบการณ์และไม่ได้เคส เพราะทำผิดขั้นตอน พี่เขาก็พูดและทำท่าทางเหวี่ยงใส่ รู้สึกอยากร้องไห้ แย่มาก แต่พอมีพี่บางคนมาพูดดีด้วย พี่พยาบาลมาพูดปลอบใจ ก็ร้องไห้ออกมา รู้สึกโกรธตัวเองเพราะไม่ได้ดังใจ (นักศึกษา 14)

สังเกตว่าผู้ป่วยและญาติบางคนมองนักศึกษาแบบไม่ไว้ใจ รู้สึกโทษตัวเอง (นักศึกษา 18)

จากข้อความข้างต้นพบว่านักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีมีความกดดันทางอารมณ์อย่างมากในระหว่างฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยเป็นครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในการมีประสบการณ์เป็นครั้งแรกย่อมส่งผลให้เกิดความเครียด บุคคลต้องอาศัยการปรับตัวและความสามารถในการเผชิญความเครียดเพื่อที่จะสามารถทำให้ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข [12] จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนในทุกชั้นปีมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหา และเกิดความยากลำบากทางอารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกเสียใจ รู้สึกเศร้า รู้สึกคับข้องใจ รู้สึกโกรธ รู้สึกเครียด รู้สึกด้อยคุณค่า รู้สึกไม่เข้าใจ เป็นต้น ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ผนวกเป็นส่วนหนึ่งในประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นพร้อมกับประสบการณ์ในการฝึกทักษะทางการพยาบาล

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วยทั้งอาจารย์นิเทศพยาบาลพี่เลี้ยง บุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าในขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องแสดงออกถึงบุคลิกภาพ การให้การพยาบาล รวมทั้งการแสดงสีหน้าท่าทางให้สอดคล้องเหมาะสมกับวิชาชีพพยาบาลที่ตนเองกำลังก้าวเข้าสู่นั้น ซึ่งบางครั้งการแสดงออกนั้นๆ อาจไม่สอดคล้องต่อความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง จึงส่งผลให้บางครั้งต้องมีการปกปิดและซ่อนเร้นอารมณ์ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เหล่านี้ส่งผลให้เกิดแรงงานทางอารมณ์ขึ้น (Smith and Gray, 2001) อย่างไรก็ตามสถานการณ์ที่สร้างความกดดันที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่คาดเดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาพยาบาลเข้าใจอารมณ์ของตนเอง เข้าใจและรู้เท่าทันการเกิดสภาวะแรงงานทางอารมณ์ของตนเอง รวมทั้งเมื่อสามารถจัดการทางอารมณ์เมื่อเกิดความขัดแย้งกันระหว่างอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ที่ควรจะแสดงออกของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้สามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. บทบาทของพี่เลี้ยงเปรียบเสมือนกฎแห่งความรู้สึก

กฎแห่งความรู้สึก (Feeling rules) เป็นองค์ประกอบสำคัญหนึ่งในสององค์ประกอบของแนวคิดแรงงานทางอารมณ์ (Emotional labour) กฎนี้เปรียบเสมือนหลักการหรือแนวทาง ให้แต่ละบุคคลได้เกิดความเข้าใจในตนเองว่าควรเกิดความรู้สึกใด หรือไม่ควรเกิดอารมณ์ความรู้สึกใด รวมไป

ถึงการแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นในสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในสังคม โดยกฎแห่งความรู้สึกนี้ในสังคมหนึ่งๆ ก็จะมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม กฎระเบียบข้อบังคับ ของสังคมนั้นๆด้วย ความสอดคล้องเหมาะสมเหล่านี้สามารถเทียบเคียงได้จากความเหมาะสมทางคลินิก ความเหมาะสมทางศีลธรรมและความเหมาะสมทางสังคม[13] ดังนั้นสามารถกล่าวได้ว่าบุคคลหนึ่งๆ ซึ่งใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ย่อมถูกคาดหวังจากสังคมนั้นๆ ให้แสดงการกระทำ สีหน้าท่าทาง ซึ่งสามารถสื่อไปถึงอารมณ์ความรู้สึกในขณะนั้น โดยให้เป็นที่ยอมรับ และมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ใดๆ ที่บุคคลนั้นเผชิญอยู่เช่นกัน

จากผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาล เมื่อฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยย่อมอยู่ภายใต้กฎแห่งความรู้สึกนี้ โดยในขณะฝึกงานนักศึกษาพยาบาลต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับของวิทยาลัยพยาบาล โรงพยาบาลที่ตนเองฝึกงาน ซึ่งถือว่าเป็นกฎแห่งความรู้สึกแล้ว สภาพแวดล้อมบนหอผู้ป่วยสามารถนับได้ว่าเป็นหนึ่งในกฎแห่งความรู้สึกที่สำคัญเช่นกัน ดังคำกล่าวดังนี้

ยอมรับว่าพี่แต่ละคนไม่เหมือนกัน รู้สึกว่าไม่มีสิทธิ์ตอบโต้พี่บนวอร์ดเพราะอยู่ในฐานะนักศึกษา รู้ว่าเถียงไปก็ไม่มีประโยชน์ แต่ก็จะดูว่าคนไหนพูดได้ก็จะพูด ถ้าคนไหนพูดไม่ได้ก็จะไม่พูด (นักศึกษา 7)

จะได้เคสคลอดหรือไม่ได้ขึ้นอยู่กับพี่เท่านั้น ไม่ว่าพี่จะเหวี่ยงวีนยังไงก็ต้องอดทน ไม่เช่นนั้นไม่ได้เคส เดี๋ยวต้องมาขึ้นนอกเวลาอีก (นักศึกษา 8)

คิดไปในทางที่ดีว่าเขาหวังดี พี่เขาให้ทำอะไรอย่างไร ก็ทำตาม แต่ต้องไม่ผิดหลักการ (นักศึกษา 23)

พี่บนวอร์ดจะว่าอย่างไรก็ต้องเป็นไปแบบนั้น ถ้าพี่เขาโกรธขึ้นมาเดี๋ยวเขาอาจจะไม่ใส่ใจเรา ยิ่งถ้ามองเราเป็นอากาศอย่างนี้จะยิ่งแย่กว่าถ้าต้องมาฝึกงานในบรรยากาศแบบนี้ (นักศึกษา 25)

ข้อมูลที่ได้กลุ่มตัวอย่างข้างต้นพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นหนึ่งในกฎแห่งความรู้สึกที่สำคัญของแรงงานทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ของนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ระหว่างการฝึกงานบนหอผู้ป่วย พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้มีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โดยพยาบาลพี่เลี้ยงมีบทบาทเป็นทั้งผู้สอนผู้กระตุ้น เป็นแบบอย่างที่ดีทั้งการปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล รวมไปถึงการใช้ชีวิต[14] กล่าวได้ว่าพยาบาลพี่เลี้ยงมีส่วนอย่างมากในการหล่อหลอม และชี้นำความคิด การกระทำ รวมไปถึงอารมณ์ความรู้สึกที่ควรจะแสดงออกมา ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และนักศึกษาเองก็มีความตระหนักด้วยว่าพยาบาลพี่เลี้ยงมีความสำคัญ และมีอิทธิพลในทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และส่งผลถึงการจัดการทางอารมณ์ เมื่อนักศึกษาจะแสดงอารมณ์ความรู้สึกใดออกมาย่อมต้องคำนึงถึง บทบาท สีหน้าท่าทาง ความรู้สึกและอารมณ์ของพยาบาลพี่เลี้ยงที่เปรียบเสมือนกฎแห่งความรู้สึกนั่นเอง

3. แรงงานทางอารมณ์เป็นหนึ่งในกลวิธีเผชิญปัญหา

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่มีประสบการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และมีวิธีการจัดการทางอารมณ์หลากหลายเฉพาะตัว เมื่อพบกับความยากลำบากทางอารมณ์ความรู้สึก ที่สามารถใช้ประโยชน์ได้ตามสถานการณ์ ดังตัวอย่าง

เมื่อโดนดุ จะใช้การคิดบวก บอกตัวเองว่าไม่เป็นไร คิดหาเหตุผลต่างๆ มาช่วยอธิบายเรื่องที่เกิดขึ้น แล้วจะสบายใจไปเอง (นักศึกษา 2)

ใช้วิธีการนิ่งรับ และนำคำพูดที่ดูถูกนั้นมาเป็นแรงผลักดันตัวเองเองให้ดีขึ้น (นักศึกษา 5)

เสียใจ อยากร้องไห้แต่ร้องไม่ได้ เลยใช้วิธีเล่าให้เพื่อนฟัง (นักศึกษา 10)

ระบายความรู้สึกไปกับการเขียน ไม่ต้องรอให้อารมณ์ดีก่อนแล้วค่อยเขียน แต่ถ้าเก็บอารมณ์ไม่อยู่จริงๆ ก็หลบไปที่ไหนสักแห่งหนึ่งบนวอร์ดใช้เวลาสงบจิตใจ (นักศึกษา 11)

ทำได้แค่ยิ้มไม่รู้ทำไง เก็บความรู้สึกไว้ และหาวิธีแก้ไขด้วยตนเอง (นักศึกษา 13)

เวลาเครียดก็ได้แต่ถอนใจ พอได้ไปเล่าให้เพื่อนฟังแล้วจะรู้สึกดีขึ้น รู้ว่าต้องหลีกเลี่ยงในสิ่งที่เป็นตัวการที่จะกระตุ้นความรู้สึกแย่เหล่านั้น (นักศึกษา 15)

นอกจากที่ได้ยกตัวอย่างข้างต้นยังมีวิธีการอีกมากมายที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่ ปล่อยให้หายเอง คิดไปเรื่อยเปื่อยโดยไม่คิดกับสิ่งนั้นๆ ไม่คิดมาก คิดบวก คิดให้เหตุผล ระบายให้คนใกล้ชิดฟัง ปลีกวิเวกโดยอยู่เฉยๆ เมื่อออกไปพบใครคนอื่นก็ทำหน้าให้ปกติที่สุด หายใจเข้าออกลึกๆ ถอนใจเฮือกใหญ่ดีขึ้นในตอนนั้นเอง พูดให้กำลังใจตนเอง นอนหลับเมื่อตื่นขึ้นมาแล้วจะรู้สึกดีขึ้น ฟังเพลง สั่งตัวเองให้ลืมเรื่องที่ไม่สบายใจ ไปสังสรรค์กับเพื่อน ไม่รับฟังเรื่องไม่ดีของผู้อื่นมาเพิ่มเติม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่ดีให้ห่างที่สุด เป็นต้น

จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลใช้แรงงานทางอารมณ์ในการเผชิญความไม่สมดุลของอารมณ์ความรู้สึกของตนเองขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงาน โดยสามารถใช้กระบวนการจัดการทางอารมณ์ (Emotional labour process) และเทคนิคการจัดการทางอารมณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองให้สมดุล และแสดงออกด้วยสีหน้าท่าทางที่เหมาะสมขณะปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างใช้การกระทำภายนอก (Surface acting) การกระทำนี้ซึ่งคล้ายกับการสวมหน้ากากที่แสดงออกถึงการที่ตนเองมีอารมณ์เป็นปกติอยู่เสมอ แม้ว่าภายในจิตใจจะมีความขัดแย้งกับอารมณ์ความรู้สึกที่แสดงออกมาก็ตาม ได้แก่ การแสดงสีหน้านิ่งเฉย การไม่ตอบโต้หรือตอบโต้โดยการยิ้มเมื่อโดนตำหนิ การปลีกวิเวก การนิ่งเฉย การทำสีหน้าท่าทางหน้าให้ปกติที่สุด เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การกระทำภายใน (Deep acting) โดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองจากภายในสู่ภายนอกให้เป็นปกติ แล้วจึงแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่เหมาะสมกับกาละเทสะออกมา ได้แก่ การใช้เทคนิคทางความคิด (Cognitive technique) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนความคิดและมุมมองต่อเรื่องนั้นๆ ให้เป็นเรื่องหรือความรู้สึกที่พึงประสงค์เช่น ปล่อยให้หายเอง คิดไปเรื่อยเปื่อยโดยไม่คิดกับสิ่งนั้นๆ ไม่คิดมาก คิดบวก คิดให้เหตุผล การใช้เทคนิคทางร่างกาย (Bodily technique) เป็นการเปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกทางกายภาพ เช่น หายใจเข้าออกลึกๆ ถอนใจเฮือกใหญ่ดีขึ้นในตอนนั้นเอง การใช้เทคนิคทางการแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง (Expressive technique) โดยการ เปลี่ยนอารมณ์ความรู้สึกจากภายในสู่การแสดงออกทางสีหน้าท่าทางภายนอก เช่น การสั่งตัวเองให้ลืมเรื่องที่ไม่สบายใจ การพูดให้กำลังใจตนเอง [8,15,16]

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจด้านการจัดการทางอารมณ์และเป็นมุมมองใหม่สำหรับการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยง และอาจารย์พยาบาลในอันที่จะเข้าใจแนวคิดแรงงานทางอารมณ์และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการทำความเข้าใจอารมณ์แรงงานของนักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปสู่การเรียนรู้ที่มีความหมายและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลต่อไป ดังนี้

1. ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเกิดทักษะการจัดการทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล

2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาวะทางอารมณ์ สามารถปฏิบัติงานและจัดการเรียนการสอนอย่างมีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน

3. เป็นการตอบสนองปรัชญาด้านความเอื้ออาทร และหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งในด้านผู้สอนและผู้เรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการตอบคำถามและเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ และคณะกรรมการทุกท่าน ที่พิจารณาให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

12. กุนนที นวลสุวรรณ และคณะ. “ความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของพลทหารใหม่”. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 13(2) : 72-81, 2555.

14. จุฑารัตน์ บันดาลสิน และคณะ. “การปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึกปฏิบัติงานของวิทยาลัยพยาบาล”. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 16(3) : 32-46, 2558.

2. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล. **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2550.

1. สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วณิชปัญจพล. **การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพ การนิเทศการพยาบาล.** สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก นนทบุรี, 2551.

Braun V and Clarke V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. 3(2) : 77-101, 2006.

4. Chang CP and Chiu JM. Flight attendants’ emotional labour and exhaustion in the Taiwanese Airline Industry. **Journal of Service Science and Management**. 2(4) : 305-311, 2009.

15. Dickson-Swift et al. Researching sensitive topics: qualitative research as emotion work. **Qualitative Research.** 9(1) : 61-79, 2009.

9. Garfinkel H. **Studies in Ethnomethodology**. Prentice-Hall New Jersey, 1967.

16. Groth M et al. Customer reactions to emotional labour: The roles of employee acting strategies and customer detection accuracy. **Academy of Management Journal**. 5 : 958-974, 2009.

Hochschild AR. Emotion work, feeling rules, and social-structure. **American Journal of Sociology.** 85(3) : 551-575, 1979.

13. Hochschild AR. **The Commercialization of Intimate Life**. University of California Press California, 2003.

8. Hochschild AR. The sociology of emotion as a way of seeing.In Bendelow G, Williams SJ, editors. **Emotions in Social Life: Critical Themes and Contemporary Issues**. Routledge London : 3-15, 1998.

Judge TA et al. Is emotional lobor more difficult for some than for others? A multilevel, experience-sampling study.**Personnel Psychology.** 62 : 57-88, 2009.

10. Lincoln YS and Guba EG. **Naturalistic Inquiry**. SAGE Publications London, 1985.

7. Philipp A and Schüpbach H. Longitudinal effects of emotional labour on emotional exhaustion and dedication of teachers. **Journal of Occupational Health Psychology**. 15(4) : 494-504, 2010.

11. Polit DF and Beck CT. **Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice**. 7th ed. Lippincott Williams&Wilkins London, 2010.

5. Rantanen M et al. Do individual coping strategies help or harm in the work-family conflict situation? Examining coping as a moderator between work-family conflict and well-being. **International Journal of Stress Management**.18(1) : 24-48, 2011.

6. Sliter M et al. How rude! emotionallabour as a mediator between customer incivility and employee outcomes. **Journal of Occupational Health Psychology**. 15(4) : 468-481, 2010.

3. Smith P and Gray B. Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lecturers and mentors in a time of change. **Nurse Education Today**. 21(3) : 230-237, 2001.

สำรวจมาตรฐานGMPและคุณภาพน้ำดื่มประชารัฐ กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

Survey in Good Manufacturing Practices Standard and Quality of Civil State Drinking Water : A Case Study of Sisaket Province.

ไพฑูรย์ แก้วภมร[1]

Pithoon kaewpamon[1]

(Received: February 2 ,2019 ; Accepted: March 13 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานที่ผลิตน้ำดื่มกองทุนประชารัฐตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดี (GMP)และตรวจคุณภาพน้ำที่ผลิตได้ ศึกษาในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษโดยสุ่มกองทุนน้ำดื่มประชารัฐจาก อำเภอรวม 44 แห่ง ศึกษาในเดือน ธันวาคม 2560 - มกราคม 2561 ตรวจคุณภาพน้ำดื่มโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 10 ใน 4 พารามิเตอร์ ได้แก่ ความเป็นกรด-ด่าง ความกระด้าง ปริมาณของแข็งของแข็งที่ละลายในน้ำ และโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

ผลการศึกษาพบว่า ผ่านทั้ง 4 พารามิเตอร์ร้อยละ 88.64 โดยความเป็นกรดเป็นด่าง,ความกระด้างและปริมาณของแข็งที่ละลายในน้ำผ่านเกณฑ์ทุกตัวอย่าง โคลิฟอร์มแบคทีเรียไม่ผ่านเกณฑ์ 5 ตัวอย่าง (ร้อยละ 11.36)

คำสำคัญ: น้ำดื่มประชารัฐ, GMP(วิธีการผลิตที่ดี),คุณภาพน้ำดื่ม

Abstract

This survey study of 44 manufacturing place of civil state drinking water according to manufacturing practices(GMP) in sisaket province . Shows that all of production site in the study failed the GMP standard. The quality of drinking water including acidity-alkalinity (pH),hardness, total dissolved solid(TDS) and coliform bacteria.

Result: Laboratory test of water sample form the study sites revealed that 88.64 % of them met 4 parameter. Five water sample form 44 sample were found coliform bacteria(cfu/ml)(11.36%).All water sample passed acidity-alkalinity (pH), hardness and total dissolved solid(TDS) standard.

Keywords: drinking water, civil state, GMP (good manufacturing procedures), quality of drinking water.

[1] นักศึกษาอบรมหลักสูตร ว.ภ.(คุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ) วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย สภาเภสัชกรรม

บทนำ

ปี 2559 รัฐบาลมีโครงการเพิ่มความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานรากตามแนวทางประชารัฐ[8]เป็นโครงการที่กองทุนหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่เสนอโครงการต่อคณะทำงานดำเนินงานโครงการเพิ่มความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานรากตามแนวทางประชารัฐจังหวัด (คปจ.) พิจารณาโครงการในวงเงิน 500,000 บาทเพื่อใช้ลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานหรือดำเนินกิจกรรมอื่นๆที่ชุมชนเห็นว่ามีประโยชน์ในการส่งเสริมศักยภาพในการประกอบอาชีพและความเป็นอยู่ในชุมชนให้ดีขึ้นซึ่งโครงการผลิตน้ำดื่มเพื่อชุมชน(ต่อไปขอเรียกว่า น้ำดื่มประชารัฐ) ได้รับการพิจารณาอนุมัติดำเนินการถึง10,001 กองทุนหมู่บ้าน จาก 79,556 กองทุน มีทั้งรูปแบบซื้ออุปกรณ์กรองน้ำโดยมีอาคาร/สถานที่ผลิตน้ำดื่ม จำนวน 8,169 กองทุนและรูปแบบติดตั้งน้ำตู้หยอดเหรียญ จำนวน 1,832 กองทุน

จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2559 มีน้ำดื่มประชารัฐ 378 กองทุนหมู่บ้านจาก 2,626 โครงการ และมีเพิ่มเติมจากโครงการต่อยอดโครงการประชารัฐ(งบสนับสนุนจำนวน 200,000 บาท) ปี 2560 อีก 31 กองทุน รวม 409 แห่ง โดยเป็นแบบมีอาคาร/สถานที่ผลิตน้ำดื่ม 370 แห่ง และแบบน้ำตู้หยอดเหรียญอัตโนมัติ 39 แห่ง ข้อมูลของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษในปี 2560 มีน้ำดื่มประชารัฐมายื่นขออนุญาตผลิตน้ำดื่มเพียง 20 แห่ง และผ่านเกณฑ์การตรวจประเมินตามมาตรฐานGMP และได้รับอนุญาตเพียง 16 แห่ง ซึ่งน้ำดื่มบรรจุขวดหรือน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่จำหน่ายแก่ประชาชน ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) [2]และ ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2534)[3] ผู้ผลิตจะต้องขออนุญาตก่อนทำการผลิต และ ประกาศ กระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 220) พ.ศ. 2544 เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3) [4] การผลิตต้องผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต(GMP) น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท[7] จากข้อมูลข้างต้นน้ำดื่มประชารัฐในจังหวัดศรีสะเกษมีจำนวนมากที่ยังไม่มายื่นขออนุญาต ผู้วิจัยจึงสนใจว่าเมื่อนำเกณฑ์GMP มาประเมินผลเป็นอย่างไร มีประเด็นใดบ้างที่ต้องมีการพัฒนา และคุณภาพน้ำดื่มที่ตรวจโดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 10 เป็นอย่างไร ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปวางแผนพัฒนาน้ำดื่มประชารัฐในจังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดอื่นๆที่มีน้ำดื่มประชารัฐเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการประเมินตามมาตรฐานGMP และคุณภาพน้ำดื่มประชารัฐในจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 – มกราคม 2561 เป็นการศึกษาวิจัยสำรวจเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในงานวิจัย คือ กองทุนหมู่บ้านที่ดำเนินโครงการน้ำดื่มประชารัฐในจังหวัดศรีสะเกษแบบมีอาคารสถานที่ผลิต ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตผลิตน้ำดื่มจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ไม่อยู่ระหว่างการก่อสร้างและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 145 แห่ง

คำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \frac{N Z^2 P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนน้ำดื่มประชารัฐ

Z = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติขนาดความเชื่อมั่น ที่ 95% มีค่า = 1.96

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้มีค่า 0.1

P = ค่าสัดส่วนน้ำดื่มประชารัฐที่ไม่ผ่านมาตรฐาน GMP ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ (2560) มีค่าเท่ากับ 0.20 ได้จาก ปี 2560 น้ำดื่มประชารัฐมีการยื่น

ขออนุญาตผลิตน้ำดื่ม 20 แห่งผ่านเกณฑ์ประเมินGMP ได้รับอนุญาต 16 แห่ง ไม่ผ่าน 4 แห่ง(ร้อยละ20)

ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 44 แห่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบโควตาอย่างง่ายในพื้นที่อำเภอที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

การประเมินสถานที่ผลิตตามเกณฑ์GMP โดยใช้แบบบันทึกการตรวจสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะปิดสนิท(แบบตส.3(50) มีทั้งหมด 9 หัวข้อ(หมวด)ดังนี้

1. สถานที่ตั้งและอาคารผลิต (20 คะแนน)
2. เครื่องมือ เครื่องจักร และอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต (20 คะแนน)
3. แหล่งน้ำและการปรับคุณภาพ (14 คะแนน)
4. ภาชนะบรรจุ (10 คะแนน)
5. สารทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ (3 คะแนน)
6. การบรรจุ (11 คะแนน)
7. การสุขาภิบาล (10 คะแนน)
8. บุคลากรและสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน (8 คะแนน)
9. บันทึกและรายงาน (4 คะแนน)

การให้คะแนนและการประเมินตามคู่มือการตรวจสถานที่ผลิต ตามหลักเกณฑ์ GMP น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 2551ของกองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา[1]

การเก็บตัวอย่างน้ำและการตรวจวิเคราะห์

ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างน้ำโดยใช้ขวดบรรจุขนาด 650 มล. จำนวน 12 ขวด ตามวิธีการที่หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 10 กำหนดและส่งให้ตรวจวิเคราะห์ใน 4 พารามิเตอร์ได้แก่ความเป็นกรด-ด่าง ความกระด้าง ปริมาณของแข็ง และโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ตามมาตรฐานการตรวจของหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

นัดหมายวันเวลาในลงพื้นที่ประเมินตามแบบบันทึกฯและเก็บตัวอย่างน้ำดื่มที่ผลิตส่งตรวจเก็บตัวอย่างน้ำดื่มส่งตรวจที่หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 1 จนครบ 44 แห่ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูล

1. นำข้อมูลที่จากการตรวจประเมินมาสรุปคะแนนตามเกณฑ์ประเมินGMP แจกแจงคะแนนรวมรายหัวข้อเทียบเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

2. นำผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพมาแจงแจงค่าเฉลี่ย ร้อยละ เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. สถานที่น้ำดื่มประชารัฐ ตัวอย่าง 44 แห่ง มีการผลิตน้ำดื่ม 6 รูปแบบ ดังนี้ 1) โรงผลิตแบบสถานประกอบการผลิตน้ำดื่มและติดตั้งเครื่องหยอดเหรียญ ผลิตน้ำดื่มทั้งสองรูปแบบ จำนวน 11 แห่ง 2) โรงผลิตแบบสถานประกอบการผลิตน้ำดื่มและติดตั้งเครื่องหยอดเหรียญ แต่ให้บริการหยอดเหรียญอย่างเดียว จำนวน 10 แห่ง 3) โรงผลิตแบบสถานประกอบการผลิตน้ำดื่ม จำนวน 9 แห่ง 4)โรงผลิตมีพื้นที่เฉพาะเครื่องกรองน้ำ ไม่มีบริเวณล้างภาชนะ ไม่มีแท่นบรรจุภายใน มีเฉพาะเครื่องหยอดเหรียญ จำนวน 8 แห่ง 5) โรงน้ำดื่มผลิตแบบสถานประกอบการผลิตน้ำดื่ม ติดตั้งเครื่องดื่มหยอดเหรียญและมีเครื่องผลิตน้ำขนาด 220 มล.(น้ำถ้วย) จำนวน 3 แห่ง และ 6) โรงผลิตแบบสถานประกอบการผลิตน้ำดื่ม และมีเครื่องผลิตน้ำขนาด 220 มล.(น้ำถ้วย) จำนวน 3 แห่ง ภาชนะที่บรรจุขนาด 20 ลิตรทุกแห่งมีการแจกให้สมาชิก บางแห่งมีขวดบรรจุขนาด950 มล. แจกเพื่อใช้แลกเปลี่ยนและใช้ในการบรรจุน้ำหยอดเหรียญแบบ 12 หัวบรรจุ (10แห่งใน44 แห่ง)ในการวิจัยนี้ ประเมินสถานที่ผลิตทุกแห่ง แม้ในแบบที่ 2และ 4 ซึ่งเข้าลักษณะตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติไม่เข้านิยามน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามกฎหมาย โดยประเมินหัวข้อที่ประเมินได้และไม่ประเมินในหัวข้อ(หมวด)ที่ไม่มีการดำเนินการ ได้แก่ หมวดภาชนะบรรจุ สารทำความสะอาดและสารฆ่าเชื้อ บุคลากรและสุขลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน ผลการประเมินคะแนนน้ำดื่มประชารัฐตามเกณฑ์ GMP แยกรายหมวดดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินคะแนนโครงการน้ำดื่มประชารัฐตามเกณฑ์ GMP แยกรายหมวด

หมวดของGMP	จำนวน ที่ประเมิน) (แห่ง)	คะแนนเฉลี่ย (แปลงเป็นร้อยละ) (ร้อยละ)	จำนวนแห่งที่ผ่าน เกณฑ์ ร้อยละ 60 (ร้อยละ)
สถานที่ตั้งและอาคารผลิต	44	68.51±14.32	30(68.18)
การบรรจุ	26	65.13±29.86	16(61.54)
เครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต	44	63.28 ±13.91	32(72.73)
บุคลากรและสุขลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน	26	46.18 ±14.14	3(11.11)
ภาชนะบรรจุ	25	37.26 ±18.58	5(20)
สุขาภิบาล	44	28.31 ±16.08	4(9.09)
แหล่งน้ำและการปรับคุณภาพน้ำ	44	24.71 ±6.02	ไม่มีแห่งใดผ่าน
สารทำความสะอาดและสารฆ่าเชื้อ	26	20.99 ±15.85	ไม่มีแห่งใดผ่าน
*บันทึกและ*รายงาน	44	7.10 ±6.89	ไม่มีแห่งใดผ่าน

ตาราง 1 แสดงผลการประเมินสถานที่ผลิตน้ำดื่มประชารัฐ โดยเกณฑ์ผ่านของการประเมินตาม GMP ที่กฎหมายระบุ คือ คะแนนในแต่ละหมวดและคะแนนรวมทุกหมวดต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง เรื่องห้อง บรรจุ และ เรื่องการบรรจุ การวิจัยนี้พบว่า สถานที่ผลิตน้ำดื่มประชารัฐไม่มีที่ใดผ่านตามเกณฑ์ GMP เพราะมีบางหมวดไม่ผ่าน และหรือพบข้อบกพร่องที่รุนแรง โดยหมวดที่ไม่มีแห่งใดผ่าน ได้แก่ หมวดแหล่งน้ำและการปรับคุณภาพน้ำ , หมวดสารทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ และหมวดบันทึกและรายงาน หมวดเครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต มีการผ่านเกณฑ์มากที่สุด 32 แห่งจาก44 แห่ง(ร้อยละ 72.73) คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละหมวดสถานที่ตั้งและอาคารผลิตคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด น้อยที่สุด คือ หมวดบันทึกและรายงาน

2. ข้อบกพร่องที่พบมากในข้อประเมินในแต่ละหมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 สถานที่ตั้งและอาคารผลิต 24 แห่งใน44แห่ง อาคารผลิตเป็นอาคารไม่มิดชิด ห้องบรรจุป้องกันสัตว์และแมลงไม่ได้ งบมีจำกัดส่วนใหญ่ใช้เหล็กตาข่ายกั้นเป็นผนัง

หมวดที่ 2 เครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต ทุกแห่งไม่มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของการล้างฆ่าเชื้อ (pH,ความกระด้าง,swab test)

หมวดที่ 3 แหล่งน้ำ การปรับคุณภาพน้ำ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน ไม่มีที่ใดมีผลตรวจทั้งน้ำดิบและน้ำดื่มที่ผลิต ,ไม่มีการส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพ และไม่มีการบันทึกการตรวจสอบประสิทธิภาพการปรับคุณภาพน้ำด้านกายภาพ เคมี และจุลินทรีย์ ไม่มีชุดทดสอบความกระด้าง คลอรีนและเชื้อจุลินทรีย์ 36 แห่ง(ร้อยละ 81.82) และพบว่าที่มีชุดทดสอบแต่ไม่มีการใช้)

หมวดที่ 4 ภาชนะบรรจุ ไม่มีที่ใดตรวจสอบการปนเปื้อนจุลินทรีย์ของภาชนะบรรจุ (ไม่มีชุดทดสอบหรือมีแต่ไม่ได้ใช้ตรวจสอบ)

หมวดที่ 5 สารทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ ไม่มีที่ใดมีข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารทำความสะอาดและฆ่าเชื้อที่ถูกต้อง(ปริมาณสารที่ใช้,ปริมาณน้ำ,เวลาสัมผัส)

หมวดที่ 6 การบรรจุ พบการไม่บรรจุในห้องบรรจุ โดยใช้สายยางต่อมาบรรจุข้างนอก 10แห่งจากประเมินหัวข้อนี้ 26 แห่ง(ร้อยละ38.46) ส่วนอีก18 แห่ง ที่เป็นตู้หยอดเหรียญ ไม่ได้ประเมินในหัวข้อนี้แต่พบว่าหัว

บรรจุในระบบหยอดเหรียญต่อด้วยสายยาง 14 แห่งจาก 18 แห่ง(ร้อยละ77.78)

หมวดที่ 7 การสุขาภิบาล ไม่มีภาชนะใส่ขยะมูลฝอยพร้อมฝาปิด ไม่มีห้องส้วมและอ่างล้างมือหน้าห้องส้วม 41จาก 44 แห่ง(ร้อยละ 93.18) มีอ่างล้างมือบริเวณผลิต 8 แห่งจาก 26 แห่ง (ร้อยละ30.77) มีเพียง 2 แห่งที่มีน้ำยาล้างมือหรือสบู่

หมวดที่ 8 บุคลากรและสุขลักษณะของผู้ปฏิบัติงาน ประเมิน 26 แห่งไม่มีผ้าปิดปาก หมวกคลุมผม 24 แห่งง (ร้อยละ 92.31) ไม่มีการล้างและฆ่าเชื้อมือก่อนเข้าห้องบรรจุ 22 แห่ง(ไม่มีที่ล้างมือและน้ำยาล้างมือ) ไม่มีรองเท้าเปลี่ยนก่อนเข้าห้องบรรจุ 23 แห่ง ไม่เคยรับการอบรมด้านสุขลักษณะ 24 แห่ง

หมวดที่ 9 บันทึกและรายงาน ประเมิน 44 แห่ง มีการบันทึกเฉพาะปริมาณผลิต 24 แห่งใน44 แห่ง(ร้อยละ 54.54) ที่หยอดเหรียญจะบันทึกเฉพาะยอดเงินที่เก็บได้ ไม่มีการบันทึกผลการวิเคราะห์น้ำจากแหล่งที่ใช้ในการผลิต , ผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ทางด้านกายภาพ เคมี และจุลินทรีย์ ส่วน สภาพการทำงานของเครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต บันทึกเพียง 2 แห่ง

จากการเก็บตัวอย่างน้ำดื่มที่ผลิตส่งตรวจหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 10 ใน 4 พารามิเตอร์ ได้แก่ ความเป็นกรด-ด่าง ความกระด้าง ปริมาณของแข็งที่ละลายในน้ำ และโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ได้ผลสรุปตามตาราง 2

ตาราง 2 สรุปผลการตรวจตัวอย่างน้ำดื่มประชารัฐ(N=44)

ตัวแปร	เกณฑ์ผ่าน	ค่าเฉลี่ย	จำนวนแห่งที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)
กรด-ด่าง (pH)	6.5-8.5	7.93±0.17	44(100)
ความกระด้าง(ppm)	100 mg/L	-[1]	44(100)
TDS(ppm)	500 mg/L	23.20±40.26	44(100)
โคลิฟอร์ม(cfu/ml)	ไม่พบ	-[2]	39(88.64)

1 ความกระด้าง ผลตรวจไม่ได้แสดงเป็นตัวเลขชัดเจน

2 โคลิฟอร์ม เกณฑ์ผ่านคือ ไม่พบ จึงไม่แสดงค่าเฉลี่ย

จากตาราง 2 ผลสรุปการตรวจด้านเคมีพบว่า การตรวจกรด-ด่าง ,ความกระด้าง และการตรวจ ผลรวมทั้งหมดของแข็งที่ละลายในน้ำ (TDS) ทุกตัวอย่างผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน การตรวจด้านจุลินทรีย์ มี 5 ตัวอย่างที่ไม่ผ่าน และใน 5 ตัวอย่างพบว่ามีการใช้สายยางต่อกับหัวบรรจุทั้งหมด

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่าไม่มีน้ำดื่มประชารัฐแห่งใดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานGMP ซึ่งสอดคล้องกับ สุพัตรา คงจริง ,สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2555)[9] ศึกษาการประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทโดยชุมชนในจังหวัดตรัง ซึ่งได้งบจากโครงการเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อยกระดับชุมชนในปี พ.ศ. 2552 ทุกแห่งในการศึกษาไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ GMP เช่นกัน ซึ่งผลการตรวจตัวอย่างน้ำผ่านมาตรฐานทั้งด้านเคมีและจุลินทรีย์เพียงร้อยละ 47.10 แต่ในการศึกษานี้ผ่านร้อยละ 88.64 อาจเกิดจากวิธีการตรวจที่แตกต่างกัน ผู้ดำเนินการน้ำดื่มประชารัฐยังไม่เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับการผลิตน้ำดื่มตามวิธีการผลิตที่ดี(GMP)จากหน่วยงานใดๆ การทำโครงการเพื่อขอรับงบจากโครงการ เพิ่มความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานรากตามแนวทางประชารัฐเป็นไปตามขั้นตอนที่สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ (สทบ.) แต่ไม่ได้ขอคำแนะนำจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นั้นจึงไม่ทราบรายละเอียดการประเมินตามเกณฑ์

GMP มาก่อนรวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รับทราบเฉพาะบางแห่งที่เคยเข้ารับการประเมินเพื่อขออนุญาตผลิตน้ำดื่ม ได้รับทราบวิธีดูแลเครื่องกรองน้ำและวิธีการผลิตน้ำดื่มจากบริษัทขายเครื่องกรองน้ำ ดังนั้นการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจึงเป็นการทราบรายละเอียดครั้งแรกซึ่งส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะปรับปรุงแก้ไขพัฒนาให้ผ่านตามเกณฑ์ GMP จากการศึกษาพบว่ามีการผลิตน้ำดื่มประชารัฐ 6 รูปแบบ นั้น รูปแบบที่โรงผลิตมีพื้นที่เฉพาะเครื่องกรองน้ำ ไม่มีบริเวณล้างภาชนะ ไม่มีแท่นบรรจุภายใน มีเครื่องหยอดเหรียญ เป็นรูปแบบที่น่าจะเหมาะกับศักยภาพการดำเนินการของน้ำดื่มประชารัฐที่สุด เพราะการดำเนินการในรูปแบบหยอดเหรียญไม่ต้องประเมินตามเกณฑ์ GMP การควบคุมกำกับเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การผลิตน้ำกลั่น น้ำบริโภค เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ดังนั้นน้ำดื่มประชารัฐหยอดเหรียญจึงเข้าข่ายการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเข้านิยาม ตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ ซึ่ง หมายความถึง สถานที่ผลิตน้ำบริโภคบรรจุขวดหรือภาชนะต่างๆหรือผลิตภัณฑ์สำหรับติดตั้งกับท่อจ่ายน้ำเพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำให้สะอาดไว้สำหรับบริการผู้บริโภคโดยมีการจำหน่ายหรือจ่ายเงินเป็นค่าน้ำบริโภค ณ สถานที่ผลิตโดยผ่านเครื่องอัตโนมัติ ซึ่งต้องควบคุมคุณภาพให้ได้ตามมาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 362) พ.ศ. 2556 [5]เรื่อง น้ำบริโภคจากตู้น้ำดื่มอัตโนมัติ ซึ่งกำหนดให้น้ำดื่มจากตู้น้ำดื่มอัตโนมัติต้องมีคุณภาพหรือมาตรฐานเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิทโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องออกเทศบัญญัติมาเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งในพื้นที่ที่วิจัยยังไม่มีแห่งใดที่ออกเทศบัญญัติในเรื่องนี้แม้ว่าจะมีประกาศการผลิตน้ำดื่มจากเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2558[6] จึงเป็นประเด็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการทำความเข้าใจและร่วมกันในการควบคุมกิจการตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้มีน้ำดื่มสะอาด ปลอดภัย ส่วนการผลิตในรูปแบบน้ำดื่มในภาชนะที่ปิดสนิททั้งแบบบรรจุถัง 20 ลิตร ขวด 950 มล. ขวด 650 มล. หรือน้ำถ้วย 200 มล. หากยังไม่ได้พัฒนาปรับปรุงจนได้ตามเกณฑ์GMP ควรงดผลิตจำหน่ายเพื่อไม่ให้มีการร้องเรียนจากผู้ประกอบการผลิตน้ำดื่มเอกชน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาน้ำดื่มประชารัฐจำนวนหนึ่งยังไม่มีอุปกรณ์เครื่องหยอดเหรียญอัตโนมัติ ดังนั้นควรจำหน่ายน้ำดื่มให้เฉพาะสมาชิกในชุมชนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานที่สนับสนุนทุน(สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ (สทบ.) พัฒนาชุมชนจังหวัด) ควรบูรณาการกับหน่วยงานที่รับผิดชอบกำกับสถานที่ผลิตน้ำดื่มทั้งรูปแบบน้ำดื่มในภาชนะที่ปิดสนิท(สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)และตู้น้ำหยอดเหรียญ(องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)ในการสนับสนุนส่งเสริมให้กองทุนน้ำดื่มประชารัฐมีการพัฒนามาตรฐานการผลิตทั้งตามเกณฑ์GMP จนได้รับอนุญาตผลิตจำหน่ายน้ำดื่มในภาชนะที่ปิดสนิท และตามแนวทางการควบคุมการประกอบการกิจการตู้น้ำหยอดเหรียญ โดยมีแผนงานพัฒนาที่ชัดเจนเพื่อให้การสนับสนุนทุนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่จะให้ชุมชนมีศักยภาพเข้มแข็ง มั่นคง ยั่งยืนตามแนวทางประชารัฐ ผู้บริโภคในชุมชนได้บริโภคน้ำดื่มที่สะอาด ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพแห่งประเทศไทย แผนงานพัฒนาวิชาการและสร้างความเข้มแข็งกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ให้ทุนสนับสนุนดำเนินงานวิจัยขอขอบคุณ รศ. ดร.สุรศักดิ์ เสาแก้ว และคณาจารย์วิทยาลัยคุ้มครองผู้บริโภคฯ ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ แก้ไขให้งานวิจัยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1.กองควบคุมอาหาร, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการตรวจสถานที่ผลิต ตามหลักเกณฑ์ GMP น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท 2551 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2551.

2. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ.2524) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. กรุงเทพมหานคร.

3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 135 (พ.ศ.2534) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. (ฉบับที่ 2). กรุงเทพมหานคร.

4.กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 220 (พ.ศ.2544) เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 3). ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 118, ตอนที่พิเศษ 70 หน้า 4-5.

5.กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข(ฉบับที่ 362)พ.ศ.2556 เรื่องน้ำบริโภคจากตู้น้ำดื่มอัตโนมัติ. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 130, ตอนที่พิเศษ 136 หน้า 26.

6. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2558 เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 132, ตอนที่พิเศษ 165 หน้า 17.

7. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คำสั่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ 205/2550 เรื่อง การตรวจประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามประกาศกระทรวงเรื่อง การตรวจประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข (ฉบับที่ 220) พ.ศ. 2544. นนทบุรี.2550.

8. สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ.คู่มือการดำเนินงานโครงการเพิ่มความเข้มแข็งของเศรษฐกิจฐานรากตามแนวทางประชารัฐ (สำหรับกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง).กรุงเทพมหานคร,2559.

9. สุพัตรา คงจริง, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิโดยชุมชนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต และคุณภาพน้ำที่ผลิตได้ .วารสารเภสัชกรรมไทย 2554; 4(2) : 65-84.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่

Illegal advertising of supplementary food among facebook and law enforcement guideline for officer.

ฐิติพร อินศร[1],

Thitiporn Insorn[1]

(Received: February 2 ,2019 ; Accepted: March 14 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักในประเด็นที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และ ศึกษาแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ทุกเพจโฆษณาตามคำค้น “อาหารเสริมลดน้ำหนัก” เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกความถี่การโฆษณา และแบบประเมินเนื้อหาความถูกต้องการโฆษณาวิเคราะห์ในรูปความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content analysis) ศึกษาแนวทางการดำเนินงานพนักงานเจ้าหน้าที่โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินคดีแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เก็บข้อมูลช่วงเดือน ธันวาคม 2560 – มกราคม 2561

ผลการศึกษาพบว่าเพจโฆษณา 138 เพจ มีช่องทางการติดต่อด้วยโทรศัพท์มากที่สุด รองลงมาคือแอพิเคชั่นไลน์ คิดเป็นร้อยละ 89.86 และ 79.71 ตามลำดับ ผลิตภัณฑ์ที่ตรวจพบในการโฆษณา 204 ผลิตภัณฑ์ เป็นรูปแบบเม็ดมากที่สุด รองลงมาคือ รูปแบบผง คิดเป็นร้อยละ 81.37 และ 18.62 ตามลำดับ ข้อมูลการขออนุญาตผลิตภัณฑ์พบว่า มีเลขสารบบและถูกต้องตามที่ขออนุญาต ไม่มีเลขสารบบ และ มีเลขสารบบแต่ไม่ถูกต้องตามที่ขออนุญาต คิดเป็นร้อยละ 60.78, 53.22 และ 6.86 ตามลำดับ ตรวจสอบแล้วไม่พบว่ามีการขออนุญาตโฆษณา ร้อยละ 100 ข้อมูลการโพสต์ในเพจ รวมจำนวน 13,194 ครั้ง เป็นโพสต์เพื่อการโฆษณา จำนวน 12,690 ครั้ง โดยการโฆษณาด้วยภาพ Infographics มากที่สุด รองลงมาคือการใช้ภาพรีวิว บุคคล ก่อน-หลังใช้ผลิตภัณฑ์ และ ใช้ข้อความ รีวิว บุคคล ก่อน-หลังใช้ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 74.93 , 49.33 และ 7.91 ตามลำดับ เพจที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เคยเป็นข่าวและถูกดำเนินคดีแล้วจำนวน 31 เพจ คิดเป็นร้อยละ 28.46 ผลการศึกษาเนื้อหาที่ใช้โฆษณาพบว่าโฆษณาโดยใช้ข้อความที่เป็นเท็จ หรือเกินความจริงมากที่สุด รองลงมาคือ มีการโฆษณาโดยสื่อให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์สามารถบำบัดบรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคได้ คิดเป็นร้อยละ 47.42 และ 0.77 ผลการศึกษาแนวทางการดำเนินงานพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่า อย.เป็นหน่วยงานที่อนุญาตการโฆษณาทางอินเตอร์เน็ต มีข้อจำกัดคือ ไม่มีการระบุแหล่งที่นำไปเผยแพร่ที่ชัดเจนยากต่อการควบคุมกำกับ การดำเนินงานตามกฎหมายเป็นหน้าที่ของ อย. รวมทั้ง สสจ.ในช่วงที่ผ่านมาจะดำเนินคดีในประเด็นการไม่ขออนุญาตการโฆษณา ตามมาตรา 41 ที่มีอัตราโทษไม่รุนแรง ไม่มีการดำเนินคดีตามมาตรา 40 พ.ร.บ.อาหารพ.ศ. 2522 ที่มีอัตราโทษรุนแรงมากกว่า การดำเนินคดีทางเฟซบุ๊กมีหลายขั้นตอนและต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนัก สื่อสังคมเฟซบุ๊ก แนวทางดำเนินการ

Abstract

This survey study is focus on illegal advertising of dietary food supplement on social network, namely ‘Facebook Social Network”. Also, study in relate government official action, when found illegal advertising of healthy products on Facebook. Sample group of the research are every page on Facebook Social Network that result from search machine under wording “dietary food supplement”. Tools for data collection are advertising frequency form and advertising evaluate content accuracy form. Then analyze with frequency, percentage and content analysis. Study the action guideline of government officer by in-depth interview with experience prosecutors of healthy food supplement issue solving, during December 2017 – January 2018.

Study found that 138 pages, mostly, have communication channel by telephone, then Line application at 89.86% and 79.71% in order. From study of 204 advertising products found that most of them come in form of pill and in powder at 81.37% and 18.62%. From registration data of product authorization reveal that there are 3 categories which are 1. Registered and correct detail as authorized, 2. None register, 3. Registered but incorrect detail as authorized at 60.78%, 53.22% and 6.86% in order. After examine found that 100% of all

[1] นักศึกษาวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.) สภาเภสัชกรรม

infographics, then picture of people reviews before and after used the products and review comment of people before and after used the products at 74.93%, 49.33% and 7.91%. There are 31 pages that was on the news and was enforced, count at 28.46%. The study found that most of advertising contents are not true or over the truth, then there is advertising that communicate to consumers that their product can relive, heal or prevent from the diseases at the percentage of 47.42% and 0.77% in order. Result of the study in officer's legal action found that Food and Drug Administration (FDA) is responsible to granting permission to advertise on internet. However, there is limitation in legal actions because most of advertising do not specific source of advertising. This make it difficult to control as the legal action responsibility fully rested on FDA. In recent time, Public of Health Office (PHO) only enforcement those who failed to ask for permission to advertise under section 41, which has very light sentence. They did not enforce with Food Act, B.E. 2522, section 40, which has much stronger sentence. Legal action through Facebook Social Network has many procedures and need cooperation from outsider.

Key words: Dietary Food Supplement, Facebook Social Network, Legal Action.

บทนำ

ปัจจุบันอินเตอร์เน็ต (Internet) เข้ามามีบทบาทต่อการทำงานด้านต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน เนื่องจากการเข้าถึงอินเตอร์เน็ต สามารถกระทำได้อย่างสะดวก ไม่ว่าจะอยู่ส่วนใดของโลกก็สามารถเชื่อมต่อเครือข่ายอินเตอร์เน็ตได้โดยผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่นคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล (Personal Computer), โน๊ตบุ๊ค (Notebook) หรือ โทรศัพท์มือถือ (Smartphone) การซื้อสินค้าผ่านระบบอินเตอร์เน็ตจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่เกิดจากการอาศัยเทคโนโลยีและระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเป็นพื้นฐานในการบริหารจัดการ การซื้อสินค้าผ่านระบบอินเตอร์เน็ตได้กลายมาเป็นทางเลือกของผู้บริโภคในรูปแบบของร้านค้าออนไลน์ โดยผลสำรวจจาก We Are Social ดิจิทัลเอเจนซี่ในประเทศสิงคโปร์ เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2559 ได้ทำการรวบรวมสถิติ และสำรวจพฤติกรรมผู้บริโภค เกี่ยวกับการใช้อินเตอร์เน็ตในประเทศไทย ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ คือ จาก ประชากรทั้งหมดจากจำนวน 68 ล้านคน มีผู้ใช้อินเตอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากร และมีผู้ใช้งาน Social Media ผ่านมือถือจำนวน 34 ล้านคน และพบว่า ร้อยละ 44 มีการซื้อสินค้าหรือบริการออนไลน์ การใช้สื่อสังคมในภาคธุรกิจส่งผลให้การสื่อสารการตลาดในระบบเครืออินเทอร์เน็ตมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น บริษัทประเมินความเป็นไปได้ในธุรกิจโฆษณาอย่าง นีลสันประเทศไทย (Nielsen Thailand) พบว่า สื่ออื่นๆมีการใช้งบประมาณที่ลดลงจากปี พ.ศ. 2556 มีเพียงสื่ออินเทอร์เน็ต และสื่อเคลื่อนที่เท่านั้นที่มีแนวโน้มการใช้งบประมาณที่เพิ่มสูงขึ้นโดยสื่อออนไลน์ในการโฆษณามากที่สุดคือ เฟสบุค ส่วนแบ่งงบโฆษณา 29% (ศุภชัย ปาจริยานนท์,2559) จากการที่มีผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์มากที่สุดคือ เฟสบุค และมีความเชื่อมั่นในการซื้อสินค้าผ่านอินเตอร์เน็ตในระดับดีมาก (สุรชัย ศรีณรงค์,2559)

จากการศึกษาวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักโดยการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (นันทพงศ์ เถื่อนยืนยงค์,2553) โดยการศึกษาพบว่าการโฆษณามีต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร ถึงร้อยละ 45.25 ทั้งนี้การศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้บริโภคในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นและ เยาวชนอายุ 18-24 ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักมากที่สุด ร้อยละ 19.8 โดยความเสี่ยงหรืออันตรายต่อสุขภาพของวัยรุ่นที่ใช้วิธีนี้ในการลดน้ำหนัก คือ การเติมสารปลอมปนในผลิตภัณฑ์โดยไม่ได้แจ้งในฉลาก จากการวิเคราะห์ตรวจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้ในการลดน้ำหนัก พบการลักลอบปลอมปนยาอันตรายและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น แอลคาร์นิทีนที่ กล่าวอ้างสรรพคุณเพื่อลดน้ำหนักมีการ ลักลอบใส่ยาลดความอ้วนสิบิวทรามีน (Sibutramine) ซึ่งเป็นยาควบคุมพิเศษ (อรลักษณา แพรัตกุล, 2553) นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักต่างๆ ยังตรวจพบสาร ปลอมปนอื่น เช่น แอมเฟตามีน ยาขับปัสสาวะ ยาถ่าย ยานอนหลับ การปลอมปนยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ ประสาทกลางทำให้ผู้บริโภคเกิดอาการนอนไม่หลับ กระวนกระวาย แรงดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว

อาจเกิด อันตรายถึงขั้นช็อกและเสียชีวิตได้ ส่วนการปลอมปนยาถ่ายมีผลทำให้ระบบขับถ่ายผิดปกติเกิดอาการท้องผูกเมื่อไม่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์

เฟสบุค เป็นเว็บไซต์สังคมออนไลน์ที่ก่อตั้งโดยกลุ่มนักศึกษาที่มาจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา และมีสถานที่ตั้งในการปฏิบัติการอยู่ที่ตั้งประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยเหตุนี้ทำให้อำนาจการควบคุมของกฎหมายสำหรับการโฆษณาในประเทศไทยไม่สามารถบังคับใช้ได้ การขาดความรู้ทางด้านกฎหมาย จรรยาบรรณ และจริยธรรมของผู้ผลิตโฆษณา การใช้กฎหมาย หรือจริยธรรมที่ไม่ได้ผลเนื่องจากประเด็นเรื่องของจรรยาบรรณสำหรับการโฆษณาที่เป็นองค์ความรู้สำหรับนักผลิตโฆษณาอาชีพ ไม่ใช่องค์ความรู้ที่ประชาชนปกติพึงที่จะรับรู้ ในส่วนของพฤติกรรมการโฆษณาบนสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กที่ละเมิดกฎหมาย หรือไม่เหมาะสมต่อจรรยาบรรณ และจริยธรรมที่แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการโฆษณาสินค้าที่ไม่สามารถโฆษณาได้ในสื่อหลัก

เนื่องจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้บริโภคเป็นอย่างมาก ประกอบกับการดำเนินการตามกฎหมายผู้กระทำผิดจากการโฆษณาสื่อสังคมเฟซบุ๊ก ยังไม่ชัดเจน รวมถึงการขาดแนวทางการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าด้านการบังคับใช้กฎหมาย จึงสมควรศึกษาการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักในประเด็นที่ผิดกฎหมายต่อผู้บริโภคในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก
2. ศึกษาแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประกอบด้วยการศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และการศึกษาแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักในประเด็นที่ผิดกฎหมายต่อผู้บริโภคในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก และศึกษาแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก

กลุ่มตัวอย่าง คือ โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคม ประเภทเฟซบุ๊ก ทุกเพจโฆษณาตามคำค้น “อาหารเสริมลดน้ำหนัก” จำนวน 138 เพจ ดำเนินการสืบค้นย้อนหลังจากการโพสต์ทุกครั้งจากวันที่สืบค้น 1 เดือน ภายในช่วงระยะเวลา 20.00-00.00 เดือน ธันวาคม 2560 และ มกราคม แบบบันทึกความถี่การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากเพจคำค้น อาหารเสริมลดน้ำหนัก ในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก และแบบประเมินความถูกต้องของเนื้อความการโฆษณาอาหาร อ้างอิงจากหลักเกณฑ์การพิจารณาโฆษณาอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงพรรณนาในรูปความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก ในประเด็นรูปแบบของ การโฆษณา และความถูกต้องตามกฎหมายของเนื้อหาที่ใช้โฆษณาอาหารตาม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในส่วนของการเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูล การศึกษาแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินคดีแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง และมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

ผลการศึกษา

1.ศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักในประเด็นที่ผิดกฎหมายต่อผู้บริโภคในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก จำนวน 138 เพจ

1.1 รูปแบบการโฆษณา

1.1.1 ผลการวิจัยพบว่าเพจโฆษณา 138 เพจ มีช่องทางการติดต่อด้วยโทรศัพท์มากที่สุด รองลงมาคือแอพิเคชั่นไลน์ จำนวน 124 และ 104 เพจ คิดเป็นร้อยละ 89.86 และ 79.71 ตามลำดับ

1.1.2 เพจโฆษณาจะมีผู้กดไลท์เพจจำนวนเฉลี่ย 7,900 คน และ กดติดตามเพจจำนวนเฉลี่ย 8,039 คน

1.1.3 ผลิตภัณฑ์ที่ตรวจสอบทั้งหมด 204 ผลิตภัณฑ์ พบว่า มีรูปแบบเม็ดมากที่สุด จำนวน 166 ผลิตภัณฑ์ รองลงมาคือ รูปแบบผง จำนวน 38 ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 81.37 และ 18.62 ตามลำดับ

1.1.4 ข้อมูลการขออนุญาตผลิตอาหารของผลิตภัณฑ์พบว่า มีเลขสารบบและถูกต้องตามที่ขออนุญาต จำนวน 124 ผลิตภัณฑ์ ไม่มีเลขสารบบจำนวน 66 ผลิตภัณฑ์ และ มีเลขสารบบแต่ไม่ถูกต้องตามที่ขออนุญาต จำนวน 14 ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 60.78, 53.22 และ 6.86 ตามลำดับ

1.1.5 ข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาอาหาร พบว่า 204 ผลิตภัณฑ์ ไม่มีการขออนุญาตโฆษณา คิดเป็นร้อยละ 100

1.1.6 ข้อมูลการโพสต์ในเพจ รวมจำนวน 13,194 ครั้ง เป็นโพสต์เพื่อการโฆษณา จำนวน 12,690 ครั้ง โดยการโฆษณาด้วยภาพโปสเตอร์ มากที่สุด จำนวน 9,886 ครั้ง รองลงมาคือการใช้ภาพรีวิว บุคคล ก่อน-หลังใช้ผลิตภัณฑ์ จำนวน 6,508 ครั้ง และ ใช้ข้อความ รีวิว บุคคล ก่อน-หลังใช้ผลิตภัณฑ์ จำนวน 1,044 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.93 , 49.33 และ 7.91 ตามลำดับ

1.1.7 จากการตรวจสอบเพจโฆษณา 138 เพจ พบว่า มีการใช้ดาราหรือผู้มีชื่อเสียงในการโฆษณา จำนวน 45 เพจ คิดเป็น ร้อยละ 32.61 และพบว่าดาราหรือผู้มีชื่อเสียงเป็นเจ้าของผลิตภัณฑ์ จำนวน 14 เพจ คิดเป็นร้อยละ 10.14 เพจที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เคยเป็นข่าวและถูกดำเนินคดีแล้วจำนวน 31 เพจ คิดเป็นร้อยละ 28.46

1.2 ความถูกต้องของเนื้อหาในแง่กฎหมาย ผลการศึกษาความถูกต้องตามกฎหมายของเนื้อหาที่ใช้โฆษณา พบการโฆษณาผิดกฎหมาย จำนวน 6,242 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 49.19 โดยมีการมีการโฆษณาโดยใช้ข้อความที่เป็นเท็จ หรือเกินความจริง จำนวน 6,018 ครั้ง รองลงมาคือ มีการโฆษณาโดยสื่อให้ผู้บริโภคเข้าใจว่าผลิตภัณฑ์สามารถบำบัดบรรเทา รักษาหรือป้องกันโรคได้ จำนวน 98 ครั้ง และมีการโฆษณาโดยการเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์ของผู้อื่น จำนวน 84 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 47.42 , 0.77 และ 0.66 ตามลำดับ ข้อความที่ผิดกฎหมาย เช่น เห็นผลตั้งแต่กล่องแรกที่ใช้ เห็นผลภายในไม่กี่วัน ลดภายในไม่กี่วัน ปลอดภัย100% มีอย.รับรอง ล้างสารพิษในร่างกาย ไม่อยากเป็นมะเร็งจัดด่วน โยโย่เอฟเฟกต์จากแบรนด์อื่น เป็นต้น

1.3 สรุปแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่เมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก

1.3.1. แนวทางการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ รวบรวมหลักฐาน เพื่อพิจารณาดำเนินคดีผู้กระทำผิดโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก โดยหน่วยงานภายในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวังฯ ได้แก่ ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) ในการดำเนินคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ศรป. จะทำงานร่วมกับกลุ่มงานกำกับดูแลอาหารก่อนออกสู่ท้องตลาด สำนักอาหารที่ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตโฆษณาอาหารให้กับผู้ประกอบการ และมีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ได้แก่ กระทรวง ICT เพื่อพิจารณาปิดเวปไซต์ และในกรณีคดีมีความซับซ้อนจะมีการขอความร่วมมือกับ บก.ปอท. หรือ DSI ในการดำเนินคดี

1.3.2 แนวทางการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายในรูปแบบเอกสารหรือจัดทำเป็นระเบียบวิธีปฏิบัติมีการจัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยจะได้มีการนำมาทดลองใช้ปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบในปีงบประมาณ 2561 ดังนั้น จึงต้องมีการประเมินผลแนวทางดังกล่าวเพื่อพัฒนาให้มีความเหมาะสมทั้งสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนกลาง และในส่วนภูมิภาคต่อไป

1.3.3 การดำเนินงานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายเชิงรุก ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดย พนักงานเจ้าหน้าที่ ศรป.จะเป็นผู้กำหนดแผนและดำเนินการเฝ้าระวังสื่อต่างๆตามแผนที่กำหนดหากพบการกระทำผิดจะพิจารณาดำเนินคดีทันที

การดำเนินงานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายเชิงรับ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ การรับเรื่องร้องเรียนผ่านช่องทางต่างๆที่ได้กำหนดไว้ ได้แก่ ร้องเรียนทางเอกสาร โทรศัพท์ e-mail หรือ เว็ปไซต์รับเรื่องร้องเรียน

1.3.4 กรณีศึกษาของการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดกฎหมายโฆษณาตาม พรบ.อาหาร พ.ศ. 2522 จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดย ศรป.ได้มีการเก็บรวบรวมฐานข้อมูลดำเนินคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายเฉพาะในส่วนกลางไม่รวมส่วนภูมิภาค ในปีงบประมาณ 2560 ทั้งจากการรับเรื่องร้องเรียนและการเฝ้าระวังโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ จำนวน 115 คดี แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 65 คดี ผลิตภัณฑ์ยา จำนวน 28 คดี และเครื่องมือแพทย์ จำนวน 2 คดี ในจำนวนดังกล่าวเป็นการดำเนินคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อสังคมเฟซบุ๊ก จำนวน 60 คดี

1.3.5. การขออนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีขั้นตอนที่สะดวกรวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก ซึ่งผู้ประกอบการมักจะขออนุญาตการโฆษณาครอบคลุมสื่อหลายประเภท ได้แก่ หนังสือพิมพ์ รูปลอก นิตยสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ แผ่นป้าย วารสาร/หนังสือ เครื่องขยายเสียง วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ วีดีทัศน์ ภาพยนตร์ อินเตอร์เน็ต อื่นๆ ซึ่งในฐานข้อมูลการอนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจะไม่ได้แจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับประเภทสื่อโดยละเอียด จึงไม่สามารถระบุข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพเฉพาะสื่อสังคมเฟซบุ๊กได้

1.3.6. ปัญหาที่พบจากการดำเนินงานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก มีดังนี้

1) การดำเนินคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมเฟซบุ๊คเพื่อให้ครบองค์ประกอบแห่งความผิด จำเป็นต้องมีการดำเนินการล่อซื้ออย่างรัดกุม เป็นการยากในการดำเนินการ

2) เทคโนโลยีการสื่อสารมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว เทคนิคการกระทำผิดของผู้ประกอบการพัฒนามากขึ้น ในขณะที่พนักงานเจ้าหน้าที่บางคนยังคงยึดติดกับวิธีการดั้งเดิมไม่ทันยุคโลกาภิวัตน์

3) ผู้มีอิทธิพลในแต่ละพื้นที่ มีผลต่อการรวบรวมหลักฐาน ทั้งพยานบุคคล และพยานวัตถุ ในการดำเนินคดีของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก

4) การไม่เปิดเผยตัวตน การไม่ได้รับความร่วมมือ ของบริษัทเฟซบุ๊กประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไม่สามารถติดต่อกับผู้รับผิดชอบในการคัดกรองข้อมูลก่อนนำเข้าสู่เว็ปไซต์เฟซบุ๊กได้ และไม่สามารถใช้กฎหมายดำเนินการกับบริษัทเฟซบุ๊กได้

1.3.7 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคม เฟซบุ๊กมีดังนี้

1) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค(สคบ.) เป็นส่วนราชการระดับกรม สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2522

2) กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) ชื่อเดิมคือ กองบังคับการทะเบียน ต่อมาเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2552 มีการ เปลี่ยนชื่อและภารกิจ เป็น บก.ปคบ.

3) กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (บก.ปอท.)

เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นตามโครงสร้างใหม่ เมื่อวันที่ 7 กันยายน

4) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กโทรนิกส์ องค์กรมหาชน (สพธอ.)เป็นองค์การมหาชนของประเทศไทยภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ที่จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2554

5) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) เป็นหน่วยงานอิสระของรัฐ มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารความถี่วิทยุเพื่อกิจการโทรคมนาคม และกำกับดูแลการประกอบกิจการโทรคมนาคม จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติองค์กรจัดสรรคลื่นความถี่ และกำกับกิจการวิทยุกระจายเสียง วิทยุโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม พ.ศ. 2553

1.3.8. ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนกลาง คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต้องเป็นหน่วยกลางในการเชื่อมต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา ได้แก่ คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ(กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค(สคบ.) กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) กองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (บก.ปอท.) สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กโทรนิกส์ องค์กรมหาชน (สพธอ.) โดยการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กำหนดวิสัยทัศน์เป้าหมาย และกำหนด Road map ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

1.3.9 ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก ต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาค คือ พัฒนาองค์ความรู้ด้านการสื่อสารเทคโนโลยีสม่ำเสมอ เพื่อให้รู้เท่าทันกลวิธีในการกระทำผิดของผู้ประกอบการ ขอให้มีการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดในพื้นที่อย่างเคร่งครัด และรายงานผลการดำเนินคดีให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้รับทราบเพื่อนำไปเก็บรวบรวมเป็นฐานข้อมูลต่อไป

1.3.10 การดำเนินการที่สำเร็จแล้ว มีจุดอ่อน จุดแข็ง ดังนี้

1) จุดอ่อน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาขาดศูนย์กลางในการรวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์ และผู้ประกอบการที่มีการกระทำผิดกฎหมาย พนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาคไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลการอนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ไม่ใช้ประโยชน์จากกฎหมายที่มีอยู่อย่างเต็มที่

2) จุดแข็ง องค์ความรู้เรื่องกฎหมายของเจ้าหน้าที่ในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีความแม่นยำส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการอนุญาตโฆษณาน้อย

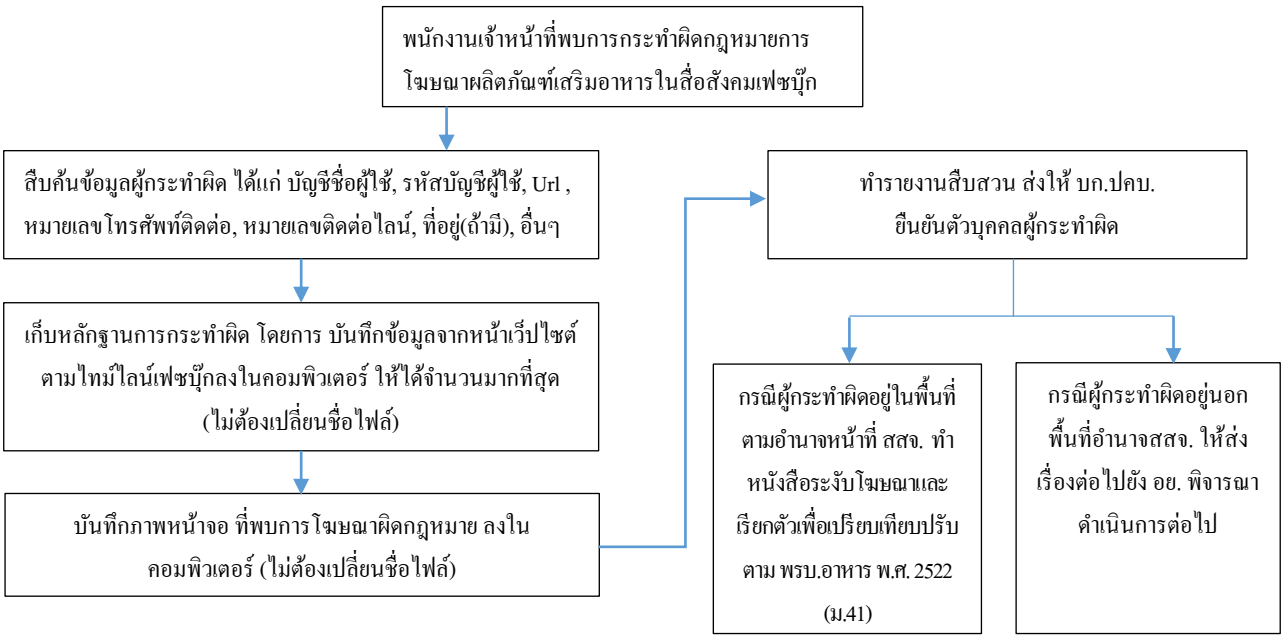
สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า พบการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลายประเภทในหนึ่งเพจโฆษณา ซึ่งผลิตภัณฑ์บางประเภทได้รับการขออนุญาตมีเลขสารบอาหารถูกต้อง แต่มีอีกหลายประเภทที่ไม่ได้รับการขออนุญาต การโฆษณาจะกล่าวอ้างรวมผลิตภัณฑ์ ว่าได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้อง จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบการโฆษณาโดยใช้บุคคลที่เข้าข่ายลามก เพื่อกระตุ้นยอดการรับชม จากผลสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยในปี พ.ศ. 2557 โดย สพธอ. (2557) พบว่ามีจำนวนคนไทยในอัตราร้อยละ 10 ที่มีพฤติกรรมสุ่มเสี่ยงที่จะไม่ตรวจสอบการแชร์ ส่งต่อภาพ หรือข้อความจำพวกข่าว บทความ โฆษณา หรือความคิดเห็นของผู้ใช้บัญชีอื่นในระบบ ทำให้เกิดสภาวะปัญหาต่างๆ และผลกระทบทางด้านลบของโฆษณาบนสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก (ณพล ผลากรกุล, 2559) แบ่งออกเป็น สภาวะปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการแยกแยะโฆษณา สภาวะปัญหาของกลุ่มคนที่ผลิตโฆษณาขาดความรับผิดชอบ และปัญหาในการสร้างค่านิยม ในส่วนประเภทของการโฆษณาบนสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กที่มีปัญหา และผลกระทบต่อผู้บริโภค คือ แหล่งที่มาประเภทผู้ประกอบธุรกิจรายย่อย และแหล่งที่มาประเภทบุคคล ในส่วนของปัญหาของ

กฎหมาย จรรยาบรรณ และจริยธรรม ที่ควบคุมผู้ผลิตสื่อโฆษณาบนสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กแบ่งออกเป็น ปัญหาเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักในส่วนที่เกี่ยวข้องกับต้นกำเนิด และต้นต้อของการปฏิบัติการของเว็บไซต์สื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก โฆษณาที่หลอกลวงผู้บริโภคโดยพจนา สัจจาศิลป์ (2554) ได้กล่าวว่า โฆษณาลักษณะนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการโฆษณาสินค้าที่ไม่ได้รับการรับรอง หรือไม่มีมาตรฐานแต่มักจะใช้ข้อความรูปแบบการนำเสนอ หรือการจัดองค์ประกอบให้ดูเหมือนสินค้าที่มีการรับรอง หรือผ่านมาตรฐานจากองค์กรต่างๆ ส่งผลให้ผู้บริโภคหลงเชื่อ และเกิดการบริโภคสินค้าเหล่านั้นจนเกิดผลกระทบด้านต่างๆกับการดำเนินชีวิต การโฆษณาที่กล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง ผู้ผลิตโฆษณาบางรายที่ไม่มีความรับผิดชอบ ผลิตโฆษณาที่การกล่าวอ้างสรรพคุณของสินค้า หรือบริการที่เกินความเป็นจริง ด้วยพฤติกรรมการกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงจากการโฆษณาบนเว็บไซต์สื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊กส่งผลให้ผู้บริโภคที่รู้ไม่เท่าทันถูกเอาเปรียบ หรือถูกหลอกลวง รวมไปถึงการหลงเชื่อบริโภคสินค้า และการโฆษณาที่ละเมิดกฎหมาย

เนื่องจากเฟซบุ๊กมีระบบตรวจสอบบัญชีผู้ใช้ หรือเพจ ที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น ในฐานะของผู้บริโภค สามารแจ้งข้อมูลที่ไม่เหมาะสมของบัญชีผู้ใช้ หรือ เพจ นั้นไปยังบริษัทเฟซบุ๊ก เพื่อพิจารณาปิดบัญชีนั้นได้

ข้อเสนอแนวทางดำเนินการของพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาคเมื่อพบการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก (กรณีไม่มีผู้เสียหาย) ดังนี้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดต่อขอความร่วมมือกับบริษัทเฟซบุ๊ก ในกรณีสร้างเพจโฆษณาอาหาร ต้องมีการกรอกเลขสารบบอาหารและรายละเอียดสินค้าเบื้องต้นก่อนนำขึ้นสู่การเผยแพร่

2. พนักงานเจ้าหน้าที่ ควรได้รับการฝึกอบรมความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ บก.ปอท. ในการสืบค้นข้อมูล และเก็บหลักฐานเบื้องต้นของผู้กระทำผิดทางสื่อสังคมเฟซบุ๊กก่อนพิจารณาดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วนต่อไป

3. เจ้าของผลิตภัณฑ์ และบุคคลที่เป็นสื่อในการโฆษณา ต้องมีการสืบสวนเพื่อนำมารับโทษจากการกระทำผิดโฆษณาด้วย

4. การใช้กฎหมายโดยสำนักงานคณะกรรมอาการอาหารและยา และ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกับผู้กระทำผิดการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทาง

สื่อสังคมเฟซบุ๊ก นับว่าเป็นโทษทางกฎหมายที่มีความรุนแรงน้อย ผู้กระทำผิดไม่เกรงกลัว ดังนั้น ควรมีการบูรณาการจากกฎหมายจากหน่วยงานอื่น ได้แก่ กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพานิชน์ กรณีพบการละเมิดลิขสิทธิ์ กรมสรรพากร กระทรวงการคลัง กรณีไม่ได้รับการจัดเก็บภาษี และ กรมสอบสวนคดีพิเศษ (DSI) กระทรวงยุติธรรม กรณีที่การกระทำนั้นมีผลกระทบร้ายแรงต่อเศรษฐกิจสังคม ความมั่นคงและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ จากผลดำเนินคดีร่วมกันที่ผ่านมาพบว่า สามารถนำผู้กระทำผิดรายใหญ่มารับโทษได้ สามารถแก้ไขปัญหาได้จริง ดังนั้น ควรมีมาตรการดำเนินงานร่วมกันจากหน่วยงานดังกล่าวต่อผู้กระทำผิดอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

5. เมื่อมีการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดจากความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำให้ได้รับโทษที่รุนแรงนั้น ควรมีการนำเสนอข้อมูลออกสู่สาธารณะ สื่อควรมีการสร้างกระแสให้สังคมได้รับรู้ เพื่อให้ผู้กระทำผิดรายอื่นเกิดความเกรงกลัวต่อโทษที่ได้รับ

6. การโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก มีมูลค่ามหาศาล หากแต่ผลิตภัณฑ์อันตรายเหล่านั้นส่งผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของผู้บริโภค จากข่าวหลงเชื่อโฆษณาและสั่งซื้อผลิตภัณฑ์จากเฟซบุ๊กจนทำให้เสียชีวิต หรือเกิดปัญหาต่อระบบการทำงานของหัวใจและอวัยวะอื่นของร่างกายซึ่งผลเสียเหล่านั้นไม่อาจประเมินค่าได้ ดังนั้น รัฐบาลจึงควรเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาโฆษณาผิดกฎหมายทางสื่อสังคมเฟซบุ๊กอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนวทางบังคับใช้กฎหมายของพนักงานเจ้าหน้าที่

1. การดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ในปัจจุบัน ในปัจจุบันการดำเนินงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ในส่วนภูมิภาค ในการบังคับใช้กฎหมายกับผู้กระทำผิด โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคม เฟซบุ๊ก ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ดังนั้นสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรทำการกำหนดแนวทางการดำเนินคดีที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

2. ปัญหา/อุปสรรค

2.1 ปัญหาเชิงนโยบาย ผู้บริหารระดับสูงระดับประเทศ ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควรเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการกำหนดนโยบายแก้ไขปัญหาโฆษณาผิดกฎหมายในสื่อสังคมเฟซบุ๊กอย่างจริงจังและสร้างกระแสให้ประชาชนเกิดความตระหนัก

2.2 ปัญหาเชิงเทคนิกการปฏิบัติงาน ควรมีการอบรมให้ความรู้พนักงานเจ้าหน้าที่ด้านการเก็บรวบรวมเพื่อดำเนินคดีโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายทางสื่อสังคมเฟซบุ๊ก เพื่อสามารถดำเนินคดีทางกฎหมายกับผู้กระทำผิดได้อย่างครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บสืบค้นรวบรวมข้อมูลของผู้กระทำผิดให้ครบถ้วน และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดได้

2. ควรมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อให้ข้อคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายในสื่อสังคมเฟซบุ๊ก

3. ควรมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจากสำนักงานอัยการ ประเด็นการเก็บรวบรวมหลักฐานที่รัดกุมเพื่อใช้ในการพิจารณาคดี กรณีที่ผู้ต้องหาให้การปฏิเสธในชั้นศาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เภสัชกรหญิงพรพรรณ สุนทรธรรม ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการให้แนวคิดและปรับปรุงงานวิจัยให้มีคุณค่าและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานบังคับใช้กฎหมายโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย เข้าร่วมทำกิจกรรมในการวิจัยโดยครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. ณพล ผลากรกุล. (2559). ผลกระทบจากโฆษณาบนเฟซบุ๊ก และแนวทางการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบนเฟซบุ๊ก. วารสารการสื่อสารและการจัดการนิด้า, 2(1). 18-42

2. นันทพงศ์ เถื่อนยืนยงค์. (2553). พฤติกรรมการเปิดรับสื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้บริโภคในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการค้นคว้าแบบ อิสระหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

3. นุชจรินทร์ ชอบดำรงธรรม. (2553). อิทธิพลของสื่อโฆษณาในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีผลต่อกระบวนการตอบสนองของผู้บริโภค

4. พจนา สัจจาศิลป์. (2554). การโฆษณากับสังคม. ปทุมธานี: สานักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

5. สพธอ. (2557). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2557.

6. สุรชัย ศรีณรงค์. (2559). พฤติกรรมการซื้อสินค้าและบริการผ่านอนิ เตอร์เน็ตของนักศึกษาระดับ ปริญญาตรีคณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรมระดับชาติ ครั้งที่ 9 คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

7.อรลักษณา แพรัตกุล. (2553). ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: ประโยชน์ ความเสี่ยง ความเชื่อ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(3). 332-336.

การศึกษาสาระกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อประยุกต์ใช้ปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมาย ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

Study legal matter on Administrative Procedures for apply the law enforcement to consumer protection in health care consideration.

จินดาพร อุปถัมภ์[1],
Jindaporn Uppatham[1]

(Received: February 2 ,2019 ; Accepted: March 13 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาระกฎหมาย และสังเคราะห์ข้อเสนอการประยุกต์ใช้กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาข้อมูลโดยวิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยศึกษาจากพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522 พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 หนังสือ บทความ เอกสาร และการศึกษาในคำสั่งหรือคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดในส่วนที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลมารวบรวมและเรียบเรียงเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ในการใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นลักษณะการใช้คำสั่งทางปกครองให้ถูกต้องและเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

ผลการศึกษาพบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ศึกษาทั้ง 3 พระราชบัญญัติ มีหลายมาตราที่เป็นการใช้คำสั่งทางปกครองของพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อผู้ประกอบการในกฎหมายนั้นๆ ในลักษณะการสั่งการ การอนุญาตหรือไม่อนุญาต การอนุมัติหรือไม่อนุมัติ การจดทะเบียนและการพักใช้และเพิกถอนใบอนุญาต ซึ่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ถือเป็น “กฎหมายกลาง” ที่กำหนดวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองด้วยหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมหรือมีมาตรฐานในการปฏิบัติราชการที่พนักงานเจ้าหน้าที่ควรยึดปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการพิจารณาในทางปกครองและการออกคำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย จึงสรุปการประยุกต์ใช้กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในแง่ข้อพึงระวังเพื่อไม่ให้เกิดการออกคำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย โดยพนักงานเจ้าหน้าที่จะต้อง 1) ไม่กระทำโดยไม่มีอำนาจหรือนอกเหนืออำนาจหน้าที่ ตามมาตรา 12 2)กระทำโดยถูกต้องตามกฎหมาย 3)กระทำโดยถูกต้องตามรูปแบบขั้นตอน ตามมาตรา 30 4)กระทำโดยถูกต้องตามวิธีการอันเป็นสาระสำคัญที่กำหนดไว้สำหรับการกระทำนั้น ตามมาตรา 37 5)ไม่กระทำโดยไม่สุจริตหรือเลือกปฏิบัติ ตามมาตรา 13 และ 16 6)ไม่กระทำที่เป็นการใช้ดุลพินิจโดยมิชอบ

คำสำคัญ: คำสั่งทางปกครอง วิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พนักงานเจ้าหน้าที่ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Abstract

This study aimed to study legal matter and synthesized the recommendation from administrative law apply for enforcement to consumer protection in health care consideration. The study was the documentary research that studied from Administrative Procedure Acts, B.E. 2539; Drug Acts, B.E. 2510; Food Acts, B.E. 2522; and Cosmetic Acts, B.E. 2558; books; articles; documens; and Order or Judgment of the Supreme Administrative Court. Collected data, arranged data analyzed data and synthesized the guidelines for using administrative order of staff under the health product ’s law operation.

The finding were many administrative order in sections of health product ’s law in the format of ordering, allow or not allow, approve or not approve, registration and suspension or revocation of license. Administrative Procedure Acts, B.E. 2539 is the general law that guarantee the fairness and standard administrative proceder. The staff should act follow this Act. The action of staff must be correct and lawful. The conclusion of staff for apply the law enforcement to consumer protection in health care consideration are 1)Not act without power and not beyond power under section 12. 2)Not illegal act 3)Act followed by a step pattern materialistic approach under section 30. 4) Act followed by a materialistic approach under section 37 5)Not act dishonesty or discriminate against under section 13 and 16 6)Not act discretion not.

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.) สภาเภสัชกรรม รุ่นที่ 4

บทนำ

พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 เป็นกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนต่างๆ สำหรับการดำเนินงานทางปกครอง เพื่อให้การดำเนินงานหรือปฏิบัติราชการ ของเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นไปโดยถูกต้องตามกฎหมาย โปร่งใส เป็นธรรม มีความเป็นกลาง มีประสิทธิภาพในการใช้บังคับกฎหมายให้สามารถรักษาประโยชน์สาธารณะได้ นอกจากนี้ยังได้ประกันสิทธิและกำหนดหน้าที่ของเอกชนในกระบวนการพิจารณาเรื่องทางปกครองไว้อย่างชัดเจน โดยมีลักษณะเป็นกฎหมายกลางซึ่งหน่วยงานสามารถนำกฎหมายฉบับนี้ไปปรับใช้ได้กับกฎหมายอื่นๆ ทั้งนี้ “คำสั่งทางปกครอง” [(1)] หมายความว่า การใช้อำนาจตามกฎหมายของเจ้าหน้าที่ที่มีผลเป็นการสร้างนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคลในอันที่จะก่อ เปลี่ยนแปลง โอน สงวน ระงับ หรือมีผลกระทบต่อสถานภาพของสิทธิหรือหน้าที่ของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการถาวรหรือชั่วคราว เช่น การสั่งการ การอนุญาต การอนุมัติ การวินิจฉัยอุทธรณ์ การรับรอง และการรับจดทะเบียน แต่ไม่หมายความรวมถึงการออกกฎ (มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539)[(2)] จึงกล่าวได้ว่า คำสั่งทางปกครอง คือ คำสั่งของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อาศัยอำนาจตามกฎหมายสั่งให้ประชาชนทำการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหยุดกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือเป็นคำสั่งที่ให้สิทธิหรือตัดสิทธิประชาชน ซึ่งคำสั่งเหล่านั้นมีผลกระทบต่อประชาชนคนใดคนหนึ่ง สำหรับคำสั่งทางปกครองมีอยู่หลายลักษณะ ตัวอย่างเช่น 1. การสั่งการ เป็นเรื่องที่กฎหมายกำหนดให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ไว้เพื่อให้มีคำสั่งการอย่างใดอย่างหนึ่งตามกฎหมาย 2. การอนุญาตหรือไม่อนุญาต จะเกิดขึ้นในกรณีที่ประชาชนต้องการมีสิทธิดำเนินการบางเรื่องที่กฎหมายกำหนดให้ต้องได้รับอนุญาตจากทางราชการก่อน ซึ่งประชาชนจะต้องยื่นคำขออนุญาตต่อเจ้าหน้าที่และเมื่อเจ้าหน้าที่ได้พิจารณาคำขออนุญาตแล้วเห็นว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้ ก็จะมีคำสั่งอนุญาต แต่ถ้าพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดก็จะมีคำสั่งไม่อนุญาต การอนุญาตหรือไม่อนุญาตนี้ถือเป็นคำสั่งทางปกครอง 3. การอนุมัติหรือไม่อนุมัติ จะมีลักษณะคล้ายกับการอนุญาตหรือไม่อนุญาตแต่ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการภายในระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐด้วยกัน สำหรับการอนุมัติหรือไม่อนุมัติให้ดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งบางเรื่องเท่านั้นที่จะถือเป็นคำสั่งทางปกครองได้ 4. การจดทะเบียน โดยปกติจะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนต้องการจะใช้สิทธิตามกฎหมาย และการที่จะมีผลตามกฎหมายได้จะต้องมีการจดทะเบียนก่อนเท่านั้น กรณีที่เจ้าหน้าที่รับจดทะเบียนหรือปฏิเสธการรับจดทะเบียนเมื่อประชาชนยื่นคำขอนั้น ถือเป็นคำสั่งทางปกครองประเภทหนึ่งเช่นกัน 5. การเพิกถอนใบอนุญาต กฎหมายในบางเรื่องให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่ในการพิจารณาว่า กิจกรรมเรื่องใดที่รัฐเคยออกใบอนุญาตไปให้กับประชาชนเพื่อให้มีสิทธิบางอย่างตามกฎหมายหรือให้ประกอบกิจการเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หากประชาชน ที่ได้รับอนุญาตได้ฝ่าฝืนข้อห้ามหรือไม่ดำเนินการตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้แล้วเจ้าหน้าที่ผู้ออกใบอนุญาตมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาตนั้นได้

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การระวังหรืออารักขา ผู้ที่กิน เสพ จับจ่าย ใช้สอย อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุมีพิษ เพื่อให้มีความปลอดภัย รวมถึงให้มีความคุ้มค่าและสมประโยชน์กับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป ผู้ที่ทำหน้าที่นี้ คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และผู้บริโภคทุกคน การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงมีกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 [(3)] และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522[(4)] พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558[(5)] ซึ่งล้วนมีการออกประกาศแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งมีหลายระดับตั้งแต่เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานในสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหลากหลายวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักวิชาการ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เพื่อทำหน้าที่บังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และอำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้ของพนักงานเจ้าหน้าที่ทุกพระราชบัญญัติในที่นี้มักมีลักษณะเป็นคำสั่งทางปกครองรวมอยู่ด้วย ซึ่งหากมีการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่สูงกว่าพระราชบัญญัติ

วิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 [2] อยู่แล้วพนักงานเจ้าหน้าที่ก็สามารถยึดหลักตามพระราชบัญญัตินั้นๆ ได้เลย แต่ยังมีอีกหลายกรณีที่กฎหมายอาจไม่ได้มีบทบัญญัติหรืออาจมีกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงานต่ำกว่าพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 [2] ซึ่งหากพนักงานเจ้าหน้าที่ไม่มีความเข้าใจ ขาดความระมัดระวังในการใช้บังคับ และไม่ทราบหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติที่ถูกต้องให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 [2] อาจก่อให้เกิดปัญหาความไม่ถูกต้องตามข้อกฎหมาย ขาดความโปร่งใสเป็นธรรม ขาดความเป็นกลาง ขาดประสิทธิภาพในการใช้บังคับกฎหมาย และไม่สามารถรักษาประโยชน์สาธารณะได้

จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษารูปแบบและอำนาจหน้าที่ในการใช้คำสั่งทางปกครองของเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 เพื่อสังเคราะห์ให้ได้ซึ่งข้อพึงระวังในการใช้คำสั่งทางปกครอง และนำมาปรับใช้เพื่อเป็นหลักในการปฏิบัติงานหรือบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาระกฎหมาย และสังเคราะห์ข้อเสนอการประยุกต์ใช้กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลโดยวิธีการวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ใช้วิธีการศึกษาจากพระราชบัญญัติ หนังสือ บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้องตลอดจนการศึกษาในคำสั่ง/คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยนำมารวบรวมและเรียบเรียงเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ในการใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เป็นลักษณะการใช้คำสั่งทางปกครองให้ถูกต้องและเป็นไปตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539[2] โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539[1] กฎกระทรวง ประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องทุกฉบับ รวมถึงหนังสือ บทความ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 [3] พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.2522[4] และพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558[5]

3. ศึกษา คำสั่ง/คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดในส่วนที่เกี่ยวข้อง

4. รวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร

5. วิเคราะห์การใช้อำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ให้ชอบตามพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

6. สังเคราะห์ข้อเสนอการประยุกต์ใช้กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

7. นำเสนอผลการสังเคราะห์ที่ได้ต่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย (Expert group) เพื่อทำการวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ

8. สรุปผลการสังเคราะห์ข้อเสนอการประยุกต์ใช้กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเพื่อปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ซึ่งการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2017-007

ผลการศึกษา

1. สาระกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ถือเป็น “กฎหมายกลาง” เกี่ยวกับการออกคำสั่งทางปกครองและการปฏิบัติภายหลังออกคำสั่งทางปกครอง ได้กำหนดไว้ในมาตรา 3 วรรคหนึ่ง โดยบัญญัติว่า “วิธีปฏิบัติทางราชการทางปกครองตามกฎหมายต่างๆ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดใน พ.ร.บ. นี้ เว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายใด

กำหนดวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเรื่องใดไว้โดยเฉพาะ และมีหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมหรือมีมาตรฐานในการปฏิบัติราชการไม่ต่ำกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนดใน พ.ร.บ. นี้" ทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติราชการของเจ้าหน้าที่มีมาตรฐานเดียวกันและเป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำที่เจ้าหน้าที่พึงปฏิบัติต่อเอกชนที่กำหนดวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองด้วยหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมหรือมีมาตรฐานในการปฏิบัติราชการที่พนักงานเจ้าหน้าที่ในกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพควรยึดปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดการออกคำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

คำสั่งทางปกครอง หมายถึง การใช้อำนาจตามกฎหมายของเจ้าหน้าที่ที่มีผลเป็นการสร้างนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างฝ่ายปกครองกับผู้รับคำสั่ง ในอันที่จะก่อให้เกิด เปลี่ยนแปลง โอน สงวน ระงับ หรือมีผลกระทบต่อสิทธิหรือหน้าที่ของบุคคลทั้งถาวรและชั่วคราว ในลักษณะมีผลบังคับเฉพาะ ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ 1) ต้องเป็นการกระทำโดยเจ้าหน้าที่ 2) ต้องเป็นการใช้อำนาจปกครองตามกฎหมายฝ่ายเดียว 3) ต้องเป็นการสร้างนิติสัมพันธ์ขึ้นระหว่างบุคคล4) ต้องมีผลเฉพาะกรณี 5) ต้องมีผลโดยตรงออกไปภายนอกฝ่ายปกครอง และผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาทางปกครอง ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ได้แก่ "เจ้าหน้าที่" หมายถึง บุคคล คณะบุคคล หรือนิติบุคคลซึ่งใช้อำนาจหรือได้รับมอบให้ใช้อำนาจทางปกครองของรัฐในการดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดตามกฎหมาย ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งขึ้นในระบบราชการ รัฐวิสาหกิจหรือกิจการอื่นของรัฐหรือไม่ก็ตาม และ "คู่กรณี" หมายถึง ผู้ยื่นคำขอหรือคัดค้านคำขอผู้อยู่ในบังคับหรือจะอยู่ในบังคับของคำสั่งทางปกครอง และผู้ซึ่งได้เข้ามาในกระบวนการพิจารณาทางปกครอง เนื่องจากสิทธิของผู้นั้นจะถูกกระทบกระเทือนจากผลของคำสั่งทางปกครอง เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติราชการทางปกครองตามอำนาจที่ตนมีอยู่ โดยคำนึงถึงสิทธิของคู่กรณี และปฏิบัติให้เป็นไปตามขั้นตอนการพิจารณาทำคำสั่งทางปกครอง ตามพระราชบัญญัตินี้ ได้แก่ 1) การริเริ่มทำคำสั่งทางปกครอง 2) การอนุมัติหรือการให้ความเห็นชอบในการทำคำสั่งทางปกครอง 3) การแจ้งสิทธิ์และหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาให้คู่กรณีทราบ 4) การรับฟังบุคคลซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากคำสั่งทางปกครอง 5) การให้สิทธิ์คู่กรณีมีทนายหรือที่ปรึกษาเข้ามาในกระบวนการพิจารณา 6) การให้สิทธิ์คู่กรณีตรวจดูเอกสารที่จำเป็นต้องรู้ 7) การแจ้งระยะเวลาในการทำคำสั่งทางปกครอง

2. ลักษณะการปฏิบัติงานที่เป็นการพิจารณาทางปกครองและออกคำสั่งทางปกครองของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ศึกษา ได้แก่ พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 และพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558 พบว่ามีลักษณะที่เป็นการพิจารณาในทางปกครองและการออกคำสั่งทางปกครองของพนักงานเจ้าหน้าที่ ทั้ง 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การสั่งการ 2) การอนุญาตหรือไม่อนุญาต 3) การอนุมัติหรือไม่อนุมัติ 4) การจดทะเบียน 5) การพักใช้และเพิกถอนใบอนุญาต ในทั้ง 3 พระราชบัญญัติ (ดังตาราง 1)

3. พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องยึด "หลักแห่งความเป็นธรรม" และ "มาตรฐานในการปฏิบัติราชการ" เพื่อให้การปฏิบัติราชการทางปกครองที่เป็นไปด้วยความเป็นธรรม เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สาธารณะและมีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงกว่าที่เป็นอยู่โดยทั่วไป เป็นคำสั่งทางปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ช่วยลดจำนวนในการนำคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาลปกครอง ซึ่งลักษณะการกระทำทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย ของคดีพิพาทประเภทที่ 1 บัญญัติไว้ในมาตรา 9 วรรคหนึ่ง (1) แห่ง พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542 มี 10 การกระทำดังนี้ 1) การกระทำโดยไม่มีอำนาจ 2) การกระทำนอกเหนืออำนาจหน้าที่ 3) การกระทำไม่ถูกต้องตามกฎหมาย 4) การกระทำไม่ถูกต้องตามรูปแบบขั้นตอน 5) การกระทำไม่ถูกต้องตามวิธีการอันเป็นสาระสำคัญที่กำหนดไว้ 6) การกระทำโดยไม่สุจริต 7) การกระทำที่มีลักษณะเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม 8) การการะทำที่มีลักษณะเป็นการสร้างขั้นตอนโดยไม่จำเป็น 9) การกระทำที่สร้างภาระให้เกิดกับประชาชนเกินสมควร 10) การกระทำที่เป็นการใช้ดุลพินิจโดยมิชอบ

ตาราง 1 ตัวอย่างลักษณะการปฏิบัติงานที่เป็นการพิจารณาทางปกครองและออกคำสั่งทางปกครองของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ศึกษา ทั้ง 3 พระราชบัญญัติ

กฎหมาย	**พ.ร.บ. ยา** พ.ศ. 2510	**พ.ร.บ. อาหาร** พ.ศ. 2522	**พ.ร.บ. เครื่องสำอาง** พ.ศ. 2558
1.การสั่งการ	- สั่งแก้ไขทะเบียนยา - ประกาศผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ - เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ - ยึด,อายัด	- ประกาศผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ - เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ - ยึด,อายัด	- ประกาศผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ - ผลิต,นำเข้า - เก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์ - ยึด,อายัด
2.การอนุญาต/ไม่อนุญาต	- ผลิต ขาย นำเข้า - โฆษณา	- ผลิต - นำเข้า - โฆษณา	- นำเข้า
3.การอนุมัติ/ไม่อนุมัติ	อนุมัติข้อความ เสียง หรือภาพที่ใช้ในการโฆษณา	ภายในหน่วยงาน	ภายในหน่วยงาน
4.การจดทะเบียน	- เลขทะเบียนยา	- เลขสารบบอาหาร	- เลขที่ใบรับจดแจ้งเครื่องสำอาง
5.การเพิกถอน/พักใช้ใบอนุญาต	- ใบอนุญาต ผลิต,ขาย,นำเข้า	- ใบอนุญาต ผลิต,นำเข้า	- ใบรับจดแจ้ง ผลิต,นำเข้า

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาสาระกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 และอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ ตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จึงสรุปเป็นข้อพึงระวังสำหรับพนักงานเจ้าหน้าที่ ได้ดังนี้ 1) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องไม่กระทำโดยไม่มีอำนาจหรือนอกเหนืออำนาจหน้าที่ ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. วิธีปฏิบัติฯ 2) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องไม่กระทำโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย 3) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องไม่กระทำโดยไม่ถูกต้องตามรูปแบบขั้นตอน ตามมาตรา 30 แห่ง พ.ร.บ. วิธีปฏิบัติฯ 4) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องไม่กระทำโดยไม่ถูกต้องตามวิธีการอันเป็นสาระสำคัญที่กำหนดไว้สำหรับการกระทำนั้น ตามมาตรา 37 แห่ง พ.ร.บ. วิธีปฏิบัติฯ 5) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องไม่กระทำโดยไม่สุจริตหรือเลือกปฏิบัติ ตามมาตรา 13 และ 16 แห่ง พ.ร.บ. วิธีปฏิบัติฯ 6) พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องไม่กระทำที่เป็นการใช้ดุลพินิจโดยมิชอบ นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงถึงมาตราอื่นประกอบด้วยทุกครั้ง เพราะแม้จะไม่ใช่เหตุให้เกิดการออกคำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายแต่หากขาดความรู้ความเข้าใจ หรือละเลยที่จะยึดปฏิบัติ อาจส่งผลให้เป็นเหตุให้เกิดข้อโต้แย้งหรือคัดค้านโดยผู้ประกอบการได้ ได้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแจ้งสิทธิและหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาทางปกครองให้ผู้ประกอบการทราบตามมาตรา 27, พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องระบุ วัน เดือนและปีที่ทำคำสั่ง ชื่อและตำแหน่งพร้อมทั้งมีลายมือชื่อของเจ้าหน้าที่ผู้ทำคำสั่ง ตามมาตรา 36 และพนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแจ้งสิทธิอุทธรณ์โต้แย้งคำสั่งไว้ด้วย ตามมาตรา 40 [1-8]

2. สิ่งที่พนักงานเจ้าหน้าที่ควรต้องศึกษาและทำความเข้าใจในสาระกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ได้แก่ 1) อำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ 2) สิทธิของผู้ประกอบการ 3) ขั้นตอนการพิจารณาทำคำสั่ง

ทางปกครอง 4) วิธีการอันเป็นสาระสำคัญที่กำหนดไว้กฎหมายนั้นๆ 5) กฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง [1-8]

ข้อเสนอแนะ

จะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในสาระกฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองแห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 เพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้การปฏิบัติราชการทางปกครองเป็นไปด้วยความเป็นธรรม เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สาธารณะ มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงกว่าที่เป็นอยู่โดยทั่วไป และที่สำคัญคือช่วยลดจำนวนในการนำคดีขึ้นสู่การพิจารณาของศาลปกครองเนื่องจากหากศาลปกครองสูงสุดมีคำพิพากษาให้เป็นคำสั่งทางปกครองที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายแล้ว จะมีผลกระทบกับพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้พิจารณาทางปกครองและออกคำสั่งทางปกครองนั้นๆ ทั้งผลกระทบโดยตรง คือ คำสั่งที่ออกไปใช้ไม่ได้และไม่มีประโยชน์ และผลกระทบที่ตามมา ได้แก่ อาจมีการนำไปสู่การพิจารณาความผิดทางคดีอาญาในฐานะเจ้าพนักงาน ความผิดทางคดีแพ่งเมื่อต้องมีการชดเชยค่าเสียหาย ความผิดทางวินัยในฐานะข้าราชการ และความผิดทางจรรยาบรรณของแต่ละวิชาชีพ ดังนั้นจึงขอสรุปข้อเสนอแนะในการพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับสถาบันการศึกษา ควรมีการเพิ่มความรู้เรื่องกฎหมายปกครองในหลักสูตรคณะเภสัชศาสตร์สาขาที่เกี่ยวกับงานคุ้มครองผู้บริโภค

2. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ และมีการฝึกปฏิบัติโดยใช้กรณีศึกษาแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการสำรวจความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะการพิจารณาทางปกครองและออกคำสั่งทางปกครองของพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์วันชัย เหล่าเสถียรกิจ นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และเภสัชกรบรรเจิด เดชาศิลปชัยกุล หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และขอขอบพระคุณเภสัชกรวรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร อุปนายกสภาเภสัชกรรม ที่ช่วยประสานเรื่องข้อมูลในการทำวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. **คำสั่งทางปกครองคืออะไร**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2560]. จาก http://thanawutmatanan.blogspot.com/2005/01/4.html.
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2560]. จาก http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%c728/%c728-20-2539-a0001.pdf
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 20 ตุลาคม 2560]. จาก http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%c204/%c204-20-9999-update.pdf.
4. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 20 ตุลาคม 2560]. จาก http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%cd08/%cd08-20-9999-update.pdf.
5. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 20 ตุลาคม 2560]. จาก http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%a446/%a446-20-2558-a0001.pdf.
6. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2557**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2560]. จาก http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%c728/%c728-20-2557-a0001.pdf.
7. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. **พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง (ฉบับ update ล่าสุด)**. [อินเตอร์เนต]. [อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2560]. จาก http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%c728/%c728-20-9999-update.pdf
8. วรเจตน์ ภาคีรัตน์. (2554). **กฎหมายวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพ: เอ.พี. กราฟิค ดีไซน์และการพิมพ์ จำกัด.

ความแม่นยำของการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ Five Rules ในการคัดกรองโรคต้อหิน

The diagnostic accuracy of the application of Five Rules in fundus-camera-based eye ground examination for glaucoma screening

วรนารี เจริญรุ่งรัตน์[1], วิน เตชะเคหะกิจ[1]

Worranaree Charoenrungrat[1], Win Techakehakij[1]

(Received: November 13 ,2018 ; Accepted: December 20 ,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ศึกษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลลำปางที่ได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตาบันทึกไว้ในปีพ.ศ. 2560 จักษุแพทย์แปลผล Five rules จากภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ใบรายการตรวจสอบถูกผิด ผลถูกเท่ากับ 1 คะแนน ผลการประเมินดังกล่าวได้นำมาเปรียบเทียบกับผลวินิจฉัยโรคต้อหิน คำนวณความไว ความจำเพาะ ความถูกต้องในการวินิจฉัย likelihood ratios และพื้นที่ใต้กราฟ Receiver Operating Characteristic(ROC) จากผู้ป่วยจำนวน 27 ราย(52 ตา) ตาจำนวน 15 ตาได้รับการวินิจฉัยโรคต้อหิน จาก Five rules

ผลการศึกษาพบว่าความจำเพาะสูงสุด(97.3%) พบใน Rule 1 3 และ 5 ขณะที่ความไวต่ำสุดปรากฏใน Rule 3(6.67%) จุดตัดของคะแนนทั้งหมดที่วินิจฉัยถูกต้องสูงสุด(88.46%) คือ ≥2 โดยมีความไวและความจำเพาะที่ยอมรับได้ 73.33% และ 94.59% ตามลำดับ พื้นที่ใต้กราฟ ROC แสดงความสามารถในการจำแนกเท่ากับ 0 .891

คำสำคัญ: ความแม่นยำในการวินิจฉัย, Five Rules, ภาพถ่ายจอประสาทตา, การคัดกรองโรคต้อหิน

ABSTRACT

This study examined the diagnostic accuracy of Five Rules used in glaucoma screening by fundus camera. Patients were recruited at Lampang Hospital in 2017 whose fundus photographs were on record. An ophthalmologist interpreted the fundus photographs using a yes/no checklist of Five Rules. A point was assigned for each rule with a positive answer. These results were compared with the diagnosis of glaucoma. Sensitivity, specificity, diagnostic accuracy, likelihood ratios, and area under the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve were calculated.

Results: Twenty-seven patients (52 eyes) were included, of which 15 eyes were diagnosed with glaucoma. The highest specificity (97.3%) was found in Rules 1, 3, and 5 whereas Rule 3 showed the lowest sensitivity (6.67%). The cut-off score giving the highest diagnostic accuracy (88.46%) was ≥2, with acceptable sensitivity and specificity of 73.33% and 94.59%, respectively. The area under the ROC curve gives the power of discrimination of 0.891.

and satisfactory specificity. Applying Five Rules seems practical in the Thai healthcare context as only small additional costs are incurred.

Keywords: Diagnostic accuracy, Five Rules, fundus photographs, glaucoma screening

[1] พบ. โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

Introduction

Glaucoma is a leading cause of irreversible vision loss worldwide[1] .Most people with glaucoma have slowly progressive but irreversible damage .Often there are no obvious symptoms until a relatively late stage, meaning that a diagnosis may be delayed[2, 3].

Glaucoma is found in 3.54% (95% CI: 2.09, 5.82) of the global population aged 40-80. In 2013, it was estimated that 64.3 million middle-aged to elderly people had glaucoma. It has been forecast that by 2020 this number will be 76.0 million and by 2040 it will be 111.8 million, disproportionally affecting Asian and African ethnicities[1] . In Thailand, a population-based survey revealed the prevalence of glaucoma to be 3.8[4].

Although it is irreversible, early detection is very important because prompt treatment could stop the visual loss progression and potentially save incurred costs in comparison with late diagnosis and treatment[5].

Despite its cost to health, the early detection rate is very low. Silent glaucoma remains undetected in the general population. In developed countries, it was estimated that only approximately one-third of glaucoma patients knew of their disease. In the developing world, only about 8% of all people with glaucoma are aware of the fact[6].

In Thailand, there is hardly any evidence documenting the tools used in screening for glaucoma in the general population[7]. One possible explanation for the impracticality of glaucoma screening in the general population could be that, to achieve high sensitivity, the current practise always requires at least one ophthalmologist to perform the diagnosis using specialist equipment. This was echoed in a Thai study indicating a low sensitivity of glaucoma diagnosis among general practitioners (21.7%), compared with ophthalmologists (100%)[7]. While glaucoma screening largely depends on the availability of ophthalmologists, there are currently insufficient ophthalmologists to perform all the screening work in Thailand. Moreover, economic studies have shown that glaucoma screening in the population may only be cost-effective in older age groups[8, 9].

Five Rules[10] is a systematic approach, devised for non-ophthalmologists, to screen for glaucoma by looking at the eye ground. It includes the evaluation of optic disc size, rim shape and area, presence of retinal nerve fibre layer (RNFL) loss, parapapillary atrophy (PPA), and retinal or optic disc haemorrhages. This Five Rules systematic process could improve the availability of glaucoma screening. While using Five Rules as the criteria in screening for glaucoma by fundus camera appears to be simple and economical, no one has ever performed an accuracy test of these criteria in practise. This study aims to examine the diagnostic accuracy of Five Rules in glaucoma screening

Methods

Population and Samples

This study recruited patients who registered at the outpatient Ophthalmology Department of Lampang Hospital in 2017 and whose fundus photographs were taken using a fundus camera. Fundus photographs are not routinely taken and so only some patients who registered had photographs taken and stored in the camera to use in following the progression of the diseases and/or teaching medical students. The exclusion criteria were those patients whose fundus photographs were not within the required interpretable quality for this study.

Study design

The patients' fundus photographs were extracted from the fundus camera and sent to an ophthalmologist to interpret and complete a yes/no checklist of Five Rules.

Five Rules[10] were used as the diagnostic indicants to evaluate the optic disc and retinal nerve fibre layer for glaucoma. These Five Rules are:

Rule 1 evaluates the vertical cup disc ratio (VCDR) which is achieved by observing the scleral ring, and assessing the optic disc size. (Yes = enlarged VCDR, No = No enlarged VCDR)

Rule 2 evaluates the neuroretinal rim by the ISNT Rule which is used to identify the size of the neuroretinal rim. (Yes = Not Respect ISNT Rule, No = Respect ISNT Rule)

Rule 3 evaluates the retinal nerve fibre layer (RNFL) which is examined for the loss of areas (Yes = RNFL loss, No = no RNFL loss seen)

Rule 4 evaluates the region of parapapillary atrophy (PPA) by examining the region adjacent to the optic disc for the presence of parapapillary atrophy. (Yes = PPA seen, No = No PPA seen)

Rule 5 evaluates retinal and optic disc haemorrhage by looking for retinal and optic disc haemorrhages. (Yes = Retinal and/or optic disc haemorrhage seen, No = No Retinal or optic disc haemorrhage seen)

A point was assigned for each rule with a positive answer, giving a maximum total of 5 points.

The gold standard is the diagnosis of glaucoma, defined as patients having the diagnosis of glaucoma by ophthalmologists present in their medical records.

Analysis of diagnostic indicants

The results obtained with each of the Five Rules were compared with the diagnosis of glaucoma for each patient. Sensitivity, specificity, diagnostic accuracy, and likelihood ratios were calculated for each rule.

The sensitivity, specificity, and diagnostic accuracy of each total score as a possible cut-off point for detecting glaucoma were calculated. A receiver operator characteristic (ROC) curve was plotted using STATA version 13[11], with the area under the ROC curve representing the discriminatory power of the index test.

Results

A total of 36 patients who matched the inclusion criteria were identified. Nine of these patients were excluded by an ophthalmologist because the quality of their pictures did not match the requirements. Two of the patients have only one eye. Therefore, there were 52 eyes (N=52) in the study and 15 eyes (28.85% of all) were diagnosed as glaucomatous. All samples were more than 40 years of age; the majority were between the ages of 51-60. Demographic characteristics of the samples are as shown in Table I.

Table II shows the sensitivities, specificities, diagnostic accuracies, and likelihood ratios of each rule. Among the Five Rules, the highest specificity (97.3%) was found in Rule 1 (Vertical cup disc ratio), Rule 3 (Retinal nerve fibre layer), and Rule 5 (Retinal and optic disc haemorrhage. In contrast, Rule 3 (Retinal nerve fibre layer) has extremely low sensitivity.

The diagnostic accuracy between the total points of positive signs and glaucoma was plotted, as seen in Table III. The cut-off for total scores which gives the highest sensitivity (93.33%) is $\geq$1 but it also gives the lowest specificity (56.76%). The cut-off for total scores that gives 100% specificity is $\geq$4 but this gives an extremely low sensitivity (6.67%). The ROC curve was plotted, with the area under the curve of 0.8910, as illustrated in Fig1.

Discussion

To the author's knowledge, this is the first attempt to use Five Rules as the criteria in screening for glaucoma by fundus camera. Results of this study showed that Five Rules appears to be an effective tool, with a strong power of discrimination of 0.891. A relatively high diagnostic accuracy of this equipment indicates that it may be possible to use the tool in real clinical practise.

Considering a cut-off for the tool to be used in general screening, there was a trade-off between minimising false negatives and an excessive workload due to false positives. When the cut-off of $\geq$1 point is applied, the sensitivity is as high as 93.33%, with a relatively low specificity of 56.76%. Despite advantages of high sensitivity to minimise false negatives, however, the cut-off of $\geq$1 causes a rate of false positives as high as 43% or more. This implies, if a mass screening is undertaken, almost half of the glaucoma-free participants would yield a positive result and require further investigation. This in turn, incurs unnecessary workload and subsequent medical costs. Considering applying a 1 point cut-off is recommended only for ophthalmology healthcare providers which can manage a large number of referrals and have enough ophthalmologists.

Despite having lower sensitivity than the cut-off of 1, cut-offs of $\geq$2 and $\geq$3 points yield a relatively higher diagnostic accuracy, with high specificities of 94.59% and 97.3%, respectively. Application of the cut-offs of 2 or 3 points thus seems to be realistic in terms of preventing excessive workload and extra costs from the false positive results. However, with a relatively higher sensitivity of 73.33% when applying the $\geq$2 point cut-off, compared with a sensitivity of 60% for the $\geq$3 point cut-off, using $\geq$2 points as a cut-off will result in a lower rate of undetected glaucomatous patients, which may be suitable for mass screening in the general population.

False positive results of the test may occur with patients who had not only glaucomatous eye but also other eye conditions such as diabetic retinopathy and retinal diseases; that is, a positive test in each rule may be associated with other medical conditions, apart from glaucoma. For example, a positive result from Rule 5 (Retinal and optic disc haemorrhage) may imply the existence of diabetic retinopathy, a history of typical migraine headache and increasing systolic blood pressure[12]. Interpretation of the positive results should be done with caution, accounting for other possible health conditions that might affect the test.

The highest sensitivity when using Five Rules as a tool in glaucoma screening is 93.33%. It indicated that about 6.67% of all samples with glaucomatous eye had negative test results. In practice, there are other controversial clinical criteria to diagnose glaucoma, such as detection of progressive damage of the optic nerve head with ambiguous appearance[13] or specific pattern of visual function deficit[13, 14], especially when compounded with high intraocular pressure. These were not included in the Five Rules and lead to false negative results.

Some of the Five Rules, such as measuring the vertical cup to disc ratio, are based on visual inspection, which may be influenced by the personal experience and clinical judgement of each ophthalmologist. This can possibly leads to false negative results.

One of the limitations of this study is the measurement validity as there was only one general ophthalmologist who interpreted the Five Rules scores. However, the practical recommendation suggests that diagnosis of glaucoma should be based on the opinions

from at least three ophthalmologists[15]. Future study may improve the accuracy of the outcome measurement by employing three glaucoma specialists in the diagnosis.

Another source of false negatives could be from the equipment used in this study. The fundus camera itself is not generally used as a standard tool to inspect eye ground for diagnosing glaucoma, possibly owing to the limited quality of fundus photographs produced. This concern was raised in a previous study[16] which compared the evaluation of vertical cup to disc ratio in glaucoma patients between the standard indirect ophthalmoscope with a 78 D lens and the non-mydriatic fundus camera. The estimated VCDR values were similar)p<0.001 (but the non-mydriatic fundus camera yielded only 68.4% sensitivity. To improve sensitivity of the screening, incorporating other screening tools, such as measuring intraocular pressure, may be recommended.

An issue worth mentioning is the possible selection bias which could affect the sensitivity in this study. This could result from some clinical criteria which appear in the screening tests presenting only in the late phase of glaucoma. Five rules are thus inclined to give a positive result when screening in late stage glaucoma[17, 18], whereas these signs may be missing in the early phase of glaucoma. Samples of this study were recruited from out-patients at the Ophthalmology Department, which contains a high proportion of patients in late stage of glaucoma, presenting with progressively and severely glaucomatous eyes. These samples might not be representative of the silent glaucomatous patients in the population of which the majority might still be in the early stages. Future research, using samples from the general population, is suggested.

The other limitation of this study is the result uncertainty as a consequence of the small sample size used. The power would have increased if there had been more samples in this study. To reduce this result uncertainty, conducting a prospective study may be required to collect a larger sample size.

The feasibility of utilising the Five Rules in glaucoma screening by non-ophthalmologists requires nurses to be trained to use Five Rules to screen for glaucoma using a fundus camera. This possibility works particularly well in the context of the Thai public health, where at least one fundus camera is currently available in all hospitals for diabetic retinopathy screening, and primary care nurses are assigned to perform the fundus screening in this regard. Using the Five Rules could be an effective method to screen for glaucoma with low costs and small additional workload in the current setting. Nonetheless, a diagnostic test would be required to demonstrate the accuracy of screening by nurses, compared with ophthalmologists, before implementing the screening in real practise.

Acknowledgement

The author thanks Andrew Sherratt for comments, proof reading, and providing advice on English language usage. Additionally, the author thanks all professors in the Department of Social Medicine, Lampang Hospital who have been supportive during the study period.

References

1.Tham Y-C, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng C-Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2014;121(11):2081-90.

2.Foster PJ, Buhrmann R, Quigley HA, Johnson GJ. The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. British journal of ophthalmology. 2002;86(2):238-42.

3.Weinreb RN, Aung T, Medeiros FA. The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. Jama. 2014;311(18):1901-11.

4.Bourne R, Sukudom P, Foster P, Tantisevi V, Jitapunkul S, Lee P, et al. Prevalence of glaucoma in Thailand: a population based survey in Rom Klao District, Bangkok. British journal of ophthalmology. 2003;87(9):1069-74.

5.Iskedjian M, Walker J, Vicente C, Trope GE, Buys Y, Einarson TR, et al. Cost of glaucoma in Canada: analyses based on visual field and physician's assessment. Journal of glaucoma. 2003;12(6):456-62.

6.Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. British journal of ophthalmology. 1996;80(5):389-93.

7.Metheetrairut A, Singalavanija A, Ruangvaravate N, Tuchinda R. Evaluation of screening tests and prevalence of glaucoma: integrated health research program for the Thai elderly. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet. 2002;85(2):147-53.

8.Vaahtoranta-Lehtonen H, Tuulonen A, Aronen P, Sintonen H, Suoranta L, Kovanen N, et al. Cost effectiveness and cost utility of an organized screening programme for glaucoma. Acta Ophthalmologica. 2007;85(5):508-18.

9.Burr JM, Mowatt G, Hernández R, Siddiqui M, Cook J, Lourenco T, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening for open angle glaucoma: a systematic review and economic evaluation. Health technology assessment (Winchester, England). 2007;11(41):1-190.

10.Fingeret M, Medeiros FA, Susanna R, Weinreb RN. Five rules to evaluate the optic disc and retinal nerve fiber layer for glaucoma. Optometry-Journal of the American Optometric Association. 2005;76(11):661-8.

11.StataCorp L. Stata 13. College Station: StataCorp LP. 2014.

12.Healey PR, Mitchell P, Smith W, Wang JJ. Optic disc hemorrhages in a population with and without signs of glaucoma. Ophthalmology. 1998;105(2):216-23.

13.Liesegang TJ, Gregory LS, Cantor LB. Basic and Clinical Science Course-American Academy of Ophthalmology. Retina and Vitreous. 2007;12.

14.Hart Jr WM, Becker B. The onset and evolution of glaucomatous visual field defects. Ophthalmology. 1982;89(3):268-79.

15. Detry-Morel M, Zeyen T, Kestelyn P, Collignon J, Goethals M, Society BG. Screening for glaucoma in a general population with the non-mydriatic fundus camera and the frequency doubling perimeter. European journal of ophthalmology. 2004;14(5):387-93.

16. Leeprechanon N. The use of the non-mydriatic fundus camera in glaucoma evaluation. วารสาร จักษุ ธรรมศาสตร์ (Thammasat Thai Journal of Ophthalmology: TTJO). 2009;4(1):1-9.

17. Siegner SW, Netland PA. Optic disc hemorrhages and progression of glaucoma. Ophthalmology. 1996;103(7):1014-24.

18. Jonas JB, Xu L. Optic disk hemorrhages in glaucoma. American journal of ophthalmology. 1994;118(1):1-8.

TABLES / FIGURES

Table I: Patients' demographic characteristics

Characteristics	N (%)
Samples	
Total	27 (100)
Gender	
Male	12 (44.44)
Female	15 (55.55)
Age group	
41-50	3 (11.11)
51-60	10 (37.04)
61-70	8 (29.63)
>70	6 (22.67)
Diabetes mellitus	15 (55.56)
Family history of glaucoma	2 (7.41)
History of ocular trauma	4 (14.81)
Eyes (from 27 samples)	
Blind	2
Intact	52
Glaucoma	15

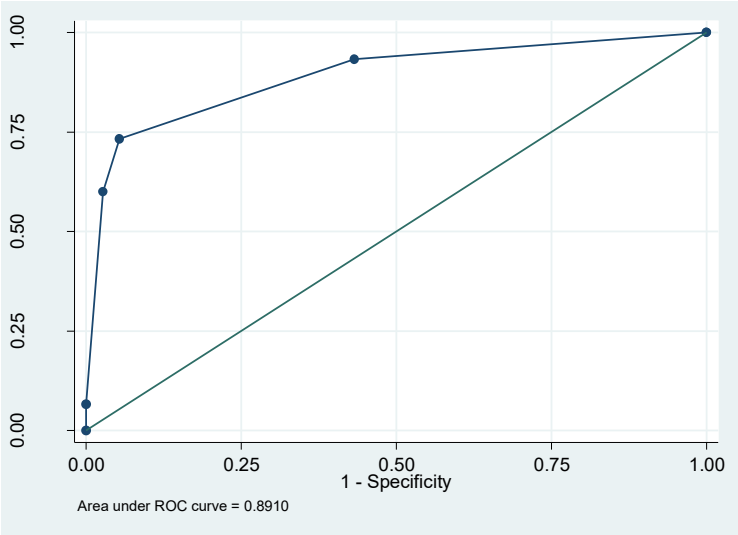
Table II: The sensitivities, specificities, diagnostic accuracies, and likelihood ratios of each rule

Five Rules	Sensitivity	Specificity	Diagnostic Accuracy	LR+	LR-
Rule 1 VCDR	73.33%	97.30%	90.38%	27.1334	0.2741
Rule 2 ISNT RULE	66.67%	89.20%	82.69%	6.1667	0.3737
Rule 3 RNFL	6.67%	97.30%	71.15%	2.4667	0.9593
Rule 4 PPA	66.67%	67.57%	67.31%	2.0556	0.4933
Rules 5 Haemorrhage	20.00%	97.30%	75%	7.4000	0.8222

Table III: The diagnostic accuracy between the total numbers of positive points and glaucoma

Number of positive points	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Diagnostic Accuracy	LR+	LR-
0	100.00%	0.00%	28.85%	1.00	
≥1	93.33%	56.76%	67.31%	2.16	0.12
≥2	73.33%	94.59%	88.46%	13.55	0.28
≥3	60.00%	97.30%	86.54%	22.22	0.41
≥4	6.67%	100.00%	73.08%		0.93
5	0.00%	100.00%	71.15%		1.00

Figure (1) The area under the ROC curve represents the power of discrimination between glaucoma and normal



จะทำอย่างไรเมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์

What to do during adolescent pregnancy

ปิ่นแก้ว โชติอำนวย[1] ,อัจฉโรบล แสงประเสริฐ[1] ,กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ[2]

Pinkaew Choteamnuay[1] ,Atcharobon Sangprasert[1] , Kanjananat Tongmuangtunyatep[2]

(Received: January 7 ,2019 ; Accepted: February 26 ,2019)

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญของไทยและของโลก เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักปกปิดไม่กล้าบอกผู้ปกครอง มักจะมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ และบางรายอาจตัดสินใจไม่ถูกต้องดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเด็นหลักๆ ได้แก่ ความหมายของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่น บทบาทและแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นบทบาทของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ บุคลากรทางการแพทย์ สังคมหรือชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมทั้งเทคนิคและรูปแบบการให้คำปรึกษาวัยรุ่นตั้งครรภ์

คำสำคัญ:การตั้งครรภ์วัยรุ่น, ผลกระทบ, แนวทางการดูแล, การให้คำปรึกษา

Abstract

Pregnancy and childbirth in adolescents is a major problem in Thailand and worldwide. When teenagers become pregnant, it has effects on their health and society. The pregnant teenagers always keep a secret and hide from their parents. This leads not to attend antenatal clinic, and some of them may make a wrong decision. This article aimed to present an idea of teenage pregnancy issues as follows: as the meaning of teenage pregnancy; the impact of teenage pregnancy; role and guidelines for adolescent pregnancy care consisting of the role of pregnant teenagers, parents, teachers, health professionals, social, communities and including techniques of teenage pregnancy counseling.

Keywords:adolescent pregnancy, effects, care guidelines, counseling

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์

[2]พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่น (Adolescent pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ของหญิงที่มีอายุระหว่าง 10–19 ปี โดยนับอายุถึงวันคลอดบุตร[1] การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประเทศไทยการคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2543–2555 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเริ่มมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2556–2558 โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2558 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คนเท่ากับ 44.8 และอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10–14 ปี ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คนเท่ากับ 1.5 และมีการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.5 ในวัยรุ่นอายุ 10–14 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.1[2]

สาเหตุและปัจจัยของการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีหลายประการ[3],[4],[5] ได้แก่การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ไม่รู้เรื่องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ขาดทักษะชีวิต แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีค่านิยมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง การสอนเพศศึกษาในสถาบันการศึกษาไม่มีคุณภาพหรือช้าไป สถานทางสังคมและเศรษฐกิจ ความยากจน เรียนน้อย การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่สถานบริการสุขภาพจัดไว้มีขั้นตอนยุ่งยาก อาย ไม่กล้า ไปใช้บริการ การติดสารเสพติด การดื่มสุรา ครอบครัวมีปัญหา ขาดความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้มีสภาพแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนไป เช่น สื่อสังคมออนไลน์ (Social Media) ร้านเกม สถานบันเทิง สาเหตุและปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและขาดการป้องกัน โดยพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่นและเยาชนที่มีอายุ 10-25 ปี ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากขาดความเข้าใจหรือเชื่อว่ามีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวไม่ท้อง การใส่ถุงยางทำให้หมดอารมณ์ทางเพศ ในกลุ่มที่มีป้องกันจะใช้ถุงยางอนามัยประมาณร้อยละ 50 ใช้ยาเม็ดคุมฉุกเฉินร้อยละ 10.7 มีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ร้อยละ 16.4 เคยกระทำให้แท้งบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 47 ซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 54 และร้อยละ 19 เคยคิดฆ่าตัวตาย โดยมีวัยรุ่น 1 ใน 5 ได้รับการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้ารุนแรง ต้องได้รับการรักษาจากจิตแพทย์[6] วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางรายจะปกปิดปัญหา ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ จึงมาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์ ไม่ดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตของมารดาวัยรุ่น การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของทารกเพิ่มขึ้น ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตนเองแล้วยังมีผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เช่นครอบครัวรู้สึกอับอาย โกรธ เสียใจ ไม่ยอมรับ นอกจากนี้การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเพราะยังอยู่ในวัยเรียน จึงมีผลกระทบต่อการเรียน ทำให้ต้องหยุดเรียน ไม่ได้กลับเข้าเรียนต่อหลังคลอด กระทบต่อการประกอบอาชีพและรายได้ในอนาคต และส่งผลต่อความสามารถในการอบรมเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดปัญหาในสังคมอื่นๆตามมาในอนาคต เช่น การทอดทิ้งบุตร การทารุณกรรมเด็ก[3],[4],[6],[7],[8],[9]

จะเห็นว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาสังคมที่ต้องรีบแก้ไขเพราะทำให้เกิดผลกระทบและเกิดปัญหาต่างๆตามมา เช่น การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การคลอดและทอดทิ้งทารกในสถานที่ต่างๆ เสียการเรียน สร้างความทุกข์ใจให้กับพ่อแม่ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว บางครั้งฝ่ายชายไม่รับผิดชอบทำให้วัยรุ่นต้องรับผิดชอบการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงบุตร ฝ่ายเดียว มีโอกาสเลิกกันสูงกลายเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ดังนั้นบทความนี้จึงนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

ปัญหาและผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งถือว่าเป็นการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรนั้น จะก่อให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆที่สำคัญ ได้แก่[10]

1.ผลกระทบทางด้านสังคม วัยรุ่นตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่พร้อมจะรับปัญหาการตั้งครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูบุตร ทักษะการเป็นบิดามารดามีจำกัดมักถูกบังคับให้หยุดเรียนหรือลาออก[10] เพราะรู้สึกอายเพื่อน อายครู เบื่อที่ต้องไปเรียน [11] ซึ่งในปัจจุบัน กระทรวงศึกษาธิการอนุญาตให้เรียนต่อได้หลังคลอดจนจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน[5]แต่ส่วนใหญ่วัยรุ่นมักไม่ได้กลับไปเรียนหนังสือ เพราะต้องเลี้ยงดูบุตรและต้องทำงานเพื่อหารายได้ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นและบุตรในอนาคต เนื่องจากระดับการศึกษาที่ต่ำส่งผลต่อการประกอบอาชีพ ทางเลือกในการประกอบอาชีพมีจำกัดมักได้รับค่าแรงต่ำ มีปัญหาด้านการเงิน ต้องดิ้นรน ไม่มีเวลาอบรมเอาใจใส่ดูแลบุตร บางครั้งจำเป็นต้องทิ้งบุตรหรือให้ผู้อื่นเลี้ยงดู ต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยเฉพาะจากครอบครัว และเด็กที่เกิดจากแม่วัยรุ่นเมื่อโตขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะเป็นปัญหาของสังคมหรือเป็นแม่วัยรุ่นเช่นกันเนื่องจากวัยรุ่นที่ยากจน มีรายได้ต่ำ อาจทำให้เด็กที่เกิดมามีโอกาสทางการศึกษาน้อย ขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ติดสารเสพติดขาดโอกาสทางสังคม ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร[3],[6],[7],[9],[12]

2. ผลกระทบด้านสุขภาพ การพิจารณาผลกระทบด้านสุขภาพที่มีต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์นั้นสามารถพิจารณาได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ[3],[7],[12]

2.1 ด้านร่างกาย 1). เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง เช่น เริม ซิฟิลิส หนองใน หูดหงอนไก่ และเอดส์[3],[4],[6],[7],[13] เนื่องจากวัยรุ่นที่มีอายุ 15–20 ปีที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงและไม่ป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์หรือในขณะตั้งครรภ์[7] 2). เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ได้แก่ โลหิตจาง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคลอดก่อนกำหนด[3],[4],[7],[8] เนื่องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ไม่ต้องการบุตร อาย และไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่าตั้งครรภ์จึงมักมาฝากครรภ์ช้าเพราะปฏิเสธการตั้งครรภ์[13] ไม่เอาใจใส่ต่ออาการของการตั้งครรภ์ ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ กลัวผู้ปกครองโกรธ[8] ทำให้การคัดกรองภาวะเสี่ยงช้าหรือไม่ทันหรือวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมออาจเกิดจากกลัวเรื่องค่าใช้จ่ายหรือไม่สนใจดูแลตนเอง ทำให้ได้รับการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องและด้อยประสิทธิภาพ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ เช่นการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน โฟลิค อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวขึ้นน้อย และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ตามมา[3] 3). เสี่ยงต่อการคลอดยากโดยเฉพาะการตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี[10] เนื่องจากการตั้งครรภ์จะขัดขวางการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายของวัยรุ่น ทำให้กระดูกเชิงกรานมีขนาดเล็กเพราะการเจริญเติบโตของกระดูกเชิงกรานยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีโอกาสผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องสูงขึ้น เพราะมีการผิดสัดส่วนระหว่างศีรษะทารกกับช่องเชิงกราน (cephalopevic disproportion)[4] แต่กรณีที่ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 15 ปี และฝากครรภ์เร็ว สม่ำเสมอ มักไม่พบปัจจัยเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี[7] 4). เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย[10],[12] ได้แก่ ตกเลือด ติดเชื้อ หรือเสียชีวิต[3] เนื่องจากวัยรุ่นบางรายไม่ต้องการบุตรและไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาอย่างไรที่จะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง[7],[13]

2.2 ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความกังวล ความเครียด ซึมเศร้า[3],[4],[8],[10] เนื่องจากเมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์มักจะเกิดความกดดันและต้องตัดสินใจเรื่องต่างๆ ด้วยตนเอง กลัวพ่อแม่ไม่ยอมรับ กลัวถูกว่ากล่าวและถูกลงโทษ กลัวเลี้ยงบุตรไม่ได้ การประกอบอาชีพ อายเพื่อน อายครู[11],[14] นอกจากนี้การตั้งครรภ์ยังขัดขวางพัฒนาการของวัยรุ่นที่กำลังเปลี่ยนจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่และต้องรับผิดชอบการตั้งครรภ์และการเลี้ยงบุตรซึ่งเป็นงานที่หนัก ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดจนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้[7]

บทบาทและแนวทางการดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

เมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์พบว่าจะเกิดปัญหาและผลกระทบดังที่กล่าวมา ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นหน้าที่และบทบาทของบุคคลและหน่วยงานต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย

1.วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ มีบทบาทต่อตนเองคือ เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์หรือไม่แน่ใจว่าตั้งครรภ์หรือไม่ ต้องตั้งสติและคิดทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น มองโลกในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไขและมีทางออก[6],[14] ควรคิดว่าจะปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์กับใครหรือจะพิจารณาขอความช่วยเหลือจากบุคคลใดที่ไว้ใจได้เช่น ครู พ่อ แม่ โดยเล่าปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เช่น กรณีศึกษาของนักเรียนที่ตั้งครรภ์ระหว่างเรียนและมาปรึกษาครูที่ไว้ใจ[5] ทำให้ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม หรือหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เช่น สายด่วนปรึกษาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อม 1663 เว็บไซต์ www.lovecarestation.com[6],[9] เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ประกอบการตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรกับชีวิตจะดำเนินการตั้งครรภ์ต่อหรือจะยุติการตั้งครรภ์ โดยไม่นำพาตนเองไปสู่การแก้ปัญหาที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและชีวิต ถ้าตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อ ควรปฏิบัติดังนี้[4],[6],[7],[12],[13]

1.1 วางแผนว่าจะดำเนินชีวิตอย่างไร ระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอดและการเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมา

1.2 ตั้งคำถาม และหาคำตอบ อาทิหากไม่มีคนดูแลช่วยเหลือต้องทำอย่างไร หากไม่พร้อมดูแลลูกระยะยาวจะทำอย่างไร หรือหากเลิกกับพ่อของลูก จะทำอย่างไรต่อไป และสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือที่ไหนได้บ้างเช่น สายด่วน 1663 บ้านพักฉุกเฉิน สหทัยมูลนิธิ บ้านพระคุณ บ้านสุขฤทัย คณะภคินีศรีชุมพาบาล ซึ่งให้บริการคำปรึกษาตั้งครรภ์ไม่พร้อม บ้านพักรอคลอด บ้านพักหลังคลอด

1.3 ไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโดยเร็ว ถ้าเป็นไปได้ควรก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อตรวจร่างกาย รับวัคซีน และต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ปฏิบัติตามคำแนะนำ ฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด

1.4 การวางแผนการศึกษาในอนาคต หรือการประกอบอาชีพหลังคลอด เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีโอกาสมีจะหยุดเรียนหรือเรียนไม่จบ หรือไม่พร้อมจะเข้าสู่ระบบการศึกษาแต่ก็ไม่มีงานที่เหมาะสมทำ เพราะมีระดับการศึกษาต่ำ

2. ผู้ปกครอง/ครอบครัว สถาบันครอบครัวเป็นองค์กรที่สำคัญที่สุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหา[5] มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเอาใจใส่ลูกหลานวัยรุ่นของตนอย่างใกล้ชิดให้ความรักความอบอุ่น ยอมรับและเข้าใจธรรมชาติของวัยรุ่น อบรมเลี้ยงดูสั่งสอนบุตรหลานให้เป็นคนดีของครอบครัวและสังคม ให้การศึกษา ให้การสนับสนุนค้ำจุน ปกป้องสมาชิกในครอบครัวจากภัยอันตราย[5],[15] ผู้ปกครองควรมีการพัฒนาตนเองให้ทันต่อยุคสมัยที่มีเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว[4] เมื่อทราบว่าลูกหลานวัยรุ่นตั้งครรภ์ ควรมีสติ ไม่โกรธ ไม่ตำหนิ แต่ต้องรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ ด้วยความรักความปรารถนาดี ให้อภัย เป็นที่พึ่ง คอยประคับประคอง ช่วยเหลือ ปลอบประโลม เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ทำใจยอมรับเมื่อวัยรุ่นทำผิด ยอมรับการตัดสินใจของวัยรุ่น ร่วมแก้ปัญหาไปกับวัยรุ่น มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด เพื่อให้วัยรุ่นมีความเข้มแข็ง รู้สึกปลอดภัย วางใจ สามารถต่อสู้กับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม เช่นการพาไปฝากครรภ์ ช่วยเหลือไม่ให้ทำงานหนัก ช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดหาอาหารที่มีประโยชน์[16] จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนของสามีสามารถทำนายการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดได้ ดังนั้นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีสามี สามีควรให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดเพราะจะทำให้มารดาวัยรุ่นสามารถทำหน้าที่ครอบครัวในระยะหลังคลอดได้ดี มีการปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้เร็วขึ้น[17]

3. ครูอาจารย์ เปรียบเสมือนพ่อ – แม่ คนที่สองของวัยรุ่น เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดวัยรุ่นมากที่สุดรองจากพ่อแม่ มี

บทบาทในการดูแลช่วยเหลือส่งเสริม และพัฒนาผู้เรียนอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ด้าน พิทักษ์ ปกป้อง คุ้มครองในทุกมิติ ซึ่งหมายรวมถึงการป้องกันและให้การช่วยเหลือปัญหาทางเพศของวัยรุ่นด้วย[6] เมื่อมีวัยรุ่นมาปรึกษาเรื่องการตั้งครรภ์ต้องรับฟังอย่างมีสติ ด้วยความเข้าใจและเห็นใจมีความรู้สึกร่วม ระหว่างการฟังมีการตั้งคำถาม การสะท้อนกลับ มีการตอบรับแสดงความเห็นใจและเข้าใจ มีความเมตตา จริงใจ ปราศจากอคติไม่ใช้ความรู้สึกส่วนตัวเป็นเกณฑ์ในการตัดสิน ยอมรับและเคารพความเป็นตัวตนของวัยรุ่นในฐานะบุคคลที่มีศักดิ์ศรีเห็นคุณค่าในตัววัยรุ่น หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือว่ากล่าว ต้องรักษาความลับของวัยรุ่นเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ[6],[14],[18] แต่หากปัญหานั้นมีความจำเป็นต้องส่งต่อการช่วยเหลือ ต้องอธิบายให้วัยรุ่นเข้าใจถึงประโยชน์และความจำเป็นที่ต้องนำผู้อื่นเข้ามารับรู้เช่น ถ้าวัยรุ่นตั้งครรภ์ ควรถามว่าพร้อมจะรับปัญหานี้หรือไม่ จะดำเนินชีวิตอย่างไรต่อไปเพราะไม่สามารถปกปิดเรื่องราวไว้ได้ตลอดไป ต้องแจ้งครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องทราบ ควรวางแผนระยะยาวกรณีที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปฝากครรภ์เพื่อให้การตั้งครรภ์มีคุณภาพ และเตรียมตัวพักการเรียน หรือถ้าไม่สามารถตั้งครรภ์ต่อได้ควรรีบเข้าปรึกษาสถานพยาบาล หรือหน่วยงานให้คำปรึกษาเฉพาะต่างๆ[6]

4. บุคลากรทางการแพทย์ บทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความคล้ายคลึงกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป[7] แต่ในบางกรณีอาจต้องดูแลเป็นพิเศษ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน[3] และควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผู้ดูแลอาจประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โภชนาการ นักสาธารณสุข[4],[8],[12] เนื่องการตั้งครรภ์วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าวมาแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องมีทัศนคติที่เป็นกลางไม่ตัดสิน และบริการอย่างเป็นมิตร[12] คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของวัยรุ่น

4.1 ระยะตั้งครรภ์ เมื่อวัยรุ่นมาแผนกฝากครรภ์ครั้งแรก ต้องยืนยันการตั้งครรภ์และคำนวณอายุครรภ์[10],[12] ควรสังเกตและประเมินความต้องการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีบริการหรือส่งต่อการให้คำปรึกษาทางเลือกว่าจะยุติการตั้งครรภ์หรือดำเนินการตั้งครรภ์ต่อ[10] เนื่องจากมีวัยรุ่นบางรายไม่ต้องการบุตร อยากทำแท้ง แต่จำต้องตั้งครรภ์ต่อจนถึงคลอด[3] ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น ทำให้เกิดความทุกข์ ความกังวล และเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ กรณีที่วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ควรแนะนำหรือประสานให้วัยรุ่นเข้ารับบริการที่สถานบริการในโรงพยาบาลที่มีศูนย์พึ่งได้ (OSCC) เพื่อคำแนะนำบริการที่ปลอดภัย และควรทำในอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์ และทำโดยแพทย์เท่านั้น หากเกิน 12 สัปดาห์ ต้องอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ หน่วยงานที่ทำหน้าที่ยุติการตั้งครรภ์จะมีระบบการให้คำปรึกษาแนะนำการดำเนินการต่อหลังยุติการตั้งครรภ์ หรือให้คำปรึกษาด้านอื่นๆ ตามความเหมาะสมต่อไป[6] กรณีที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ ต้องประเมินอายุครรภ์ และกำหนดวันคลอดที่แน่นอนและใกล้เคียงความจริงที่สุดเนื่องจากวัยรุ่นมักมาฝากครรภ์ช้า ไม่สนใจตนเอง ทำให้จำประเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้ ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นและทารกในครรภ์ให้เหมาะสม ประเมินสภาพจิตใจ ช่วยเหลือวัยรุ่นและครอบครัวโดยเฉพาะวัยรุ่นที่ถูกกระทำทารุณทางเพศ ประเมินภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โลหิตจาง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด ถ้าพบว่าติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือติดเชื้อเอดส์ให้รีบทำการรักษา[3],[13] เพราะทารกมีโอกาสติดเชื้อจากมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น สามีและครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ สนับสนุนให้สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เน้นย้ำให้มาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ แนะนำบทบาทการเป็นมารดา แจ้งช่องทางที่วัยรุ่นสามารถติดต่อได้ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เป็นช่วงที่หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ว่าตั้งครรภ์ และบางครั้งยังสับสนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ มีความรู้สึกเสียใจต่อบทบาทเดิมที่ต้องเปลี่ยนไป มีความกลัวและจินตนาการถึงสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง[19] แต่วัยรุ่นอาจรู้ว่า

ตนเองตั้งครรภ์ช้าจนบางครั้งผ่าน 12 สัปดาห์ไปแล้ว บางคนไม่ทราบตนเองตั้งครรภ์ กลัวที่จะทดสอบการตั้งครรภ์ ปฏิเสธการตั้งครรภ์ พยาบาลควรอธิบายการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจระหว่างตั้งครรภ์ ให้วัยรุ่นทราบเพื่อลดความวิตกกังวล แนะนำเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อการเจริญเติบโตของวัยรุ่นและทารกในครรภ์[7] ในไตรมาสที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ทั่วไปจะยอมรับการตั้งครรภ์เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายชัดเจนมากขึ้น รู้สึกว่าทารกเริ่มดิ้น และได้ยินเสียงหัวใจทารก เริ่มแต่งชุดคลุมท้อง เริ่มใส่ใจกับการเรียนรู้บทบาทมารดาและและเริ่มปรับบทบาทกับบุคคลในครอบครัว เริ่มมองว่าทารกเป็นบุคคลหนึ่งและเริ่มมีความรักใคร่ผูกพันกับทารก[7],[19] แต่วัยรุ่นบางรายอาจรู้สึกว่าไม่พอใจกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปเพราะท้องโตขึ้น ท้องลาย อยากปิดบังไม่ให้คนอื่นรูว่าตั้งครรภ์ จึงใส่เสื้อผ้ารัดรูปเพื่อปกปิดการตั้งครรภ์ รับประทานอาหารน้อยๆ เพื่อไม่ให้น้ำหนักมากขึ้น ช่วงนี้วัยรุ่นเริ่มพึ่งพามารดาของตนเองในการเรียนรู้บทบาทการเป็นมารดา แต่บางคนไม่สามารถพัฒนาบทบาทนี้ได้ พยาบาลควรให้กำลังใจ การเริ่มเตรียมการเป็นมารดาในอนาคต[7] สนับสนุนการปรับตัวของวัยรุ่นและสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมให้วัยรุ่นและบุคคลในครอบครัวได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะไม่สุขสบาย อาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การแต่งกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดความวิตกกังวลเพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนและให้กำลังใจพยาบาลมีการประเมินภาวะเสี่ยงทุกครั้งที่วัยรุ่นมาฝากครรภ์ โดยประเมินความดันโลหิต โปรตีนและน้ำตาลในปัสสาวะ น้ำหนักตัว การตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การปฏิบัติตัวของวัยรุ่น เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ในไตรมาสที่ 3 หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าทารกเป็นบุคคลอีกบุคคลหนึ่งอย่างชัดเจน เริ่มมีการเตรียมของใช้บุตร ตั้งชื่อทารก การเตรียมตัวคลอด จะคลอดที่ไหน วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด กลัวการเจ็บครรภ์ กลัวไปคลอดไม่ทัน[19] วัยรุ่นจะมีการตอบสนองโดยรู้สึกว่าการรอคอยสิ้นสุดลง เริ่มฝันหรือฝันร้ายเกี่ยวกับการคลอด เริ่มศึกษาหรือปรึกษาการคลอดกับผู้มีประสบการณ์[7] แต่อาจพบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าจะต้องเตรียมตัวอย่างไรและวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด[16] ดังนั้นพยาบาลควรประเมินการเตรียมตัวในการคลอดเช่น การเตรียมเสื้อผ้าของใช้สำหรับบุตรและตนเอง อาการเจ็บครรภ์จริงเจ็บครรภ์เตือน หรือสถานที่จะคลอด แนะนำอาการที่ควรมาโรงพยาบาล อาจจัดให้มีการเยี่ยมชมห้องคลอด[7]

4.2 ระยะคลอด ให้การดูแลวัยรุ่นตามการคลอดมาตรฐาน อาทิ การประเมินความเสี่ยงต่างๆ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ถ้ามีภาวะเสี่ยงเช่นประวัติความดันโลหิตสูง โลหิตจางรุนแรง ครรภ์แฝด เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อาจจะต้องมีการส่งต่อให้คลอดในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรและเครื่องมือที่พร้อม มีการประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ภาวะคับขันของทารกในครรภ์ ระดับความเจ็บปวดของการเจ็บครรภ์คลอด วัยรุ่นมักจะมีความทนต่อความเจ็บปวดในระยะคลอดได้น้อย ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี อาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลต้องเข้าใจ ใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ ช่วยเหลือประคับประคองจิตใจ อยู่เป็นเพื่อนมีการสัมผัสโดยจับมือ การลูบ การนวด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความก้าวหน้าของการคลอด สาเหตุของความปวด วิธีการบรรเทาปวด การปฏิบัติตัวในระยะคลอด ดูแลให้ได้รับความสุขสบายด้านร่างกายเช่น การเปลี่ยนท่าทาง การได้รับอาหารและน้ำ ความสะอาดของร่างกาย การที่วัยรุ่นได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีการประคับประคองด้านจิตใจ จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย ความกลัว ความเครียดลดลง สามารถเผชิญต่อความเจ็บปวดได้ดีขึ้น ทำให้การคลอดก้าวหน้า มีประสบการณ์ที่ดีต่อการคลอด[7],[10],[12],

4.3 ระยะหลังคลอด ให้การดูแลเพื่อป้องกัน ค้นหาและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลบุตร การรับประทานอาหาร การคุมกำเนิดที่เหมาะสมก่อนกลับบ้าน อาจใช้วิธีการฝังยาคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัยซึ่งเป็นยาคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรสามารถคุมกำเนิดได้นาน 3–5 ปี เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ถ้าอยู่ระหว่างศึกษาเล่าเรียนต้องพยายามช่วยเหลือให้มีโอกาสกลับมา

ศึกษาอีกครั้ง[10] ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก การให้วัคซีนแก่ทารก ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เพื่อเพิ่มความรักใคร่ผูกพันและลดอัตราการทิ้งบุตร นอกจากการดูแลทั่วไปแล้ว ควรประเมินสุขภาพจิตเนื่องจากมักพบภาวะเศร้าหลังคลอด (postpartum blue) ในมารดาวัยรุ่น ซึ่งจะมีอารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนไปมาเร็ว หงุดหงิดและร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ นอนไม่หลับ มักจะพบมากที่สุดในช่วง 2-3 วันแรก จนถึง 2 สัปดาห์แรก แต่ถ้าเป็นต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์หลังคลอด และมีอาการรุนแรงขึ้นเช่น มีอาการเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย รับประทานอาหารไม่ได้ ไม่มีแรง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อยากตาย หรือคิดอยากฆ่าตัวตาย แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (postpartum depression) ควรแนะนำให้พบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษาด่วน[4],[7],[12] มีการศึกษาพบว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา มีคะแนนความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาเมื่อ 4 สัปดาห์หลังคลอดสูงกว่าในมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่ไม่ได้รับโปรแกรม[20] และมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทมารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสูงกว่าวัยรุ่นหลังคลอดที่ไม่ได้รับโปรแกรม[21] ดังนั้นการดูแลวัยรุ่นหลังคลอดควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนวัยรุ่นหลังคลอดเลี้ยงดูบุตร เพื่อช่วยส่งเสริมศักยภาพของมารดาวัยรุ่นในการเลี้ยงดูบุตรและทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้บุตรมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย โปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้[20],[21] 1) อายุครรภ์ระหว่าง 36–38 สัปดาห์ มีการส่งเสริมจินตนาการเกี่ยวกับบทบาทการเป็นมารดา เพื่อให้วัยรุ่นได้รับความรู้และได้ฝึกทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์และการดูแลทารก 2) หลังคลอด 12–24 ชั่วโมง ให้ความรู้และพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับทารก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การส่งเสริมพัฒนาการของบุตร การอาบน้ำบุตร การทำความสะอาดร่างกายบุตรหลังขับถ่าย การสังเกตอาการผิดปกติ โดยการสนทนา พูดคุย การสะท้อนคิด การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การศึกษาด้วยตนเองจากคู่มือการเลี้ยงดูบุตรสำหรับมารดาวัยรุ่นมือใหม่ 3) ระยะ 36–48 ชั่วโมงหลังคลอด ประเมินความรู้และทักษะของมารดาวัยรุ่นที่ได้รับและให้ความรู้เพิ่มเติม 4) ติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้งนาน 4-6 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะมาตรวจหลังคลอด

5. สังคมหรือชุมชน จากการศึกษากรณีตัวอย่างองค์การบริหารส่วนตำบล 2 แห่ง เทศบาลตำบล 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาคุณธรรม 1 แห่งใน 4 จังหวัด ที่มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมพบว่าปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานคือการบูรณาการการดำเนินงานของทุกภาคส่วน สนับสนุนการดำเนินงานและการเรียนรู้ของภาคประชาชนให้ดำเนินการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน เช่น วัด โรงเรียน โดยมีกระบวนการทำงานร่วมกับภาคีอื่นๆ[22] ดังนั้นทุกคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนรวมกันเป็นสังคมควรมีบทบาทในการให้ความร่วมมือและเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง นักเรียนนักศึกษา สถานศึกษา ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน ในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขและให้ความช่วยเหลือนักเรียนนักศึกษาที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน มีการรณรงค์ให้ครอบครัวมีความรักความอบอุ่นมีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ช่วยสอดส่องและเฝ้าระวัง เมื่อพบเห็นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยแจ้งผู้ปกครอง สถานศึกษา สารวัตรนักเรียน สภานักศึกษา ตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่ในท้องที่ ทราบ[4],[5] เมื่อมีวัยรุ่นตั้งครรภ์ในชุมชนควรเห็นอกเห็นใจ สร้างความรับผิดชอบร่วมกัน มีการเยี่ยมบ้านวัยรุ่นโดยหน่วยบริการสุขภาพติดตามให้ไปตรวจครรภ์ตามนัด ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือดูแลกันในชุมชน[12]

6. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ควรมีความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังนี้

6.1กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานในสังกัด มีบทบาทในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหานักเรียน

นักศึกษา ที่ก้าวพลาดและมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร[6] โดยกระทรวงศึกษาธิการมีการกำหนดยุทธศาตร์และมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเช่น เปิดโอกาสให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ระหว่างเรียนศึกษาต่อได้จนกระทั่งจบการศึกษาขั้นพื้นฐานและปรับกระบวนการเรียนการสอนสำหรับนักเรียน/นักศึกษาที่ตั้งครรภ์[5),(9] สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กำหนดให้สถานศึกษาทุกแห่งสอนเพศศึกษาทุกชั้นตามบริบทของแต่ละพื้นที่ กำหนดมาตรการบริหารจัดการ มาตรการป้องกัน และมาตรการดูแลช่วยเหลืออย่างชัดเจน และจัดทำชุดเอกสารเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน เพื่อเป็นแนวทางให้สถานศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานดำเนินการ[5] สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มีการกำหนดมาตรการการให้ความช่วยเหลือและการคุ้มครองนักเรียนที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ การสร้างความตระหนักในปัญหาการตั้งครรภ์[23] การพัฒนาการมีส่วนร่วมของสังคม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสานความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเยาวชน ผู้ปกครอง หรือองค์กรเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือ/ส่งเสริมการดำเนินงานร่วมกันทั้งด้านงบประมาณการศึกษา การประกอบอาชีพ การรับ–ส่งต่อวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมาย[5),(23] สนับสนุนให้สถานศึกษามีนักจิตวิทยาประจำโรงเรียน และให้สถานศึกษาจัดการศึกษาทางเลือก[23] สถานศึกษา มีนโยบาย มาตรการและแนวทางในการจัดการปัญหาและดูแลช่วยเหลือนักเรียนนักศึกษาตั้งครรภ์ให้สามารถเรียนต่อได้จนจบการศึกษา[5]ด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่องโดยยึดความสมัครใจของผู้เรียน[9] เช่นให้คำปรึกษาแนะแนววัยรุ่นที่ตั้งครรภ์สามารถพักการเรียนได้ หลังคลอดเมื่อสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมให้กลับมาเรียนต่อ หรือมีการประสานส่งต่อให้ไปศึกษาที่อื่นตามที่แม่วัยรุ่นและครอบครัวต้องการ[12] จัดบริการให้คำนะนำปรึกษาแก่นักเรียนและผู้ปกครองที่ประสบปัญหา ประสานความร่วมมือกับแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาติด้านกระบวนยุติธรรมเพื่อดำเนินการช่วยเหลือ หรือส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือ บำบัด ฟื้นฟู[23]

6.2 กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น เช่น กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย กรมควบคุมโรค โรงพยาบาล[5] หน่วยงานเหล่านี้ควรเข้ามามีบทบาทในการดูแล ดังต่อไปนี้[5),(9] 1) กำหนดแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างชัดเจน 2) ปรับทัศนคติ สร้างความเข้าใจวัยรุ่น พ่อแม่ ผู้ปกครองและสังคม มีการส่งเสริมความร่วมมือในการให้ความรู้ ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องครบถ้วนเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาแก่วัยรุ่น ให้คำปรึกษาในรูปแบบต่างๆ และเป็นมิตร โดยผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หอกระจายข่าว การประกวดสื่อ จัดทำเว็บไซต์จัดบริการ 3) พัฒนาและขยายสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ผู้ให้บริการมีทัศนคติเชิงบวกให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการได้ง่ายและสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น 4) พัฒนาศักยภาพและสนับสนุนสภานักเรียน สภานักศึกษา เป็นแกนนำขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5).สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาชุมชน ผู้นำสตรี ผู้นำชุมชน มีศักยภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 6) พัฒนาระบบการช่วยเหลือ ส่งต่อ ลดขั้นตอนให้สั้นลง ช่วยเหลือวัยรุ่นได้เร็วขึ้นและไม่เกิดปัญหาซ้ำ โดยมีบริการหลายช่องทาง เช่นศูนย์ช่วยเหลือสังคมหรือศูนย์พึ่งได้ (OSCC ศูนย์ช่วยเหลือสังคม : One Stop Cricis Center สายด่วน 1300) เครือข่ายอาสา R-SA (Referral system for safe abortion) อาสารับส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่ปลอดภัย คลินิกวัยรุ่น และบริการปัญหาทางโทรศัพท์สายด่วน มีแนวทางให้ความช่วยเหลือกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยทีมสหวิชาชีพแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย เพื่อพิจารณาทางเลือกและมีระบบการส่งต่อ กรณีที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของแพทยสภา รวมถึงการวางแผนการดำเนินชีวิตละมีระบบติดตามหลังช่วยเหลือทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน

6.3 กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีการบูรณาการความร่วมมือกับภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือคุ้มครองวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมั่นคง เตรียมบุคลากรที่มีทักษะการดูแลฟื้นฟูจิตใจและมีทัศนคติเป็นกลางในการช่วยเหลือวัยรุ่น จัดให้มี “บริการปรึกษาทางเลือก” แก่วัยรุ่นที่เข้ามารับบริการ กำหนดแนวทางช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่จะเข้ารับบริการในหน่วยงาน ประชาสัมพันธ์เผยแพร่เกี่ยวกับที่ตั้งหน่วยงาน เบอร์โทรศัพท์ ขอบข่ายการให้บริการ บริการสายด่วน และเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค[5],[9],[22]

6.4 กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการแรงงาน ซึ่งเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างยิ่งกับการพัฒนาประเทศ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทั้งมิติด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยา มีการจัดบริการให้คำปรึกษา แนะแนวอาชีพ ฝึกอบรมวิชาชีพและจัดหางานให้แม่วัยรุ่นทำ นอกจากนี้ควรจัดให้แม่วัยรุ่นได้รับการพัฒนาฝีมือแรงงานเพื่อให้มีทักษะเป็นแรงงานที่มีคุณภาพในอนาคต[5] ควรจัดหางานที่เหมาะสมหรือให้แม่วัยรุ่นสามารถรับงานมาทำที่บ้านได้ เพื่อให้มีอาชีพ มีรายได้ในการดำรงชีพ และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้[12]

6.8 กระทรวงมหาดไทย มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลายด้านอาทิ ด้านสังคมจะรับผิดชอบเกี่ยวกับการพัฒนาเยาวชนและการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม ด้านการเมืองการปกครองมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการอำนวยการเลือกตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นกระทรวงจึงต้องผลักดันให้องค์กรส่วนท้องถิ่นทุกแห่งทั่วประเทศร่วมดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อลดปัญหาเด็กและเยาวชนในแต่ละพื้นที่ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับทุกภาคส่วนในพื้นที่ให้ได้ผลอย่างจริงจังและต่อเนื่อง[5],[9] มีการจัดทำฐานข้อมูลแม่วัยรุ่นและครอบครัว เพื่อประสานงานให้ความช่วยเหลือติดตามประเมินผลความช่วยเหลือที่ได้รับและความเข้มแข็งของครอบครัว[12]

6.5 มูลนิธิแพธทูเฮลท์ (path 2 health foundation) เป็นองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ มีบทบาทให้การสนับสนุนโครงการเพศศึกษาทั้งภายในและภายนอกโรงเรียน โดยดำเนินงานร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษารอบด้านสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา มีการสนับสนุนสื่อการจัดการเรียนรู้ให้หน่วยงาน/สถานศึกษา[5],[9]

6.6 เครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงท้องไม่พร้อม เป็นเครือข่ายที่เกิดจากการรวมตัวของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาควิชาการ มีบทบาทคือดำเนินงานครอบคลุมทุกมิติของป้องกันดูแลและฟื้นฟูที่เกี่ยวข้องกับท้องไม่พร้อม เช่นการปรึกษาทางเลือก การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย บ้านพักรอคลอด การเลี้ยงดูอุปการะเด็กเป็นบุตรบุญธรรม[9]

เทคนิคและรูปแบบการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ถือเป็นปัญหาใหญ่สำหรับวัยรุ่นที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์หรือยังอยู่ในวัยเรียน และส่งผลกระทบต่อตนอง บุคคลใกล้ชิด และสังคม บางครั้งวัยรุ่นหาทางออกไม่ได้ ไม่มีที่พึ่ง ไม่ทราบจะปรึกษาใคร อาจทำให้มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการให้คำปรึกษาที่ถูกวิธีจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจและเห็นปัญหาของตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้อื่น และรับข้อมูลที่รอบด้านเป็นประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาตนเองตามศักยภาพ[6],[14] ผู้ให้คำปรึกษาอาจเป็นครูอาจารย์ในสถานศึกษาหรือเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ในสถานพยาบาลหรือในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นการให้คำปรึกษาในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ หรือมีปัญหาทางเพศควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้[6],[14],[18]

1. วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เป็นวัยที่ที่อยากเรียนรู้ อยากลองสิ่งใหม่

ดังนั้นปัญหาที่เกิดขึ้นอาจมีความซับซ้อนและมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันหลายปัญหา

2. สถานที่ที่ให้คำปรึกษาควรมีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศผ่อนคลาย เพราะวัยรุ่นมีความอ่อนไหว และไวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระตุ้นมากกว่าผู้ใหญ่

3. ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่มีอคติ มีความปรารถนาดีจริงใจกับวัยรุ่น หลีกเลี่ยงการตำหนิ ไม่ตัดสินพฤติกรรมต่างๆ ยอมรับวัยรุ่นในฐานะบุคคลที่มีศักดิ์ศรี มีความสามารถและมีความคิดของวัยรุ่น ดังนั้นต้องส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความภาคภูมิใจในตนเอง ให้วัยรุ่นคิดบวกปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข

4. วัยรุ่นอาจมีความคิดสับสน ลังเล ไม่แน่ใจ ทำให้การสื่อสารออกมาวกวนไม่เป็นลำดับ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้องตั้งใจฟังสิ่งที่วัยรุ่นสื่อสารออกมาทางภาษาพูดและทางภาษากาย มีการสรุปเรียบเรียงให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

5. ให้บริการที่เป็นมิตร สะดวก เข้าถึงง่าย ทั้งในแง่ของราคา สถานที่ตั้ง เวลาทำการ เงื่อนไขการรับบริการ และต้องรักษาความลับของวัยรุ่น เพราะจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและวัยรุ่นดำเนินต่อไปด้วยดี เกิดความไว้วางใจและเชื่อถือ ยอมให้ข้อมูลและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของวัยรุ่น

6. มีระบบส่งต่อ ไปยังหน่วยบริการอื่นที่ดำเนินการให้ความช่วยเหลือแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อาทิ ศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาล (OSCC) เครือข่ายอาสา R-SA คลินิกเครือข่ายเลิฟแคร์ บ้านพักฉุกเฉิน กรณีที่เกินความสามารถที่ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยเหลือได้

เทคนิคการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา (counseling) เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการ ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือ โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องอาศัยทักษะในการใช้เทคนิคต่างๆในการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่มีปัญหา[6],[15],[24]ได้แก่

การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview) เป็นการเริ่มต้นการสนทนาที่จะนำไปสู่กระบวนการให้คำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาต้องสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย ปลอดภัย เป็นมิตรและใช้คำถามการเริ่มนำการสนทนา ด้วยการทักทายด้วยเรื่องทั่วๆไปก่อน เช่น คำว่า “สวัสดี” “มีอะไรจะให้ช่วยเหลือค่ะ”[14],[15],[24]

การเงียบ (Silence) คือไม่ใช้วาจาในการสื่อสารเป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้มีเวลาคิดทบทวนเรื่องราวเป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นได้พูดถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ก่อให้เกิดปัญหา อาจใช้ความเงียบนานเพียงไม่กี่วินาทีจนเป็น นาที[14],[15],[24],[25]

การฟัง (Listening) การฟังที่ดีควรฟังอย่างตั้งใจจะทำให้ได้เข้าใจและรับทราบเรื่องราวต่างๆ ได้รับรู้อารมณ์ความรู้สึก ของวัยรุ่น พฤติกรรมที่แสดงถึงการฟังอย่างตั้งใจ ช่น มีท่าทางใส่ใจในการฟัง การนิ่ง การมองหน้า การใช้สายตาที่อ่อนโยน การแสดงท่าทางว่าเข้าใจ ฟังด้วยใจไม่ตัดสิน เป็นกลาง[6],[14],[15],[24],[25]

การตั้งคำถาม (Questioning) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลต่างๆ ทำให้เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ชีวิตของวัยรุ่น ช่วยให้วัยรุ่นได้คิดทบทวนทำความเข้าใจปัญหาและพยายามหาคำตอบด้วยตนเอง จากการบอกเล่าเรื่องราวความรู้สึกและทัศนคติ ต่างๆ ดังนั้น ควรใช้คำถามที่มีลักษณะกลางๆ เป็นคำถามปลายเปิด ให้อิสระในการตอบ เช่น “อะไร” “อย่างไร” “เมื่อไร”[6],[15],[18],[24]

การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) คือการพูดซ้ำในความรู้สึกที่วัยรุ่นได้แสดงออกมาหรือพูดเป็นนัย หรือการแสดงออกด้วยท่าทาง เพื่อทำความเข้าใจ ทำให้วัยรุ่นได้ตระหนักว่าตนเองนั้นมีปัญหา และรู้สึกว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจปัญหาของตนเอง เช่น “หนูรู้สึกกลัวที่จะบอกความจริงกับพ่อแม่ว่าตั้งครรภ์หรือ”[6],[14],[15],[24]

การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นกิริยาท่าทาง สีหน้า การสบตา คำพูด น้ำเสียง ภาษาที่ใช้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถเข้าใจความรู้สึก อารมณ์ และปัญหาของวัยรุ่นได้[6],[14],[25],[24]

การให้ข้อมูล (Information giving) เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจตนเอง และใช้ประกอบการตัดสินใจ ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อเท็จจริง ไม่ใส่ข้อคิดเห็นส่วนตัวหรือความเชื่อทางศาสนาลงไปเช่น ถ้า

วัยรุ่นเลือกยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้คำปรึกษาต้องให้ข้อมูลวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยชนิดต่างๆ สถานที่ให้บริการ วิธีการเข้าถึงบริการ เป็นต้น[15],[24]

การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval) เป็นการสนับสนุนหรือให้กำลังใจในการคิดและตัดสินใจของวัยรุ่น เป็นการพัฒนาทักษะการนำตนเองของวัยรุ่น[15]

การให้ความมั่นใจ (Assurance) จะใช้วิธีนี้เมื่อวัยรุ่นมีการตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้ให้คำปรึกษาใคร่ครวญแล้วว่าจะไม่เกิดผลเสียภายหลังเช่น วัยรุ่น: “หนูไม่แน่ใจว่าท้องไหม หนูควรไปซื้อที่ตรวจดีไหม” ผู้ให้คำปรึกษา: “น่าจะเป็นการดี หนูจะได้วางแผนต่อไปว่าจะทำอย่างไร”[15]

การให้กำลังใจ (Reassurance/Encourager) ควรให้กำลังใจที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง อาจแสดงในรูปของการรับรู้ในสิ่งที่วัยรุ่นพูดออกมาเช่น การพยักหน้า การยิ้มรับ การพูดตอบรับสั้นๆเช่น ค่ะ ใช่ อืม เป็นการช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลของวัยรุ่น เป็นการสนับสนุนให้วัยรุ่นได้ค้นหาและกล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึกของตนเอง[18],[24]

เทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูล หาสาเหตุและรายละเอียดของปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้ทบทวนและสำรวจปัญหา ผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้นจนเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุ สามารถวางแผนแก้ปัญหาหรือพิจารณาทางเลือกและตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการให้คำปรึกษาโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ[15] ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) และการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (Group Counseling)

1. การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) ในการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นควรให้คำปรึกษาแบบเสริมพลังหรือเสริมศักยภาพ เพราะเชื่อว่าถ้าวัยรุ่นตั้งครรภ์มีสภาพจิตใจดีขึ้น จะทำให้มีสติ สามารถใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษาอาจจะเลือกใช้เทคนิคตามความเหมาะสม ขั้นตอนการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีดังนี้[6],[14],[24],[25]

1.1 การสร้างความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ โดยการสร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเอง ผ่อนคลาย มีความอบอุ่นและเป็นมิตร มีการทักทายด้วยเรื่องทั่วไปก่อนการเปิดประเด็นปัญหา อาจเริ่มต้นด้วยคำถามที่สั้นๆ กระชับ เช่น วันนี้มีอะไรให้ดิฉัน/ผม ช่วยเหลือคุณบ้างค่ะ หลีกเลี่ยงการตำหนิว่ากล่าว และต้องรักษาความลับของวัยรุ่น เพราะจะทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและวัยรุ่นดำเนินต่อไปด้วยดี วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจและเชื่อถือ ยอมให้ข้อมูลและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

1.2 การสำรวจปัญหา (Exploration) เป็นการค้นหาความเป็นมา สาเหตุ และรายละเอียดของปัญหาให้ชัดเจน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาต้อง

1.2.1 ฟังอย่างตั้งใจ มีสมาธิในการฟังและสังเกตในสิ่งที่วัยรุ่นต้องการจะสื่อออกมาทั้งภาษาพูดและภาษากาย ติดตามเรื่องราวด้วยความเข้าใจ และแสดงความเอาใจใส่ด้วยใจที่เปิดกว้าง ไม่ตัดสิน

1.2.2 มีการตั้งคำถาม ควรเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อตรวจสอบความเข้าใจระหว่างกัน ว่ายังมีเรื่องใดที่ยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่ม ไม่ควรใช้คำถามว่า “ทำไม” เพราะจะทำให้รู้สึกเหมือนถูกสอบสวน

1.2.3 มีการสะท้อนกลับอาจเป็นการสะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ เพื่อทำความเข้าใจข้อความหรือคำพูดของวัยรุ่นทำให้ได้ทบทวนเนื้อหาและความรู้สึกเป็นการช่วยให้วัยรุ่นเห็นปัญหาและสภาวะที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้เข้าใจปัญหาได้มากขึ้น

1.2.4 มีความรู้สึกร่วมกับวัยรุ่น โดยรับรู้ความรู้สึกของวัยรุ่นอย่างเข้าใจและเห็นใจเพราะวัยรุ่นจะมีความรู้สึกหลากหลายที่ต้องเผชิญอยู่ เช่น สับสน กลัว อับอาย รู้สึกผิด โกรธ ลงโทษตัวเอง หมดหวัง

1.2.5 ไม่มีอคติ ต้องมีใจเป็นกลางไม่ใช้ความรู้สึกส่วนตัวชอบ/ไม่ชอบ ในการตัดสิน ยอมรับวัยรุ่นในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่มีศักดิ์ศรี มีความสามารถและมีความคิดของตนเอง

1.3 ทำความเข้าใจปัญหา (Understanding) เมื่อวัยรุ่นได้ผ่านการให้คำปรึกษาในขั้นการสำรวจปัญหา จะทำให้วัยรุ่นได้คิดทบทวนสาเหตุของการเกิดปัญหา เกิดการรับรู้และเข้าใจสาเหตุของปัญหาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นตนเองต้องมีส่วนรับผิดชอบ ทำให้เกิดความต้องการและมีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมแก้ปัญหาต่างๆ ผู้ให้คำปรึกษาต้องอาศัยทักษะการสรุปความเพื่อสรุปประเด็นเรื่องราวต่างๆ ที่สำคัญที่ได้พูดคุยกัน ร่วมกันคิดพิจารณา อาจเป็นการสรุปเนื้อหา สรุปความรู้สึก หรือสรุปกระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งจะทำให้ผู้ให้และผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตรงกัน ทำให้วัยรุ่นรู้ความต้องการของตนเองว่าจะจัดการกับปัญหาอย่างไร

1.4 ตั้งเป้าหมายและดำเนินการแก้ไข (Action) เป็นการจัดการปัญหาที่เกิด โดยผู้ให้คำปรึกษาให้ข้อมูลทางเลือกที่รอบด้านที่สุดแก่วัยรุ่นและให้โอกาสวัยรุ่นได้ไตร่ตรองพิจารณาหาทางออกที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและเงื่อนไขชีวิตของตนเอง เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของตนเอง ส่งเสริมวัยรุ่นให้มีการฟื้นฟูศักยภาพภายในและเสริมสร้างกำลังใจ โดยเคารพการตัดสินใจของวัยรุ่น และให้แรงเสริมเมื่อสามารถปฏิบัติได้ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นเกิดกำลังใจ มีความมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายในชีวิตที่จะพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้นและเชื่อมั่นว่าจะผ่านปัญหาต่างๆ ได้ การให้กำลังใจอาจแสดงในรูปของการรับรู้ถึงสิ่งที่วัยรุ่นพูดออกมาเช่น การพยักหน้า การยิ้ม การพูดตอบรับ สั้นๆ เช่น ค่ะ อืม

1.5 ยุติการให้บริการ (termination) อาจเป็นการสิ้นสุดการปรึกษาแต่ละครั้งหรือยุติการปรึกษาตลอดไป หรือเป็นการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่มีผู้เชี่ยวชาญในการช่วยเหลือแนะนำ โดยเป็นผู้ประสานหน่วยงานช่วยเหลือและนำวัยรุ่นเข้าสู่บริการต่างๆ เช่นกรณีที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อก็แนะนำหรือพาไปฝากครรภ์โดยเร็ว ถ้าตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ มีการประสานส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีบริการการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่ปลอดภัย

2. การให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม (Group Counseling) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่มีความต้องการที่จะปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองหรือมีปัญหาเหมือนกัน มาปรึกษาหารือกัน โดยมีผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก[15] ซึ่งบางครั้งการให้คำปรึกษาวัยรุ่นอาจต้องให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาต่างๆ[6] เนื่องจากการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาของครอบครัวเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นครอบครัวต้องมีการปรับตัวและคงไว้ซึ่งความสมดุล[15] ขั้นตอนการให้คำปรึกษาวัยรุ่นพร้อมครอบครัวก็ใช้หลักการเดียวกับการการให้คำปรึกษารายบุคคล แต่จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเพราะต้องมีข้อพิจารณาเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์กับวัยรุ่น บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบที่เกี่ยวกับวัยรุ่น ต้องคิดถึงประโยชน์โดยรวมของครอบครัวและมุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดีของครอบครัวไว้ ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นตัวกลางที่ดีระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัวในการประสานความเข้าใจและความร่วมมือแก้ปัญหาต่างๆ และเผชิญปัญหาร่วมกันสิ่งที่ต้องคำนึงถึงที่สำคัญมีดังนี้[6],[14],

1. ผู้ให้คำปรึกษา ควรสร้างบรรยากาศในการพูดคุยให้ราบรื่น มีความเป็นมิตร มีความยืดหยุ่นในการพูดคุย โดยอธิบายถึงความสำคัญของการเชิญมาพูดคุยร่วมกันและขอให้ทุกคนมีใจเป็นกลาง ตั้งใจรับฟังกันและกัน ไม่ตำหนิ ไม่ดุด่า

2. ในการให้คำปรึกษาควรเชิญผู้เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นประมาณ 1 – 2 คน โดยเลือกบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับรุ่น คนที่มีอิทธิพลและมีอำนาจในการตัดสินใจปัญหาต่างๆ

3. ผู้ให้คำปรึกษาอาจแยกคุย โดยเลือกคุยกับผู้ปกครองหรือวัยรุ่นก่อนตามลำพังประมาณ 5 นาที โดยขอให้อีกฝ่ายไปรอข้างนอก ในกรณีที่สังเกตว่าการพูดคุยรวมกันทำให้วัยรุ่นอึดอัด พูดน้อยลง ผู้ปกครองตอบแทนวัยรุ่นบ่อย ถ้าจำเป็นการขอแยกคุยควรทำแค่ครั้งเดียวในการพูดคุยแต่ละครั้ง เพื่อไม่ให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกว่าอีกฝ่ายไม่ไว้ใจ มีการปิดบังความลับ

4. ในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ควรให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเป็นธรรม เพื่อให้วัยรุ่นยอมรับและลดการต่อต้าน มีแรงจูงใจในการแก้ปัญหา

5. ถ้ามีการถกเถียงแสดงอารมณ์กันระหว่างพูดคุย ไม่ต้องรีบห้ามปราม ให้สังเกตพฤติกรรม ความสัมพันธ์ ความขัดแย้งความรุนแรง วิธีคิด การพูดคุย หรือสอนต่างๆ และควรสะท้อนให้แต่ละคนทราบ

6. ก่อนจบการพูดคุย ผู้ให้คำปรึกษาต้องสรุปความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวให้ชัดเจนและเป็นกลาง คลอบคลุมทั้งหมดที่ได้พูดคุยกัน ตั้งแต่ปัญหา สาเหตุ ความต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ทุกคนได้รับรู้ปัญหาเข้าใจกัน และตั้งใจที่จะเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน ถ้ายังมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันควรมารับการแก้ไขและทำความเข้าใจกัน กล่าวขอบคุณในความร่วมมือของทุกคนที่เสียสละเวลามาร่วมคุยกัน

ดังนั้นวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ควรได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะและเทคนิคการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพราะจะช่วยลดความทุกข์และความวิตกกังวล ทำให้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ปัญหาได้ มีการปรับตัวและพัฒนาตนเองตามศักยภาพและบริบทที่แวดล้อมอย่างเหมาะสม

สรุป

การตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ที่ทุกฝ่ายควรมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขปัญหา โดยหน่วยงานระดับกระทรวงในส่วนกลางเช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย ต้องกำหนดแผนยุทธศาสตร์ มีนโยบาย และมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการขับเคลื่อนไปยังบุคล หน่วยงานต่างๆ ในสังกัดที่อยู่ในส่วนภูมิภาค อาทิ สถานศึกษา สถานบริการ องค์กรบริหารส่วนตำบล ผู้ปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการดำเนินงานในชุมชนที่รับผิดชอบ มีการสร้างเครือข่ายทำงานด้านสุขภาพและสังคมสำหรับวัยรุ่นระหว่างหน่วยงาน องค์กรของรัฐและเอกชน และบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชน อาทิ ผู้ปกครองครู อาจารย์ บุคลากรสุขภาพ เจ้าหน้าที่ส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้นำนักเรียน นักศึกษา โดยมีการเชื่อมโยง การประสานงาน และการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ต่อเนื่อง วัยรุ่นสามารถเลือกยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย หรือมีการตั้งครรภ์ต่อและคลอดอย่างมีคุณภาพ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล คอยสนับสนุน ประคับประคองให้กำลังใจในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด มารดาวัยรุ่นได้รับการเสริมทักษะในการเลี้ยงดูบุตร ทักษะชีวิตเพื่อที่จะเผชิญกับปัญหาที่จะเกิดตามมาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้รับการคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ มีโอกาสกลับเข้ารับการศึกษาต่อตามศักยภาพ หรือได้รับการพัฒนาด้านอาชีพเพื่อให้มีงานทำ มีรายได้ที่เพียงพอในการดำรงชีวิต สามารถเลี้ยงดูตนเองและบุตรให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ซึ่งจะเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการตัดวงจรการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในอนาคตได้

เอกสรอ้างอิง

1.WHO. **Adolescent Pregnancy Issues in adolescent health and development**. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development World Health Organization & Department of Reproductive Health and Researc. 2004. UTL <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42903/9241591455_eng.pdf;jsessionid=27C88D17140411AEFBC4872E0F3FCF46?sequence=1> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2561.

2.บุญฤทธิ์ สุขรัตน์และปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, บรรณาธิการ. **สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 Statistics on Adolescent Births, Thailand 2015**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560. UTL <http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/brochure/statistics_adolescent15.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่19กันยายน 2561.

3.ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การตั้งครรภ์วัยรุ่น : ผลกระทบและการป้องกัน Teenage pregnancy: Consequences and preventayion. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช และคณะ, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิดทันยุค**. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น. 2556. 177–182.

4.เพิ่มศักดิ์ สุเมฆศรี. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช และคณะ, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิดทันยุค**. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น. 2556. 183–186.

5.ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. **แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อเด็กก้าวพลาด**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2559.

6.ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. **แนวทางการป้องกันและช่วยเหลือปัญหาทางเพศของเด็กและวัยรุ่น**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2559.

7.สายลม เกิดประเสริฐ. บทบาทพยาบาลในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น Teenage/adolescent pregnancy. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช และคณะ, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิดทันยุค**. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น. 187–195.

8.อุดม เชาวรินทร์. การตั้งครรภ์วัยรุ่น (Teenage pregnancy). ใน เยื้อน ตันนิรันดร และคณะ,บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ Marernal-fetal medicine)**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์ดี. 2555. 163-170.

9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติพ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพ.ศ.2559**. UTL <http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/actionplan_tp/the-National-Strategy-on-Prevention-and-Solution-of-Adolescent-Pregnancy-B.E.2560-2569(2017-2026).pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2561.

10.ลาวัลย์ ปัจจักขภัติ. การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น. ใน วรพงศ์ ภู่พงศ์, บรรณาธิการ. **การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์**. สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี. 2555. 45–52.

11.นาฏยา ระศร และ เกศินี สราญฤทธิชัย. “การรับรู้พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(2) : 45-51, 2560.

12.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และคณะ, บรรณาธิการ. **คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม. 2558.UTL <http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/brochure/youthmom-Blue.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 18 กันยายน 2561.

13.วราภรณ์ แสงทวีสิน. การดูแลทารกแรกเกิดของมารดาวัยรุ่น. ใน พิมล วงศ์ศิริเดช และคณะ, บรรณาธิการ. **เวชศาสตร์ปริกำเนิดทันยุค**. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่น. 2556. 197–204.

14.เบญจพร ปัญญายง และ ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล, , บรรณาธิการ. **คู่มือการให้คำปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ฉบับปรับปรุง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. 2557. UTL <http://www.smartteen.net/main/_admin/download/4-24-201608151509.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561.

15.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2553.

16.วาสนา ถิ่นขนอน และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. **การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ์เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. 35(2) 2555. 25-33.

17.อัจฉโรบล แสงประเสริฐ และ พลอยไพลิน มาสุข กำแพง จินดา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ครอบครัวของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา**. 18(3) : 73-82, 2560

18.สำนักงานอนามัยเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **เคล็ดลับการให้คำปรึกษาวัยรุ่น**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก (อ.ผ.ศ.). 2553. UTL <http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/brochure/counseling.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561

19.จันทรัตน์ เจริญสันติ. (2557). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมของสตรีในระยะตั้งครรภ์. ใน อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, บรรณาธิการ. **สาระหลักทางการพยาบาลมารดามารดาทารกแรกเกิด และการผดุง**. เชียงใหม่: บริษัท ครองช่างพริ้นท์ติ้ง. 2557. 179–203.

20.อดิณา ศรีสมบูรณ์ และคณะ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. **Journal of Nursing Science**. 29(2) : 74-81, 2554. UTL <file:///C:/Users/Pinkaew/Downloads/2818-Article%20Text-5329-1-10-20120924.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2561.

21.ทองภาพ นาร่อง. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทมารดาต่อการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว และความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556. UTL <http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52910026.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2561.

22.วฤษสพร ณัฐรุจิโรจน์. การขับเคลื่อนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น. **วารสารสังคมศาตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. 20(ม.ค.–ธ.ค.) : 216–229, 2560. UTL <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/JOS/article/viewFile/9514/8120> สืบค้นเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2561.

23.ศูนย์เฉพาะกิจคุ้มครองและช่วยเหลือเด็กนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. **มาตรการและแนวทางการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ประสบปัญหาการตั้งครรภ์ครรภ์ในวัยเรียน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2559.

24.จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. **สุขภาพจิต Memtal Health**. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: บริษัท นำศิลป์โฆษณา. 2554.

25.ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การให้คำปรึกษาทางเลือกสำ หรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. **วารสารสภาการพยาบาล** 31(2) : 5-16, 2559. UTL <file:///C:/Users/Pinkaew/Downloads/56797-Article%20Text-134870-1-10-20160530.pdf> สืบค้นเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2561.

การพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการ โดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครู อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Integrated Care Model for Children withAttention Deficit Hyperactivity Disorder among Parents Care Team and Teacher in Namyuen District Ubonrachathani Province

ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์[1]

Chaiwat Darasichan[1]

(Received: January 15 ,2019 ; Accepted: February 24 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาการดำเนินการ มกราคม 2561-มกราคม 2562 กลุ่มเป้าหมาย 80 คน ได้แก่ เด็กนักเรียน 30 คน ผู้ปกครอง 30 คน ครู 7 คน บุคลากรทางการแพทย์ 13 คน

ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 30 คน มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 100 หลังจากที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนา ผู้ปกครองเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น 30 คน เข้ารับการอบรมครบทุกหลักสูตรครบ ร้อยละ 100 สามารถทำแบบทำสอบได้ถูกต้อง ดูแลเด็กได้ถูกต้อง ร้อยละ 93 ครูเข้าอบรมจำนวน 7 คนที่เข้าโครงการ และ สามารถดูแลเด็กได้ตามมาตรฐาน ร้อยละ 100 บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลเด็กได้ครอบคลุมร้อยละ 100 ระบบที่ใช้พัฒนาเด็กได้ดีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจทัศนคติของผู้ปกครองให้สามารถดูแลเด็กได้ กิจกรรมที่ดี คือ การระบายสีครูที่ได้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เทคนิคและกระบวนการปรับ พฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน การจัดการชั้นเรียนและเทคนิคการสอนเด็กสมาธิสั้นที่มีปัญหาการเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) จากการติดตามผลด้านทักษะครู ครูได้สื่อสารกับผู้ปกครองเรื่องเกี่ยวกับเด็กโรคสมาธิสั้น ชี้แจงพฤติกรรม สนับสนุนให้ผู้ปกครองสังเกตอาการและประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV และปรับพฤติกรรมที่บ้าน และสนับสนุนให้พาไปพบแพทย์ในกรณีที่มีอาการอยู่ในเกณฑ์ ซึ่งผลตอบรับของผู้ปกครองเป็นไปในเชิงบวก ด้านการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกันแบบบูรณาการ ได้ร่างแนวทางการดูแลและติดตามโดยมีศูนย์กลางการประสานงานและติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมและใช้ระบบฐานข้อมูลการส่งต่อในการส่งต่อติดตามเด็กร่วมกับผู้ปกครองและครู หลังดำเนินการได้ระบบ PCT system (Parent, Care team, Teacher) เป็น fast track สำหรับการดูแลเด็กสมาธิสั้นใน อ.น้ำยืน จ. อุบลราชธานี

คำสำคัญ : โรคสมาธิสั้น, การดูแลเด็กสมาธิสั้น , การพัฒนาระบบ

Abstract

This research is a action research to focus on the development of ADHD care system. Operation period January 2018 - January 2019 80 target groups, including 30 students, 30 parents,7 teacher, 13 medical personnel.

Result Children with ADHD 30 people have improved 100 percent. Parents with children with ADHD 30 people complete all courses 100 percent complete can do 93% correct exams. Teacher attended the training of 1 person who entered the project and was able to take care of the child according to the standard of 100 percent. Health officials can take care of the child, covering 100 percent understand the attitude of the parents, child activity is to paint the teachers who have been trained with knowledge about ADHD. Techniques and adjustment processes ADHD behavior at school classroom management and techniques for teaching ADHD children with learning problems decreased significantly ($p <0.01$) from the follow-up of teacher skills The teacher communicated with the parents about ADHD children. Clarify behavior Encourage parents to observe symptoms and evaluate with SNAP-IV tools and adjust their behavior at home. And encouraged to see a doctor in the event of a condition Which the response of the parents is positive In the development of integrated ADHD child care guidelines Has drafted guidelines for caring and following up with a center for coordination and monitoring of children with ADHD in the hospital, along with using a referral database system to forward the follow-up to children with parents and teacher.

Keywords: ADHD, ADHD child care, system development

[1] พบ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จ.อุบลราชธานี

บทนำ

โรคสมาธิสั้น หรือ Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) เป็นโรคทางจิตเวช ที่พบบ่อยในวัยเด็ก เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมในด้านการควบคุมตนเอง โดยมีความผิดปกติที่สำคัญ 3 ด้าน คือการมีช่วงสมาธิที่สั้นกว่าปกติ (Inattention) ซุกซน (Hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีอาการ ดังกล่าวติดต่อกันนานกว่า 6 เดือน มีอาการแสดงในสถานการณ์หรือสถานที่ อย่างน้อย 2 แห่งขึ้นไป เช่น ที่โรงเรียนและที่บ้าน จากรายงานวิจัยของ ทวีศิลป์และคณะ พบความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กประถมร้อยละ 8.1 ของเด็กในวัยเรียน พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงสัดส่วน 3:1 [1,2]

แนวทางในการรักษาโรคสมาธิสั้นเริ่มจากการวินิจฉัยโรคโดยผู้เชี่ยวชาญได้แก่ กุมารแพทย์ และจิตแพทย์ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย วางแผนในการรักษา แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมและวิธีการดูแลของผู้ปกครอง ประสานงานกับโรงเรียนและแนะนำครูในการช่วยเหลือผู้ป่วย แนะนำทางเลือกในการรักษาด้วยการใช้ยาหรือการรักษาด้วยพฤติกรรมบาบัดจากการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนปฐมวัยในการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมที่โรงเรียน และการดูแลเด็กการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้นที่รับการรักษาแล้ว พบว่าครูโรงเรียนปฐมวัยในอำเภอน้ำยืน มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเด็กโรคสมาธิสั้นและการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ยังขาดความรู้และทักษะในการปรับพฤติกรรม เมื่อได้รับการฝึกอบรมตามหลักสูตรการดูแลปรับพฤติกรรมและการใช้ยาแล้ว ครูมีความรู้และทัศนคติที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นและการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ยังขาดความเข้าใจระดับผู้บริหารโรงเรียน ความเข้าใจของผู้ปกครอง และการให้บริการด้านการแพทย์ที่จะรองรับความต้องการในการวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม จากรายงานผลการวิจัยเรื่องการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นที่โรงเรียนพบว่าเมื่อครูคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นด้วยเครื่องมือ KUS-SI แล้วพบว่าเด็กมีอาการของโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ และแจ้งผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ยอมรับผลการคัดกรองและไม่พาเด็กไปรับการวินิจฉัยจากแพทย์ บางส่วนยอมรับผลการคัดกรองแต่ยังไม่พาเด็กไปพบแพทย์ บางส่วนให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือและส่งเสริมความรู้ทักษะในการดูแลเด็กสมาธิสั้นของครู ดังนั้นการสนับสนุนครูในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาที่จัดการฝึกอบรมโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้พัฒนาจากงานวิจัยที่ผ่านมานั้น จำเป็นที่จะต้องถูกนำไปใช้และถ่ายทอดให้กับครูปฐมวัยอย่างกว้างขวาง เพื่อให้ครูเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีแนวทางพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กในระบบบริการสาธารณสุขที่ระบุ มาตรฐานบริการของโรงพยาบาล 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ด้านสถานบริการ ด้านระบบบริการ ซึ่งได้แก่ การวินิจฉัย การรักษาด้วยยา การให้การบำบัด ด้านการส่งต่อในเครือข่ายผู้ให้บริการ และด้านการติดตามผลการรักษา และการสนับสนุนศักยภาพหน่วยงานและบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ และมีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ[3,4]

ผู้วิจัยจึงสนใจสำรวจศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่อำเภอน้ำยืน เพื่อวิเคราะห์ถึงศักยภาพการให้การบำบัดรักษาของโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของผู้ให้บริการแก้เด็กสมาธิสั้น ครูและผู้ปกครองให้เข้มแข็ง ในระยะที่ 1 (Phase 1) ข้อมูลจากการสำรวจความต้องการเสริมศักยภาพของผู้ให้บริการและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจะนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลร่วมกันแบบบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุข ครู และผู้ปกครอง และพัฒนาชุดความรู้ เครื่องมือและการฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครู และ ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกันแบบบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กโรคสมาธิสั้นในด้านการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติได้เร็ว ปรับพฤติกรรมเบื้องต้นโดยครูและผู้ปกครอง การวินิจฉัย รักษา อย่างถูกต้อง ลดความแออัดในการรับบริการ และเพิ่มโอกาสที่เด็กโรคสมาธิสั้นจะประสบความสำเร็จด้านการเรียนและการใช้ชีวิต การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกันเพื่อให้เกิดการค้นหาเด็กที่มีอาการในวัยเรียนอย่างรวดเร็ว ปรับพฤติกรรมเบื้องต้น ส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขเป็นลำดับขั้น ประเมิน วินิจฉัย

รักษาและติดตามเพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพในการให้บริการเดียวกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครองบุคลากรทางการแพทย์ และครูในเด็กอายุ 5-7 ปี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหาสถานการณ์ด้านศักยภาพในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลในเขตอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี และพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของชุดความรู้ หลักสูตร สื่อ และเครื่องมือเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการสาธารณสุข ครู และผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น และร่างแนวทางการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการร่วมกัน เพื่อนำแนวทางไปทดสอบประสิทธิผลและความเป็นไปได้ในการนำแนวทางไปใช้ในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่เด็กโรงสมาธิสั้น บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เด็กโรคสมาธิสั้น 30 คน บุคลากรทางการแพทย์ 13 คน ผู้ปกครอง 30 คน และครู 7 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาชุดคู่มือ เครื่องมือ และสื่อในรูปแบบที่เหมาะสม

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลข้อมูลศักยภาพ 5 ด้าน และความต้องการเสริมศักยภาพเพื่อดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นในอำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้ ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ พยาบาลคลินิกให้คำปรึกษา ด้านระบบบริการ ได้แก่ คัดกรอง วินิจฉัย ให้คำปรึกษา และรักษาด้วยยาและพฤติกรรมบำบัด ด้านสถานที่ คือ คลินิกให้คำปรึกษา ด้านการส่งต่อในเครือข่ายผู้ให้บริการ ด้านการติดตาม คือ การติดตามเด็กโรคสมาธิสั้นที่เคยเข้าร่วมการรักษา และกิจกรรมช่วยฟื้นฟู

การหาคุณภาพแบบสอบถามศักยภาพการให้บริการและความต้องการพัฒนาเพื่อให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้น ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการแก้ไข และปรับปรุงแบบสอบถาม นำแบบสอบถามไปทดสอบ Face validity กับโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง ปรับแบบสำรวจก่อนนำใช้จริง

2. การพัฒนาชุดคู่มือ เครื่องมือ และสื่อในรูปแบบที่เหมาะสม โดยการพัฒนาหลักสูตร เอกสารในรูปแบบคู่มือและฉบับเล็กโทรนิกส์ สื่อโปสเตอร์ และสื่อวีดีทัศน์ในการเสริมศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อใช้ในการฝึกอบรมและเผยแพร่เพื่อเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มเติมและอย่างต่อเนื่องจากเว็บไซต์ที่จะถูกพัฒนาขึ้น โดยคู่มือและเครื่องมือจะถูกนำมาใช้ในการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความพร้อมและความสมัครใจในการเพิ่มศักยภาพการบริการเด็กโรคสมาธิสั้นให้ได้ตามแนวทางฯ สร้างขึ้นเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และเป็นฐานของการส่งต่อการให้บริการ เพื่อใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและโรงเรียนปฐมวัยในการดูแลปรับพฤติกรรม และส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นในเขต อ.น้ำยืน จ.อุบลราชธานี

1. พัฒนาหลักสูตรและคู่มือการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับครูโรงเรียนปฐมวัยโดยการประชุมทีมคณะทำงานและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อเสนอแนะทำให้ได้ หลักจากนั้นทำการร่างคู่มือสาหรับครูในการดูแลปรับพฤติกรรมละลังเสริมการเรียนรู้สาหรับเด็กสมาธิสั้น และหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมกลุ่มปฐมวัยในการดูแลปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้ในเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น

การหาคุณภาพหลักสูตรและคู่มือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นสาหรับครูโรงเรียนปฐมวัย เป็นการนำผลของผู้เชี่ยวชาญมากันคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับโครงสร้างหลักสูตรที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงคำความสอดคล้อง เรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างหลักสูตรและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index : IOC)

2. การฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเพื่อเป็นครูวิทยากร โดยฝึกอบรมครูโรงเรียนแกนนำร่วมใน อ.น้ำยืน เพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตรส่งเสริมความรู้ทัศนคติ และทักษะของครูโรงเรียนปฐมวัยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นความรู้ทัศนคติ และทักษะในการดูแล ปรับพฤติกรรมและส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กสมาธิสั้น และการเรียนรู้ด้วยตนเองของ

ครู โรงเรียนแกนนำเรียนร่วมและจัดฝึกอบรมครู โรงเรียนแกนนำร่วม ประกอบด้วย

2.1 อบรมครู โดยครู โรงเรียนแกนนำเรียนร่วมที่ได้รับการฝึกอบรมเป็นวิทยากรแล้ว ทั้งหมด 2 ครั้ง เป็นคุณครู ในอำเภอน้ำยืน โดยก่อนและหลังการฝึกอบรมจะมีการประเมินความรู้ ทัศนคติและทักษะการดูแล ปรับพฤติกรรม และการส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับเด็กสมาธิสั้น

2.2 ติดตามผลการดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยใช้สมุดบันทึกสาหรับครู เพื่อช่วยเหลือ ปรับพฤติกรรม และจัดชั้นเรียนสาหรับเด็กที่มีอาการสมาธิสั้น ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 แล้วบุคลากรทางการแพทย์ไปรับสมุดจากโรงเรียน

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการคัดกรองและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กปฐมวัย เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของเครื่องมือส่งเสริมศักยภาพผู้ปกครองในการคัดกรองเด็กอายุ 5-7 ปีและปรับพฤติกรรมเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Paired-t test

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์และส่งเสริมศักยภาพในการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลน้ำยืนผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลและจากการเยี่ยมสำรวจทั้งหมดจากการสำรวจศักยภาพการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นของโรงพยาบาลน้ำยืนมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเป็นหลัก มีการให้บริการสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคสมาธิสั้นในด้านการคัดกรองพัฒนาการเด็กวัย 0-5 ปี ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลและปรับพฤติกรรม ส่งต่อเด็กที่มีอาการไปยังโรงพยาบาลและติดตามหลังการบำบัดรักษาที่ รพสต. มีการติดตามผลการใช้ยารักษาโรคสมาธิสั้นรพ.สต. พร้อมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

โรงพยาบาลน้ำยืนสามารถคัดกรองและให้คำปรึกษา รวมถึงสามารถติดตามในชุมชนได้ มีพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการอบรมเครื่องมือ (SNAP-IV) โดย สามารถใช้แบบประเมิน SNAP-IV ในการคัดกรองเด็กสมาธิสั้น สามารถให้คำแนะนำการให้คำปรึกษาการดูแลเด็กสมาธิสั้น แนวทางการรักษา ส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ไปยังสถานบริการในระดับถัดไป และมีสถานที่ในการกระตุ้นพัฒนาการ

ข้อมูลจาก รพสต มีบุคลากรที่ได้รับการอบรมพร้อมให้บริการ มีความพร้อมด้านสถานที่ มีความพร้อมด้านการคัดกรอง ดูแลและเยี่ยมบ้าน บริการด้านที่ไม่พร้อมในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ขาดบุคลากร แพทย์เฉพาะทางในการวินิจฉัยและให้คำปรึกษา จิตแพทย์ จิตวิทยาคลินิก ไม่มีบริการยารักษาโรคสมาธิสั้น อุปกรณ์ในการกระตุ้นพัฒนาการยังไม่เพียงพอ ขาดงบประมาณในการดูแลเครือข่ายในภาพรวม เช่น การอบรมเครือข่ายการใช้เครื่องมือ ฯลฯ ขาดการฝึกอบรมบุคลากร ด้านความรู้ ความสามารถ เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ด้านเครื่องมือความรู้และความสามารถในการใช้แบบประเมินอื่น ๆ ขาดการสร้างเครือข่ายการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

2. การดำเนินการในการพัฒนาระบบบริการเด็กโรคสมาธิสั้นในปีงบประมาณ 2561 ได้ดำเนินการดังนี้ มีการให้ความรู้ ครูพี่เลี้ยงเด็ก ในปฐมวัย โดยเป็นวิทยากรในการอบรมให้ความรู้ มีช่องทางพิเศษเพื่ออานวยความสะดวกให้ผู้ปกครองสามารถมาตรวจคัดกรองได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย และมีการส่งต่อตามแนวทางอย่างเป็นระบบ การเชื่อมโยงระบบการดูแล การคัดกรอง ดูแลกลุ่มเสี่ยงระหว่างโรงเรียนกับโรงพยาบาล มีการทางานร่วมกับโรงเรียนในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยง ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และการเรียน มีการพัฒนาบุคลากรโดยให้รับการอบรมจาก รพ. พระศรีมหาโพธิ์ จัดสถานที่ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้ป่วย มีระบบการส่งต่อและติดตามเด็กที่มีปัญหาอาการสมาธิสั้นจากชุมชนและโรงเรียน มีการคัดกรองและส่งต่อมา รพ. น้ำยืน มีการพัฒนาบุคลากรที่ผ่านการอบรมคัดกรองเด็กที่มีอาการของโรคสมาธิสั้น การจัดการอบรมเจ้าหน้าที่ รพ./รพ.สต.ด้านวิชาการ/บุคลากรพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นการดูแลรวมถึงการรักษาและการให้บริการเด็กสมาธิสั้นระดับต่าง ๆ การอบรมเครือข่ายภาพรวมทั้งอำเภอ โดยเน้นอบรมเครือข่าย อปท. เทศบาล โรงเรียน มาช่วยคัดกรองและดูแลเด็กร่วมกัน ต้องการบุคลากรวิชาชีพเฉพาะที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ หรือบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ต้องการสถานที่ที่เหมาะสมในการคัดกรองรวมถึง

การปรับพฤติกรรม ต้องการระบบการส่งต่อและข้อมูลสองทางที่เชื่อมโยงครอบคลุมและชัดเจน การบริการด้านยา

ผลการสำรวจศักยภาพการให้บริการของบริการของโรงพยาบาลน้ำยืนพบว่า รพ.ส่วนใหญ่มีศักยภาพการให้บริการอยู่ในระดับปานกลาง รพสต.สามารถประสานงานกับโรงเรียนในการคัดกรองเด็ก และประสานงานการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นร่วมกับชุมชนได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามขาดบุคลากรเฉพาะทางในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น การให้บริการด้านยารักษาโรคสมาธิสั้นยังมีจำกัด บุคลากรต้องการการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในด้าน 1) การคัดกรองด้วยเครื่องมือ 2) ต้องการให้มีระบบการรับและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีความชัดเจน 3) สื่อและเอกสารเพื่อให้คำแนะนำกับครูและผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ระดับ รพช.และ รพสต.ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพิ่มศักยภาพ ในการให้คำแนะนำครูและผู้ปกครองเรื่องอาการและการดูแลปรับพฤติกรรมเบื้องต้น และสามารถสังเกตอาการของเด็ก และใช้เครื่องมือ SNAP-IV ในการประเมินอาการของเด็กได้ หลังจากนั้นจึงส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็น

3. ครูที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตรส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครู โรงเรียนปฐมวัยในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียน ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ความรู้เรื่องยาและการรักษาด้วยยาในเด็กสมาธิสั้น ผ่านการอบรมมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการประเมินความรู้ก่อนอบรมและหลังผ่านการอบรมทุกด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ครูที่เข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การอบรมครูโรงเรียนแกนนำเรียนร่วมเพื่อเป็นวิทยากรสอนหลักสูตรส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และทักษะของครู โรงเรียนประถมศึกษาในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นพฤติกรรมบำบัด ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น การรักษาด้วยยารักษาโรคสมาธิสั้น ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น การดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยครูและการจัดการสิ่งแวดล้อมในการเรียน ผ่านการอบรมมีทัศนคติดีขึ้น ซึ่งผลการประเมินทัศนคติก่อนอบรมและหลังผ่านการอบรมทุกด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การสื่อสารระหว่างครูและผู้ปกครองและผลที่เกิดขึ้นหลังการฝึกอบรม จากการติดตามการสื่อสารของครูและผู้ปกครองหลังการฝึกอบรม ทั้งด้านชี้แจงพฤติกรรม การอ้างอิงถึงผลการประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV การสนับสนุนให้ผู้ปกครองสังเกตอาการและประเมินด้วยเครื่องมือ SNAP-IV การปรับพฤติกรรมที่บ้าน และการสนับสนุนให้พาไปพบแพทย์ ซึ่งผลตอบรับของผู้ปกครองที่ครูรายงาน พบว่าผลส่วนใหญ่เป็นไปในเชิงบวก อย่างไรก็ตามยังมีผู้ปกครองบางรายที่อาจยังไม่ได้ดำเนินการพาเด็กไปพบแพทย์ และได้มอบหมายให้ครูเป็นผู้ดูแลดำเนินการแทน

4. ผู้ปกครองที่เข้ารับการฝึกอบรมเรื่องการคัดกรองและการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นในผู้ปกครองมีระดับความรู้และทัศนคติด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น และด้านเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่โรงเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในเทคนิคและกระบวนการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้าน และ เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลสมาธิสั้น

ตาราง 1 ผลการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข และ ครู

ทีมดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	ก่อนอบรม	หลังการอบรม
1.ผู้ปกครอง จำนวน 30 คน	1.ไม่มีความรู้ด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิ	1.มีความรู้ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลเด็กที่บ้านได้ถูกต้อง ทั้ง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100
2.บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 13 คน (เจ้าหน้าที่ รพ. 2 คน และ รพ.สต. 11 คน)	2.รพ.มีความรู้สามารถให้การดูแลเด็กได้ตามมาตรฐาน แต่ขาดความรู้ ไม่เข้าใจธรรมชาติของเด็ก ไม่สามารถให้คำปรึกษาผู้ปกครอง และ ครูได้	2.รพ.มีความรู้ สามารถเป็นครู ก. อบรมผู้ปกครอง และ ครู ได้ รพ.สต.มีความรู้ สามารถดูแลเด็ก ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และ ครูได้ ร้อยละ 100
3.ครูปฐมวัย ประจำศูนย์อ.น้ำยืน 7 คน	3.ไม่มีความรู้ด้านการดูแลเด็กโรคสมาธิ	3.มีความรู้ สามารถสอนขยายผลให้กับครูศูนย์อื่นๆ ได้ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ตาราง 1 ผลการพัฒนาองค์ความรู้ของผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข และ ครู

ทีมดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น	ก่อนอบรม	หลังการอบรม
		ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาระบบดังกล่าวส่งผลให้การทำงานร่วมกันของผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครู เป็นระบบ มีช่องทางด่วน มีความรวดเร็วในการดักจับอาการของเด็กที่อยู่ในความดูแล เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ในอำเภอน้ำยืนสามารถเข้าถึงบริการได้ทันท่วงที ทำให้ผู้ปกครองมีการปฏิบัติการจาก 3 ส่วน ระบบที่ได้พัฒนาร่วมกัน คือ PCT system for ADHD (Parent, Care team, Teacher) [4-9]

ข้อเสนอแนะ

หากเราสามารถป้องกันการเกิดโรคสมาธิสั้นในเด็กได้ มิติการป้องกันสำคัญมาก เพื่อให้เด็กมีแนวโน้มการเป็นโรคสมาธิสั้นลดลง เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กคืออนาคตของประเทศชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. 1.ผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นระดับโรงพยาบาลจังหวัดสำหรับกุมารแพทย์.ราช วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยและชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นแห่งประเทศไทย, 2553
2. 2.ทวีศิลป วิษณุโยธิน และคณะ. ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศ ไทย. 2556;22(2):66-75.
3. 9.ภาสุรี แสงศุภวานิช และคณะ. 2554. การคัดกรองโรคสมาธิสั้นและความบกพร่องด้านการเรียนใน โรงเรียน. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. จังหวัดนนทบุรี.
4. 3.สมัย คิริทองถาวร. โครงการวิจัยการส่งเสริมความรู้ทัศนคติและทักษะครูโรงเรียนประถมในการดูแลพฤติกรรมและการใช้ยาในเด็กโรคสมาธิสั้น. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์; 2556; บทคัดย่อ]. Available from: https://docs.google.com/gview?url=http://\AAAAA/.adhdthailand.com/files_doc/Rวามซุกและ สาเหตุชองโรคสมาธิสั้น.pdf&chrome=true.
5. 4.Faraone **sv,** Biederman J, Lehman BK, Spencer T, Norman D, Seidman , Kraus I, Perrin J, Chen WJ, Tsuang MT. Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. J Abnorm Psychol 1993;102:616-23.
6. 5.Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADFID in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2000;9(3):541-55.
7. 6.Fischer M, Barkley RA, Fletcher KE, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993;32:324-32.
8. 7.Barkley RA. The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADFID children with their mothers. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27:336-41.
9. 8.Mannuzza ร, Klein RG, Bonagura N, Malloy p, Giampino TL, Addalli KA. Flyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 1991;48:77-83.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น

Development Model for Driving of Aging School in Khon Kaen Province

จิรประภา ศิริสูงเนิน[1] ,ดุษฎี อายุวัฒน์[2] ,ทองใส เอ่นหยอง[3]

Jiraprapa Sirisoongnern[1], Dusadee Ayuwat[2], Tongsai Enyong[3]

(Received: March 2 ,2019 ; Accepted: March 27 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 2) พัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และ 3) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น ประชากรเป้าหมายในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ จำนวน 4 พื้นที่ๆ ละ 50 คน จำนวน 200 คน และ 2) กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 4 พื้นที่ๆ ละ 30 คน จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และ 3) แนวทางการสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของเครือข่าย ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ ระหว่างเดือน เมษายน 2560 – กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ เครือข่ายมีสมรรถนะมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ โดยรูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การพัฒนารูปแบบ, โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

Abstract

This research and development study aimed to: 1) explore the driving situation of the aging school model; 2) develop the aging school model; and 3) examine the aging school model developed. Participants included: 1) 200 elderly people selected from four areas (50 persons per area); and 120 persons selected from the related networks driving the development model in four areas (30 persons per area). Data were collected by: 1) questionnaire linked to self-care behavior of the elderly; 2) questionnaire linked to competency of the related networks driving the model; and 3) interview guideline associated with the driving of the model of the networks. The research was conducted from April 2017 to September 2018. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and Paired Samples t-test, while qualitative data were analyzed by content analysis.

The results revealed that after the implement of the model, self-care behavior of the elderly and competency of the related networks had differently statistical significance (p-value=0.001) when comparing to before model implementation. In addition, after the implement of the model, self-care behavior of the elderly and competency of the related networks were higher than before model implementation. Regarding the developed model, there were four essential elements, including: 1) structure of the model; 2) way to develop networks' competency; 3) health care process of the elderly; and 4) monitoring and evaluation of the model.

Key words: elderly people, development of model, aging school

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

[2] อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางคำ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

เมื่อเปรียบเทียบปรากฏการณ์ในประเทศที่พัฒนาในสังคมโลก ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยที่ระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 14.0 ทั้งที่ประเทศอังกฤษและเวลส์ และใช้เวลานานถึง 107 ปี แต่ประเทศไทยใช้เวลา 30 ปี เท่านั้น ผลคือจะทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ.2498 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 (ปีพ.ศ. 2528) ร้อยละ 7.6 (ปีพ.ศ. 2538) ร้อยละ 9.3 (ปี พ.ศ.2543) และคาดว่าจะเป็นร้อยละ12 (ปี พ.ศ. 2528) ซึ่งตามเกณฑ์องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดว่าสังคมใดมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด[1] ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ”หรือ population ageing สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่อัตราการเกิดลดลง ในขณะอัตราการเสียชีวิตโดยรวมก็ลดลง[2]

รัฐบาลมีนโยบายการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงวัย ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา ด้วยกลยุทธ์ “เข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้” โครงการสำคัญโครงการหนึ่งที่ได้รับการส่งเสริม คือ โครงการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเชิงบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (CTOP) การพัฒนาศักยภาพชมรมภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุ และระบบการดูแลสุขภาพระยะยาว เป็นระบบที่ได้รับการส่งเสริมเพื่อให้สามารถรองรับกับประเด็นท้าทายทางสุขภาพอันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวนี้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการร่วมเป็นผู้ให้บริการ และร่วมจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนและพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว โดยมีองค์ประกอบการดำเนินงาน[3] ได้แก่ การมีข้อมูลผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC)[4] จนปัจจุบันมีการดำเนินงานการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเร่งให้เกิดการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวอย่างเป็นรูปธรรม โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย เป็นต้น เพื่อขับเคลื่อนครอบคลุมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม โดยส่งเสริมให้มีการดูแลระยะยาวทั้งในระดับท้องถิ่นและหน่วยงานกลางของรัฐ[5]

จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ เนื่องจาก จังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2559 ถึงปัจจุบัน แต่ยังพบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ เพียงร้อยละ 12.0 และยังไม่พบการศึกษาและพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบโดยตรงเลย[6] ซึ่งผลการศึกษาจะทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นองค์ประกอบและเงื่อนไขความสำเร็จพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่อาจจะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นเพื่อการสนับสนุนการตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development :R&D)[7] กำหนดขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ศึกษาสถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และศึกษาผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในจังหวัดขอนแก่น จากจำนวน 26 อำเภอ จำนวน 4 โซน ตามการแบ่งพื้นที่นิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาศัยอยู่บริเวณการคัดเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างในแต่ละโซนใน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอน้ำพอง ชนบท หนองเรือ และพล และสุ่ม 1 ตำบลต่อ 1 อำเภอ ได้จำนวน 4 ตำบล และเมื่อสุ่มตำบลได้แล้วจึงสุ่มจำนวนผู้สูงอายุตามสัดส่วนที่คำนวณได้จำนวน 1,228 คน โดยมีเกณฑ์คัดประชากรเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ อย่างน้อย 6 เดือน 2) สามารถสื่อความหมายหรืออ่านออกเขียนได้ และ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีที่ทราบขนาดประชากร[8]

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรที่ศึกษา

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรที่ใช้คำนวณขนาด

e = ความกระชับของการประมาณค่า (กำหนดให้ไม่เกิน 2% ของค่าเฉลี่ย)

ตัวแปรค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยรวม ได้จากการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย[9] พบค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยรวม เท่ากับ 3.18±0.52 ดังนั้น จึงได้ค่าความแปรปรวน คือ (0.51^2) โดยกำหนดค่าความกระชับ (e) ที่ 2% ได้จำนวนขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 4 ตำบลๆละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 200 คน

2. กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในพื้นที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 4 ตำบล ประกอบด้วย 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 4) ผู้ชุมชน และ 5) ผู้สูงอายุที่เป็นคณะทำงานในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ กลุ่มละ 6 คน รวม 30 คนต่อ 1 ตำบล รวมทั้งสิ้นจำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประยุกต์จากแนวคิดของ[10] มีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี และด้านจิตใจและอารมณ์

2. แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประยุกต์จากแนวคิด Seesad A. (2014) [11] มีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้ ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ด้านการประเมินผู้สูงอายุ ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และด้านการประสานงานกับสหวิชาชีพ

3. แนวทางการสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ทั้งนี้ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับประชากรกลุ่มที่ไม่ได้เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายโดย 1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) แบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.86 และ 0.88 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพควบคุมคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมมูลหลายๆ วิธี เช่น การสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มี

ส่วนร่วม และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล ใช้เวลาในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน 2560–กันยายน 2561

กระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: สถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ (ดำเนินการเดือน เมษายน 2560) มีกระบวนการดังนี้ 1) การทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 2) ก่อนพัฒนารูปแบบเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน ข้อมูลแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 120 คน และ สัมภาษณ์ตามแนวทางสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน และกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมจากประชากรเป้าหมาย

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ (ดำเนินการเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ของระยะที่ 1 นำเสนอในการประชุมกลุ่มของคณะทำงานตามแผนแม่บท (service plan) ซึ่งเป็นกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการวิจัย จำนวน 40 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ ซึ่งมีประเด็นดำเนินการต่อไป ดังนี้

2.1 ประชุมปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและทีมผู้บริหาร 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และ 2) ทีมผู้บริหารของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จำนวน 4 พื้นที่เป้าหมายในจังหวัดขอนแก่น

2.2 ประชุมระดมสมองร่วมกับผู้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ เพื่อร่วมกันกำหนด1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและ 4) การติดตามและประเมินผลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

2.3 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 4 อำเภอเป้าหมาย 120 คน ในเดือน พฤษภาคม 2560 จำนวน 2 วัน เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม พัฒนาหลักสูตรกิจกรรมการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

2.4 จัดประชุมกลุ่มย่อยในกลุ่มเครือข่ายในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบเป้าหมาย 4 พื้นที่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาคู่มือการดำเนินงานตำบล LTC อบรมพัฒนาศักยภาพ Care Manager ให้ได้ตามสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุ อบรมพัฒนาศักยภาพ Care Giver จัดทำแนวทางการดำเนินงานกองทุน LTC ให้กับ อปท. และหน่วยบริการสาธารณสุข และจัดทำแนวทางการดูแลการสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจร่างกายทั่วไป/ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/รักษา/ฟื้นฟูสุขภาพและการส่งต่อ การให้สุขศึกษา/สื่อสารความเสี่ยง/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามเยี่ยมบ้านและการวิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บป่วยเพื่อการเฝ้าระวังและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3: ผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ (ดำเนินการเดือน กรกฎาคม 2560 – มิถุนายน 2561) มีการนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย มีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ประกาศนโยบาย และประกาศใช้แนวทางการดูแลสุขภาพโดยใช้แนวคิดการขับเคลื่อนด้วยโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ และนำแนวปฏิบัติที่ได้ลงสู่การทดลองปฏิบัติ

3.2 อปท. เป้าหมาย ได้บรรจุแผนยุทธศาสตร์จัดทำแนวทางการดำเนินงานกองทุน LTC

3.3 การสะท้อนผลการปฏิบัติ และผลกระทบของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยการจัดประชุมวิพากษ์รูปแบบการดูแลร่วมกับทีมผู้ปฏิบัติและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และรับฟังปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินการทุก 2 เดือน

3.4 การประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (ดำเนินการ เดือน กรกฎาคม – กันยายน 2561) ประเมินผลหลังพัฒนารูปแบบ เก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน ข้อมูลแบบสอบถามสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จำนวน 120 คน และสัมภาษณ์ตามแนวทางสัมภาษณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบของผู้สูงอายุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์และสรุปผลการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired Samples t-test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและหลังเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้ดำเนินตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. สถานการณ์การขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ พบว่า ทั้ง 4 ตำบลเป้าหมายมีการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 แต่ทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทำให้มีขาดประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างกัน ขาดทักษะและความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสารระหว่างกันในการวางแผน การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล รวมถึงการติดตามเยี่ยมที่บ้านขาดความต่อเนื่องและล่าช้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความวิตกกังวลในการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้สูงอายุในการศึกษา จำนวน 200 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.0 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 66.0 การศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.5 มีรายได้ต่อเดือนระหว่างคือ 600-3,000 บาท ร้อยละ 79.0 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 54.0

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า มีระดับค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.9, S.D.=0.6) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ($\bar{X}$= 3.9, S.D.=0.9) รองลงมาคือ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X}$= 3.4 , S.D.=0.7) และด้านการพักผ่อน ($\bar{X}$= 3.1 , S.D.=0.6) ด้านการบริโภคอาหาร ($\bar{X}$= 2.9 , S.D.=0.4) ด้านจิตใจและอารมณ์ ($\bar{X}$= 2.8 , S.D.=0.3) และด้านการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =1.5 , S.D.=0.6) ตามลำดับ

ข้อมูลสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบโดยภาพรวม ก่อนพัฒนารูปแบบ พบว่า มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.9, S.D=0.4) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เป็นสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{X}$=4.4, S.D=0.4) รองลงมาได้แก่ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว ($\bar{X}$=4.2, S.D=0.4) ด้านการ

ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ($\bar{X}$ = 4.1, S.D.=0.5) ด้านการประเมินผู้สูงอายุ ($\bar{X}$=3.9 , S.D.=0.5) ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ($\bar{X}$=3.8 , S.D.=0.5) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ ($\bar{X}$=3.7 , S.D.=0.5) และด้านการประสานงานกับสหวิชาชีพ ($\bar{X}$=3.7 , S.D.=0.6) ตามลำดับ และส่วนด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.46, S.D=0.6)

ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลก่อนพัฒนารูปแบบ มาสรุปและสังเคราะห์เพื่อร่วมกันการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

พบว่า รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละเครือข่าย และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม และจัดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/รักษา/ฟื้นฟูสุขภาพและการส่งต่อ และมีเครือข่ายทีมทำงานในพื้นที่ ซึ่งมีหน้าที่คัดกรองผู้สุขภาพ และประเมินปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม โดยปฏิบัติตามแบบรายงานและแนวทางการดูแลต่างๆ ที่ร่วมกันสร้างขึ้น

การนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงไปทดลองใช้และปรับใช้ พบว่า หลังจากนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบปัญหาอุปสรรค คือ การสื่อสารตามแนวทางปฏิบัติไม่ตรงกัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่ได้ร่วมประชุมครบทุกคน ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามรูปแบบ การประเมินและการคัดกรองสุขภาพไม่ครอบคลุมและไม่ชัดเจน และต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน ส่วนในกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน Care Giver และ อปท. เห็นว่ายังขาดการสื่อสารพูดคุยกันกับการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทั้ง ๆ ที่สุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาของชุมชนและยังขาดความมั่นใจกับการเยี่ยมบ้านของแต่ละบทบาท อย่างไรก็ตามเห็นว่า ผู้สูงอายุมีความสำคัญเพราะพื้นที่ยังมีปัญหา และชุมชนมีความต้องการแก้ปัญหาทำให้ทีมงานมองเห็นผลด้านบวก คือมีการทำงานเป็นทีมและมีการประสานงานที่ดีขึ้น ทีมงานเครือข่ายมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้การดูแลเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ครบถ้วนและชัดเจนมากขึ้น

นอกจากนั้น มีการวางแผนการดำเนินงานล่วงหน้าและกำหนดกรอบเวลาชัดเจน ลดการทำงานซ้ำซ้อนในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในระยะนี้มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแล เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์เงื่อนไขปัจจัยที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกับการประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมเครือข่ายทำงาน ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยชี้แจงแนวทางปฏิบัติต่างๆ แก่ทีมเครือข่ายทำงานอีกครั้ง จัดทำคู่มือการใช้แนวทางปฏิบัติต่างๆ ให้มีความชัดเจนและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สั้นกระชับและเข้าใจง่าย และจัดทำเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติม และได้ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์ ที่ รพ.สต./อปท.และที่ทำการผู้นำชุมชน และสื่อสารทางเสียงตามสายภายในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังมีการพัฒนาประสานงานเชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม พัฒนาหลักสูตรกิจกรรมการเรียนการสอนโรงเรียนผู้สูงอายุ พัฒนาระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ และระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในพื้นที่

3. ผลการใช้รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

3.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.2± 2.4 (จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) และหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.1±2.28 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากขึ้น (ตาราง 1)

ตาราง 1 ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=200)

ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (20-30 คะแนน)	54	27.0	82	41.0
ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน)	94	47.0	85	42.5
ระดับน้อย (0-10 คะแนน)	52	26.0	33	10.0
คะแนนพฤติกรรม $\bar{X}$ (S.D.)	13.2 (2.4) คะแนน		19.1 (2.2) คะแนน	
Median (Min: Max)	13 (3 : 27) คะแนน		18 (6 : 30) คะแนน	

ด้านผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ13.2 หลังพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 19.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 5.9 (ตาราง 2)

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ (n=200)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ		$\bar{X}$	S.D.	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	t	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบ	200	13.2	2.4	5.9	0.81-1.25	12.8	199	0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	200	19.1	2.2					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 213.2 หลังพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 249.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบเครือข่ายมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 35.9

3.3 รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล สรุปได้ว่า รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและกลุ่มเครือข่ายในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ นอกจากนั้น มีการติดตามการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และมีการประเมินผลและคืนข้อมูลทั้งทางด้านผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมเครือข่ายทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ได้มีพื้นที่ที่ดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้นำรูปแบบและขยายผลจากการศึกษาไปใช้ครอบคลุมทั้ง 26 อำเภอ ในจังหวัดขอนแก่น

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dumrikarnlerd, Ludda (2012)[12] เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า กระบวนมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) แต่งตั้งกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับอำเภอ/ตำบล 2) ประชุมวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงาน 3) จัดทำแนวทาง/การส่งต่อ 4) การจัดประชุมชี้แจงแนวทาง 5) คัดกรอง ADL/ปัญหาโรคที่พบบ่อย/ Geriatric Syndrome 6) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุแยกรายกลุ่ม 7) ประเมินความต้องการตามจุดบริการที่จำเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อจัดดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยภาคีเครือข่าย 8) CM ออกเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแล 9) ประชุมวางแผนดูแลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแบบองค์รวม 10) ทีมภาคีเครือข่ายออกดำเนินการตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 11) จัดกิจกรรมสุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง และสุขสงบ 12) สร้างจิตอาสาในกลุ่มสังคม และ 13) ประชุมวิเคราะห์ผลและสะท้อนผล เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ผลดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Havanon, Napaporn, Teerawan (2019)[13] ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ในเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่พบว่า การจัดการดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง โดย care manager 1 คน ซึ่งมีบทบาทในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ได้แก่ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล case conference ประสานการปฏิบัติงานการดูแลตามแผนกับทีมสหวิชาชีพและบุคคลหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ควบคุมการทำงานของ care giver และประเมินผลตามแผนงานเพื่อปรับปรุงพัฒนาต่อไป ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพในระดับตำบล และระดับเครือข่ายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมความเอื้ออาทรและสมานฉันท์ สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ตลอดจนสนับสนุนพัฒนาอาชีพ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน นอกจากนั้น ยังสอดคล้องกับ Bootsara Keasisom (2017)[14] และ Sopawan Chuadee and other (2016)[15] ซึ่งพบว่า มีการมีส่วนร่วมในการใช้กระบวนการกลุ่มกับเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการช่วยกันกระตุ้นและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การได้พูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มและได้แลกเปลี่ยนเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้มั่นใจที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นลดการเกิดโรคต่างๆ ในอนาคต

รูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในการศึกษาครั้งนี้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุและกลุ่มเครือข่าย สามารถเป็นรูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก การดำเนินงานเป็นการมีส่วนร่วมทั้งระดับบุคคล องค์กร และชุมชน และเป็นการพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพทั้งตัวผู้สูงอายุและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของเครือข่าย 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนโยบาย จากผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรนำรูปแบบที่เกิดขึ้นปรับไปใช้ในและนอกพื้นที่ตามบริบทกับผู้สูงอายุ หรือบุคคลกลุ่มอื่นๆ เพื่อส่งเสริมและพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมกับบริบทและควรมีการพัฒนาระบบการนิเทศติดตาม และประเมินผลอย่างอยู่เสมอเพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

2. ด้านพัฒนา จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ไม่ได้แยกการวิเคราะห์ในแต่ละรายกลุ่ม และยังไม่นำครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามาศึกษา ดังนั้น ควรแยกการวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อพัฒนาสมรรถนะการดูแลสุขภาพให้เหมาะสม และควรพัฒนา

ศักยภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ เนื่องจากความใกล้ชิดและอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษา เพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามคุณภาพการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปี ซึ่งจะยืนยันคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 4 พื้นที่ ในจังหวัดขอนแก่น รวมทั้งประชากรเป้าหมายในการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S. et al. Projection of demand and expenditure for institutional long-term care in Thailand. Health care reform project: Thai European Cooperation for Health; 2009.
2. Chantarungsrikul, Warisa. Health Promoting Behaviors and Health Status of the Elderly in Nakhonsawan Province. Journal of Health Science Research; 2010:4(3):12-20.
3. Choorat, Wichan.et al. Factors Influencing the Risk of having Mental Health Problems of the Elderly. Thai Population Journal; 2012:1(3):87-109. (in Thai).
4. Department of Health Service Support Ministry of Public Health. Health Care Intergration of Aging. Nonthaburi: The War Veterans of Thailand; 2001. (in Thai).
5. Gray, Rossarin.et al. New Concept of Older Persons The Psycho-Social and Health Perspective. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2013. (in Thai).
6. Cohen.S ,Syme.S.L. Social support and health. San Francisco: Academic Press; 1985.
7. Borg WR, Gall MD. Educational Research: An Introduction (4 th Ed.).New York,Ny: Longman, Inc; 1983.
8. Dawson-saunderB, TrappRG. Basic&Biostatistics. 2nded.Norwalk, Connectient: Appleton&Lange; 1993.
9. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of The Thai Elderly. Nomthaburi; 2016. (in Thai).
10. Klumrat, Khwandao. et al. Causal Factors of Health Behavior of Elderly in Western Region of Thailand. Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University; 2013;3(2):93-104. (in Thai).
11. Seesad A. Components and Levels of Nurse Case Manager Competencies in Community Hospitals. Proceeding of Research Conference. Rajamangala University of Technology Tawan-ok. May 14-16; 2014.
12. Dumrikarnlerd, Ludda. Aging Care in Community Chapter 1 Situation and Demand of Aging Care in the Community. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2012. (in Thai).
13. Havanon, Napaporn, Teerawan. A New Agenda for Developing Houseing for Elderly in Thai Society. Bangkok: Faculty of Architecture Rajamangala University Technology Thanyaburi; 2009. (in Thai).
14. Bootsara Keasisom. The Result of Group Process to Elderly's Health Promotion Behavior in Thumbonklongchanoun Weingsa District Suratthani Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University Journal; 2017;5(2):177-193.
15. Sopawan Chuadee, Chatri Prachapiphat , Sarodh Pechmanee. The Effect of Social Support and Promoting Self-Esteem on the mental health of the elderly in Pang karn Sub-district, Phanom District, Surat Thani Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University Journal; 2016;4(1):67-82.

การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

The Development of Triage System in Emergency Department at Phon Hospital, Khon Kaen Province.

กงทอง ไพศาล[1]

Kongthong Paisarn[1].

(Received: March ถ ,2019 ; Accepted: March 29 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินจำนวน 21 คน และผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA) ของ Deming มาเป็นกรอบในการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed rank test และการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยก่อนและระหว่าง การพัฒนา ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

ผลการประเมิน พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ภายหลังการพัฒนาระบบการคัดกรองอยู่ในระดับมากและมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value = 0.0001 อัตราการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองของพยาบาลคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 98.24 อัตราการคัดกรองถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของพยาบาลคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 94.80 และส่วนใหญ่มีการคัดกรองเป็นระดับความรุนแรงมากกว่าปกติ(Over triage) คิดเป็นร้อยละ 76.47 ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ ระหว่างพัฒนามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value = 0.0001 ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในห้องฉุกเฉินก่อนและระหว่างมีการพัฒนาระบบคัดกรองไม่แตกต่างกัน และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ (4) การแก้ไข (Act) นำผลการประเมินต่างๆมาปรับปรุงแก้ไข ในการพัฒนาระบบการคัดกรองหลังทดลองใช้ จัดทำคู่มือ และเสนอผู้บริหารประกาศใช้คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินฉบับสมบูรณ์

คำสำคัญ : พัฒนา , ระบบคัดกรอง

Abstract

The purpose of this dependent study aimed to develop the triage system in Emergency Department at Phon Hospital. This study was conducted in Emergency Department with 16 nurses , 5 emergency medical technicians and patients . The conceptual framework of this study used PDCA cycle by Deming . The general data was analyzed by percentage, mean, standard deviation. The satisfaction level before and after implementation analyzed by Wilcoxon Matched Pairs Signed Rank Test and the waiting time analyzed by an Independent t-test .

The results of this study were found that: the satisfaction level of nurses and emergency medical technicians after triage system implementation was good, and significant higher than before (P=0.0001). Rate of implementation triage procedures of triage nurses was 98.24%. Rate of correct triage was 94.80 % and over triage was 76.47 %. The waiting time for the physical examination during triage system implementation was significantly shorter than before implementation (P=0.001). There was no significant difference between duration of time in emergency room of patient before and during development of triage system implementation. No incidence reported of triage patient in emergency department. Step 4 Act: Evaluation and improvement of the triage system, developed the proper triage system manual and approved by hospital board committees.

Keywords : Development , Triage system

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การคัดกรองผู้ป่วย(Triage) เป็นการซักประวัติและการตรวจอย่างรวดเร็วเพื่อคัดแยกผู้ป่วย ออกเป็นกลุ่มหรือประเภทตามลำดับความรุนแรง (ร้ายแรง) ของการเจ็บป่วยนั้น โดยระยะเวลา ในการทำการสัมภาษณ์และการประเมินทางกายภาพหรือการตรวจร่างกายเบื้องต้นนั้น ควรทำอย่างเหมาะสมและกระชับโดยใช้เวลาประมาณ 4-5 นาที[1] การคัดกรองมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงต้องอาศัยการคัดกรองและประเมินอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยที่สุดและผู้บาดเจ็บควรได้รับการตรวจประเมินซ้ำเป็นระยะ เพราะผู้บาดเจ็บอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงเช่น มีอาการแย่ลงหรือตรวจพบสิ่งที่ละเลยในการตรวจเบื้องต้น[2]

ซึ่งการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มคุณภาพของการบริการ ลดระยะเวลาการรอคอย และระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมดโดยเฉพาะผู้ป่วยหนักที่จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว และการคัดกรองที่มีการพัฒนาอย่างดีแล้วนั้นจะช่วยในการประเมินความเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วย การวางแผนและการให้บริการที่เหมาะสม และยังมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด[3] ในประเทศไทย ยังไม่มีระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่เป็นแบบแผนหรือมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ การปฏิบัติในโรงพยาบาลมีการคัดแยกผู้ป่วยโดยเกณฑ์การคัดแยกที่แตกต่างกันไป เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ใช้มาตรวัดความเฉียบพลันของแคนาดา โดยแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ[4]และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ใช้เครื่องมือการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 5 ระดับ (Khonkaen emergency severity index)[5]ส่วนโรงพยาบาลรามาธิบดี แบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ [6] ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังใช้การแบ่งระดับความรุนแรงผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ ตามข้อกำหนดมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยของสำนักการพยาบาล มีโรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่พัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ โรงพยาบาลกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์[7] และโรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด บางแห่งได้พัฒนาเครื่องมือในการแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล ได้ทำการศึกษาพัฒนาเครื่องมือการจำแนก ประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินปี 2553 โดยการจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น5 ระดับและได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจนถึงปัจจุบัน แต่ยังขาดการปรับปรุงและพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพตามตามมาตรฐาน โดยมีสถิติผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 165 ราย จำนวนผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวน 53,985 ราย 61,094 ราย และ60,146ราย ตามลำดับ และในการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ได้มาตรฐาน พบว่าในด้านมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน จากการตรวจเยี่ยมของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อรับรองคุณภาพในปี พ.ศ.. 2558 งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับข้อเสนอแนะให้พัฒนาเพิ่มเติมเรื่องการคัดกรองโดยทีม ควรนำการทบทวนเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยแรกรับให้มีความชัดเจน โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการรวมทั้งมีผลการตรวจประกอบการวินิจฉัยที่เพียงพอ (โดยเฉพาะนอกเวลาราชการในการประเมินที่สามารถระบุถึงระดับความรุนแรงที่สอดคล้องกับอาการ ความต้องการการติดตามประเมินซ้ำที่เหมาะสมและสามารถสื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินผู้ป่วยแรกรับได้ด้วยความเข้าใจที่ตรงกัน) [8]

จากการศึกษาสภาพการณ์ ในการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลที่ผ่านมา พบว่า ด้านผู้รับบริการ มีจำนวนผู้ป่วยมากทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยมาตามนัดที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนรถเข็นนอน ทัศนคติความเคยชินของผู้ป่วยต้องการตรวจอย่างรวดเร็วจึงเข้ามาห้องฉุกเฉินโดยไม่ผ่านจุดประชาสัมพันธ์ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมาด้วยอาการไม่เฉพาะเจาะจง เช่นปวดท้อง วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น ด้านผู้ให้บริการมี

พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยไม่ครบทุกเวรอย่างชัดเจน และพยาบาลมีการสับเปลี่ยนใหม่ยังไม่ผ่านการอบรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยทำให้ขาดความรู้และทักษะในการคัดกรอง การซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น กระบวนการคัดกรองการซักประวัติและการตรวจร่างกายและการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม ขาดการประเมินผู้ป่วยซ้ำตามระดับความรุนแรงขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงานในการคัดกรอง กระบวนการคัดกรองของพยาบาลห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอกไม่ตรงกัน การให้ข้อมูลขณะคัดกรองผู้ป่วยมีน้อย ไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง บางครั้งไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ระบบทางด่วนพิเศษ และบางครั้งอุปกรณ์ในการคัดกรองไม่เพียงพอ ขาดการปรับปรุงพัฒนาคู่มือปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย การแบ่งแยกพื้นที่รับผู้ป่วยหลังคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงไม่ชัดเจน กระบวนการในการคัดกรองทำภายในห้องฉุกเฉิน ขาดกระบวนการทบทวนแนวทางการคัดกรองและการทำความเข้าใจประเภทผู้ป่วยระหว่างแผนกร่วมกันระหว่างห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอก โดยปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบคือทำให้ผู้ป่วย มีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิต ได้รับการคัดกรองไม่ถูกต้อง ได้รับการเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอก บางครั้งเกิดการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินอาจจะมารับบริการก่อน แต่ได้รับการดูแลช้ากว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ทำให้การวินิจฉัย การช่วยเหลือล่าช้า และไม่ถูกต้องเจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เหนื่อยล้าเนื่องจากภาระงานมาก และเสี่ยงต่อการถูกผู้ป่วยและญาติร้องเรียน สำหรับหน่วยงานยังได้รับผลกระทบคือหน่วยงานขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ห้องฉุกเฉินแออัดขึ้น ระยะเวลาให้บริการผู้ป่วยแต่ละประเภทนาน การส่งต่อผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น หน่วยงานถูกร้องเรียน

ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบในการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล ให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ บุคลากรพยาบาล และทำให้เกิดคุณภาพการบริการที่ดีในหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลจังหวัดขอนแก่น ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ผู้ป่วยถูกคัดกรองเบื้องต้นโดยพยาบาลหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉิน จนกระทั่งออกจากห้องฉุกเฉิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินจำนวน 21 คน โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ ของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน

2. แบบบันทึก ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการในการคัดกรอง โดยใช้วิธีทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ”

2.2 แบบบันทึกระยะเวลาแต่ละขั้นตอนการให้บริการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งใช้แบบฟอร์มของโรงพยาบาลพล

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการคัดกรอง โดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงของโรงพยาบาลพล

3. คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล[9]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำร่างแบบสัมภาษณ์ ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) (CVI) ผลคะแนนค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.94 หาความเที่ยง โดยทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟราของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

แบบบันทึก โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำร่างแบบบันทึกให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) (CVI) ผลคะแนนค่า CVI เฉลี่ยเท่ากับ 0.96 หาความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) ทดลองสังเกตการปฏิบัติจำนวน 30 ครั้ง ซึ่งใช้ผู้สังเกต 2 คน สังเกตการปฏิบัติในผู้ปฏิบัติคนเดิม โดยผู้ทดลองสังเกตคือผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 3 คน สังเกตคู่กับผู้วิจัย คนละ 10 ครั้งแล้วมาหาค่าความเท่าเทียมของการสังเกต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98

คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้รงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง

วิธีดำเนินการศึกษา

ใช้หลักของ P-D-C-A ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) โดยสำรวจสถานการณ์ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 ศึกษาบริบท ปัญหา สถานการณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล โดยใช้กรอบแนวคิด The outcomes model for health care research

1.2 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.3 จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย ของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล

1.4 ผู้วิจัยนำเสนอแนวคิด การดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพลต่อคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล

1.5 ผู้วิจัยเขียนโครงการการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล

1.6 คณะกรรมการประชุมเพื่อปรึกษาหารือวางแผนการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการและจัดแบ่ง หน้าที่รับผิดชอบในการจัดอบรม

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) ในขั้นตอนนี้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ โครงการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จัดทำร่างการพัฒนาคู่มือการคัดกรอง แบบบันทึกการคัดกรอง แบบสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทาง/ขั้นตอนการคัดกรองและดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองตามแผนที่วางไว้ นิเทศติดตามการดำเนินงาน

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) ผู้วิจัยติดตามประเมินผล โดยประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วยก่อน และหลังมีการพัฒนาระบบ ประเมิน การปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรอง ประเมินการคัดกรองถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลคัดกรอง ประเมินระยะเวลารอคอย ผู้ป่วยก่อนและระหว่างการพัฒนาระบบการคัดกรอง และประเมินอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจขณะทำการพัฒนา และวิเคราะห์ข้อมูล

4. ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) หลังจากพัฒนาระบบการคัดกรอง ได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล เพื่อสรุปผลการพัฒนาระบบ

การคัดกรองผู้ป่วย และระดมสมองค้นหาปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงแก้ไข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ค่าการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนาระบบการคัดกรองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon matched pairs signed rank test สถิติทดสอบ Independent t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์และสรุปเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการรวบรวมเอกสารเพื่อดำเนินการยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับการรับรองวันที่ 15 กันยายน 2560 ชี้แจงรายละเอียดการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกระยะเวลา ให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลเข้าใจรายละเอียดต่างๆ ของแบบสัมภาษณ์ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ถือเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผย และผู้วิจัยได้ชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และสามารถแจ้งยกเลิกการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 21 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 16 คน เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 5 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.95 มีอายุอยู่ระหว่าง 36-42 ปี ร้อยละ 38.10 เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 76.19 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 10 ปีร้อยละ61.90 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 90.48 และได้รับการอบรม การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ร้อยละ 23.81

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของคะแนนความพึงพอใจ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วย งานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล ก่อนและหลังการพัฒนาระบบการคัดกรอง

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนาระบบ		หลังการพัฒนาระบบ		Mean Rank	P-value
	x	S.D.	x	S.D.		
ความพึงพอใจโดยรวม	27.82	6.91	56.76	3.89	9.00	0.000

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองจากการสังเกต ตั้งแต่วันที่ 1-31 มีนาคม 2561 จำนวน 507 ครั้ง พบว่ามีการปฏิบัติตามขั้นตอนเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 98.24 และไม่มีเหตุการณ์ ร้อยละ 0.39

3. ผลการประเมินการคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยจำนวน 983 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีการคัดกรองถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจำนวน 932 ราย (ร้อยละ 94.80) สำหรับผู้ป่วยที่คัดกรองไม่ถูกต้อง พบว่าส่วนใหญ่มีการคัดกรองเป็นระดับความรุนแรงมากกว่าปกติ (Over triage) จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 76.47)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของระยะเวลารอคอยและระยะเวลาอยู่ใน ห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินก่อนและระหว่างพัฒนาระบบการคัดกรอง

ระยะเวลา	กลุ่มก่อนการพัฒนา (N=756)		กลุ่มระหว่างการพัฒนา (N=983)		95%CI of the difference		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	Lower	Under		
เวลารอคอย	19.08	21.83	14.18	21.44	2.84	6.95	4.67	.000
เวลาอยู่ห้องฉุกเฉิน	71.69	59.21	71.88	71.34	-6.34	5.95	-.06	.951

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยและ ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินก่อนและระหว่างการพัฒนา พบว่า ระหว่างการพัฒนาระบบมีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยน้อยกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.0001 และระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบ และกลุ่มระหว่างมีการพัฒนาระบบไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล หลังการพัฒนาทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี พยาบาลมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดกรองเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลารอตรวจลดลง และไม่พบอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ เนื่องจาก มีการพัฒนา หลายด้าน สำหรับการนำเครื่องมือในการคัดกรองแบบ 5 ระดับ ของ Emergency severity index (ESI version[4]) มาใช้ เนื่องจากเครื่องมือคัดกรองใช้ระดับความเร่งด่วน ซึ่งไม่ต้องจำสภาวะ/โรคของผู้ป่วย มีความยืดหยุ่น มีความแม่นยำสูงมากกว่าเครื่องมือการคัดกรองแบบ 3 ระดับนอกจากนั้นการจัดให้มีขั้นตอนการคัดกรอง และควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การไหลเวียนผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น การจัดให้มีคู่มือการคัดกรองและระบบการคัดกรอง จะช่วยให้พยาบาลคัดกรองได้ทบทวนความรู้ เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ตรงกัน และยังช่วยลดความขัดแย้งจากการปฏิบัติที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นการเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาระบบคัดกรอง มีการประเมินผล และติดตามปัญหาอุปสรรค ในการพัฒนาระบบคัดกรอง และปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาดังที่กล่าวมาแล้วทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ ทัพโพธิ์ (2553)[10] ซึ่งมีการพัฒนาในเรื่องของมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วย

2. ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน พบว่าค่าเฉลี่ย ของระดับความพึงพอใจภายหลังการพัฒนา มีค่าสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินได้มีส่วนร่วมตั้งแต่การระดมสมองเพื่อค้นหาปัญหา การวางแผนและดำเนินการ รวมทั้งการได้ร่วมประเมินผล ร่วมออกความคิดเห็นในการปรับปรุงระบบทำให้ภายหลังการพัฒนาระบบโดยภาพรวมมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

3. ผลการปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการคัดกรอง พบว่า มีการปฏิบัติตามขั้นตอนเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 98.24 เนื่องจากการปฏิบัติตามขั้นตอนเป็นสิ่งที่ผู้คัดกรองสามารถปฏิบัติได้ง่าย มีคู่มือ แนวทางในการปฏิบัติ มีอุปกรณ์เพียงพอ จุดคัดกรองอยู่บริเวณที่ผู้ป่วยมาถึงครั้งแรกบริเวณด้านหน้าห้องฉุกเฉิน ดังผลการศึกษาของ ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์(2552)[11] ได้ศึกษาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินของแพทย์และพยาบาล พบว่าแพทย์และพยาบาลมีการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิก คิดเป็นร้อยละ 80-100 ในกิจกรรมหลักในห้องฉุกเฉินและ

กิจกรรมในส่วนที่พยาบาลที่จุดคัดกรองสามารถปฏิบัติได้ทันที มีไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนคิดเป็นร้อยละ 1.36 เนื่องจากพยาบาลคัดกรองให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ไม่กล้าให้ข้อมูลระดับความรุนแรง และเวลารอคอยตรวจ แก่ผู้ป่วยหรือ ญาติ รีบเร่งในการคัดกรองผู้ป่วยรายต่อไป ทำให้ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลที่จุดรักษา ซึ่งได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สำหรับการให้การพยาบาลให้พิจารณาเป็นรายกิจกรรม

4. การประเมินความถูกต้องของการคัดกรองตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลมีการคัดกรองถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 94.8 เนื่องจากการมีคู่มือปฏิบัติที่ชัดเจน มีเครื่องมือในการคัดกรองที่แม่นยำ พยาบาลคัดกรองได้รับความรู้ ได้ฝึกปฏิบัติในการคัดกรอง และการปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง ทำให้ส่วนใหญ่พยาบาลมีการคัดกรองถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ สุดาพรรณ ธัญจิรา (2541)[12] ได้ศึกษาถึงประสิทธิภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยพยาบาลจำแนกในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน พบว่ามีการประเมินตรงตามเกณฑ์จำแนกคิดเป็นร้อยละ74.3

5. ผลการเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยก่อนและระหว่างการพัฒนาระบบ

5.1 ระยะเวลารอคอยและระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน ก่อนการพัฒนาระบบการคัดกรอง พบว่าระยะเวลารอคอยตรวจในผู้ป่วยฉุกเฉินมากมีค่าน้อยที่สุดรองลงมาคือ ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมาก จะได้รับการตรวจเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยเป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วย ส่วนระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงมากที่สุดใช้ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมาก ต้องทำหัตถการช่วยชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยที่สุด

5.2 ระยะเวลารอคอยและระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินระหว่างการพัฒนาระบบการคัดกรอง ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลารอคอยตรวจในผู้ป่วยวิกฤติ(ระดับ1) มีค่าน้อยที่สุด รองลงมาคือฉุกเฉินมาก(ระดับ 2) ฉุกเฉิน (ระดับ 3) กึ่งฉุกเฉิน (ระดับ 4) และไม่ฉุกเฉิน(ระดับ 5) ตามลำดับ เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์ (2552)[11] พบว่าภายหลังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการคัดกรอง ทำให้มีเกณฑ์ที่ละเอียด พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดระดับความรุนแรงได้ละเอียดและรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากได้รับการช่วยเหลือได้เร็วขึ้น ส่วนระยะเวลาทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน ในผู้ป่วยระดับ 5 น้อยที่สุด รองลงมา คือระดับ 4 ระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ตามลำดับ เนื่องจากในผู้ป่วยที่ความรุนแรงระดับ 1 และ2 จะเป็นผู้ป่วยที่ต้องทำการช่วยชีวิต แก้ไขภาวะวิกฤตต่างๆ จึงใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานที่สุด

6. ระยะเวลารอคอยตรวจในผู้ป่วยแต่ละระดับก่อนการพัฒนาระบบคัดกรอง มีค่ามากกว่าระหว่างการพัฒนาระบบการคัดกรอง เนื่องจากก่อนการพัฒนาระบบจุดคัดกรองแคบ ไม่มีพยาบาลคัดกรองตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีการจัดลำดับขั้นตอนในการคัดกรอง ผู้ป่วยจึงเข้ามาแออัดในห้องฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถจัดระดับความรุนแรงในการตรวจได้อย่างถูกต้อง

6.1 ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ ระหว่างพัฒนาระบบ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยน้อยกว่าก่อนพัฒนาระบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากขั้นตอนคัดกรองมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาคุณภาพในการทำงานและปรับปรุงแก้ไขระบบให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ดังการศึกษาของ ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์ (2552)[11] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก พบว่าระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินลดลงกว่ากลุ่มมาใช้บริการก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .01)

6.2 ระยะเวลาทั้งหมดที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน กลุ่มก่อนและระหว่างพัฒนาระบบไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์ (2552)[11] พบว่าระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินกับกลุ่มมาใช้บริการก่อนมีการ

ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกไม่แตกต่างกันเนื่องจากมีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในระยะเวลาสั้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

1. สามารถนำเอากระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพในงานอื่นๆได้

2. เครื่องมือการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแบบ 5 ระดับของสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index) ผ่านการตรวจสอบว่ามีความแม่นยำสูงในการใช้แล้ว สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆได้ ให้เข้ากับบริบท

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่าง แพทย์และพยาบาล ว่ามีการจัดระดับความรุนแรงได้ตรงกันหรือไม่

2. ควรศึกษา การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในระดับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาทั้งระบบและการใช้เครื่องมือการคัดกรองที่เป็นรูปแบบเดียวกัน

3. ควรศึกษาเพื่อขยายผลเครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบ 5 ระดับไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและปรับให้เข้ากับบริบทเพื่อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

4. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ ผู้บริหารสูงสุดในการพัฒนาระบบคัดกรอง เนื่องจากมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความ สำเร็จในการพัฒนาดังกล่าว และควรกำหนดเป็นนโยบายในการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. ยุวเรศ สิทธิชาญบัญชา. **ทำอย่างไรให้แผนกฉุกเฉินดีขึ้น.** กรุงเทพฯ: N P Limited Partnership. 2550.

2. นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์. **Initial Assessment and Management. การดูแลผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินขั้นสูง.**พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น. 2553.

3. ยุวเรศ สิทธิชาญบัญชา. การทบทวนความสอดคล้องและประสิทธิผลของการคัดแยกผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้อง ฉุกเฉิน โรงพยาบาล. **ธรรมศาสตร์เวชสาร**, 7 (1), 23-30. 2550.

4. ภุมรินทร์ แซ่ลิ้ม, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวี. การคัดกรองผู้ป่วยด้วยเกณฑ์คัดแยกและมาตรความเฉียบพลันแคนาดา ในแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลานครินทร์: การศึกษานำร่อง. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 28 (4), 205-211. 2553.

5. ณฤดี เย็นเสนาะ. **Khonkaen Emergency Severity Index.** (ไม่ได้ตีพิมพ์). ขอนแก่น: กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น. 2552.

6. สุดาพรรณ ธัญจิรา. ประสิทธิภาพการจำแนกประเภทผู้ป่วยพยาบาลจำแนกในหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**, 4 (2), 133-143. 2541.

7. ดวงแก้ว ชื่นวัฒนา. **การสร้างมาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วย งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546.

8. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **มาตรฐาน HA ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ60 ปีฉบับปรับปรุง : กระบวนการดูแลสุขภาพตอนที่ 3**. นนทบุรี สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน). 2558.

9. โรงพยาบาลพล. **คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล.** (เอกสารอัดสำเนา). 2558

10. สุภารัตน์ ทัพโพธิ์.**การพัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด.**รายงานการศึกษา อิสระปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.

11. ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์. **การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพะเยา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.

12. สุดาพรรณ ธัญจิรา. พยาบาลจำแนกกับการบริการของหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**, 4 (3), 282-288. 2541.

รูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จังหวัดลำปาง

A Partnership – Based Model of Effective Primary Care Cluster Health Service, Lampang.

ศรีสอางค์ วรรณกูล[1] , ถาวร ล่อกา[2],

Srisaang wannakool[1], Thaworn Lorga[2]

(Received: January 21 ,2019 ; Accepted: March 3 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวจังหวัดลำปาง การวิจัยประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สถานการณ์ จากนั้นพัฒนาและนำแผนงานโครงการสุขภาพครอบครัวสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากนั้น 1 ปี ผู้วิจัยได้จัดทำกลุ่มสนทนาเพื่อค้นหาแนวปฏิบัติที่ดีและสังเคราะห์รูปแบบเชิงหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบเชิงคุณภาพนี้ มีองค์ประกอบทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ ผลต่อผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) ความผูกพันต่อองค์กร (Staff belongingness) ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) และการรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) โครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) และการสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) ผู้วิจัยได้จัดทำกรอบแนวคิด สำหรับการสำรวจเชิงปริมาณกับบุคลากรสุขภาพจำนวน 302 คน และหุ้นส่วนจำนวน 1,015 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสมการโครงสร้างเพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงานบริการสุขภาพครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Service Performance) นั้นได้รับอิทธิพลทางตรงอย่างมากจาก การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) และการสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) โดย การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) นั้นทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลางถ่ายทอดอิทธิพลของ 3 ปัจจัยหลัก คือ ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness), การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) และ โครงสร้างของหุ้นส่วน (Partnership Structure)

คำสำคัญ: คลินิกหมอครอบครัว , สุขภาพครอบครัว, หุ้นส่วน, การพัฒนารูปแบบ

Abstract

This research and development was to develop a partnership-based model of effective primary care cluster health service, Lampang. The research was comprised of five phases. We conducted a situational analysis and subsequently developed and implemented family health programmes in sub-district health promoting hospitals. One year later, we conducted a focus group to elicit good practices and synthesised a qualitative model of partnership of effective primary care cluster health services. The model consisted of eight aspects, staff belongingness, staff competence, staff sensitivity, partnership structure, partner engagement, resource mobilisation, strategic health service management, and health service performance. Based on this qualitative model, we identified a conceptual framework for a quantitative survey with 302 health professionals and 1,015 partnerships. A structural equation modelling was used to identify factors affecting family health service performance.

The results showed that staff belongingness, staff sensitivity and partnership structure had indirect effects on health service performance whereas strategic health service management functioned as a moderator. Partner engagement had a direct effect on health service performance. Finally, we recommended a practice model of partnership-based model for primary care cluster health services.

Keywords: Primary care cluster, family health, partnership, model development

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

บทนำ

คนไทยยังประสบกับปัญหาด้านสุขภาพ สาเหตุสำคัญเกิดจากโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงรวมถึงภัยสุขภาพ ที่ส่งผลให้ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ดังนั้นทิศทางการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจที่จะทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น และมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นด้วยเพื่อให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 85 ปี ภายในระยะ 20 ปี จึงต้องมุ่งลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Premature Mortality) ซึ่งมาจาก 2 สาเหตุหลัก คือ การชีวิตจากสาเหตุภายนอก (External Causes) ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Diseases) (แผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)) นอกจากการมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงและการเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องมุ่งส่งเสริมสุขภาพของคนไทยอีกด้วย จึงจะทำให้อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนซึ่งถ้าหากสามารถดูแลให้มีสุขภาพที่ดีตั้งแต่แรกจะทำให้ประชาชนมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นตามมาโดยมีนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นการจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐานให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวหรือระบบบริการสุขภาพครอบครัว ในการดูแลทุกช่วงวัยจนถึงวัยผู้สูงอายุ จนเสียชีวิต[1,2,3,4]

ระบบบริการสุขภาพครอบครัว[5,6] เป็นการดูแลที่บ้านและที่ชุมชนโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย(หุ้นส่วน) [7] ที่มีอยู่ในพื้นที่ ร่วมทำงานระหว่างกันภายในทีมระดับเดียวกันและเชื่อมโยงการประสานงาน มีการส่งต่อระหว่างทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัดให้มีศักยภาพสูงขึ้น เพื่อให้การดูแลสุขภาพทั้งรักษาส่งเสริมป้องกัน บรรเทาทุกข์ ตลอดจนถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว[8] และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและเสมอภาค

การดำเนินงานเชิงหุ้นส่วน (Partnership Working)[7] เป็นกลไกที่สำคัญที่จะต้องใช้การมีส่วนร่วม มีระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่องมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกันอย่างสูงสุดจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับหุ้นส่วนที่มีความสำคัญ ต่อการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพครอบครัว มี 3 รูปแบบ คือ 1.) การสร้างเครือข่าย (Networking)ระบบบริการสุขภาพครอบครัวเป็นระบบบริการที่ดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมหมอครอบครัวที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมงานจากโรงพยาบาลบูรณาการการทำงานกับทีมหมออนามัย โดยการสร้างเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญในระบบ 2.)ระบบการส่งต่อ (referral system) เป็นระบบที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ให้การดูแล ให้คำปรึกษาเรื่องต่าง ๆ ทุกกลุ่มอายุทุกกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ช่วยให้คำแนะนำ ในการตัดสินใจในการเข้ารับการบริการทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอื่น ๆช่วยเชื่อมประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทางเพื่อประสิทธิภาพและผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย[9] 3.) การบูรณาการ (Integration): การบริการในคลินิกหมอครอบครัวต้องยึดหลักให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ให้บริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องโดยการทำงานเป็นเครือข่ายให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมเชื่อมโยงกับบริการเฉพาะ Service plan ในแต่ละสาขา และเชื่อมโยงกับการจัดบริการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตอบสนองการให้บริการพยาบาลทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งพบว่าในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลการทำงานเชิงหุ้นส่วนกับ

บริการสุขภาพครอบครัวที่มีประสิทธิผล จึงได้ดำเนินการจัดทำงานวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. การศึกษารูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดลำปาง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดลำปาง

วิธีการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เกี่ยวกับ แนวคิด นโยบาย การจัดบริการสุขภาพครอบครัว โดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2557-2558 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ระยะที่ 2 การใช้ผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับแนวคิด นโยบาย การจัดบริการสุขภาพครอบครัว ไปจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพครอบครัว จังหวัดลำปางในปีงบประมาณ 2559-2560โดยระยะที่ 2 นี้ แหล่งข้อมูลที่ใช้คือ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2559-2560 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

ระยะที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อถอดบทเรียนทบทวนและวิเคราะห์หาปัญหาและสิ่งที่ควรจะต้องพัฒนาในการจัดบริการสุขภาพครอบครัว จังหวัดลำปางโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในพื้นที่ที่จัดบริการสุขภาพครอบครับและได้รับการเสนอชื่อว่ามีการปฏิบัติที่ดี ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 15แห่งๆ ละ 1คน รวมทั้งหมด 15 คน

ระยะที่ 4 การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์หารูปแบบสมการโครงสร้างที่มีประสิทธิผล ต่อการดำเนินงานของการจัดบริการสุขภาพครอบครัว ในเชิงสถิติโดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง (Structural equation model)เพื่ออธิบายการดำเนินงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างองค์กรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย ในการจัดบริการสุขภาพครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามในบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 302 คน และ หุ้นส่วน จำนวน 1,015 คน

ระยะที่ 5 จัดทำรูปแบบ เชิงปฏิบัติการ ในการดำเนินงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และหุ้นส่วน ในการจัดบริการสุขภาพครอบครัว มีการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานเชิงหุ้นส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ ในจังหวัดลำปาง รวมทั้งกำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่จะใช้รูปแบบระบบบริการสุขภาพครอบครัว คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งหมด 15 คน

ระยะเวลาศึกษา

ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน มิถุนายน2561-มีนาคม2562 รวมเป็นเวลา 10 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับ แนวคิด นโยบาย การจัดบริการสุขภาพครอบครัว และการจัดบริการสุขภาพครอบครัว จังหวัดลำปาง ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2

2.แนวทางการสนทนากลุ่ม(Focus group) เกี่ยวกับการวิเคราะห์หาปัญหาและสิ่งที่ควรจะต้องพัฒนาในการจัดบริการสุขภาพครอบครัว ในการศึกษาระยะที่ 3 และการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบระบบบริการครอบครัวไปใช้ ในการศึกษาระยะที่ 5

3.แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน และผลงานการจัดบริการสุขภาพครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการศึกษาระยะที่ 4

4. แบบสอบถาม ความคิดเห็นการปฏิบัติ การจัดบริการสุขภาพครอบครัวเชิงหุ้นส่วน ความพึงพอใจของบุคคลากร และหุ้นส่วน ในการศึกษาระยะที่ 4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจความสัมพันธ์เชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ราย แล้วนำผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าเฉลี่ย เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ใช้

สูตร Index of Concordance ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองคุณภาพของแบบสอบถาม ในกลุ่มบุคคลที่ไม่ใช่กลุ่มประชากร (Try out)ได้แก่ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 30 คน แล้วนำคำตอบมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96 และปรับแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ในการหาค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ตามหลักเกณฑ์ของเบสท์และคาห์น[10] โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 5=มากที่สุด และ 1=น้อยที่สุด ตามลาดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยเชื่อมโยงของความพึงพอใจที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน (inferential statistic) เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model : SEM) และหาเส้นทางความสัมพันธ์โดยใช้โปรแกรม Smart PLS Version : 2.0.M3 [11]

ผลการวิจัย

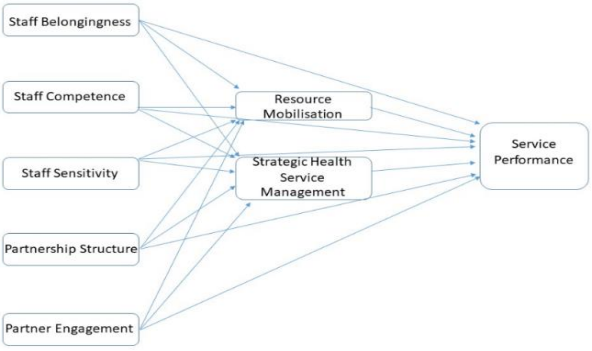
1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เกี่ยวกับ แนวคิด นโยบาย การจัดบริการสุขภาพครอบครัว ช่วงปีงบประมาณ 2557-2558 พบว่า มีนโยบายที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพครอบครัวตามนโยบายและประเด็นยุทธศาสตร์ รวมถึงตัวชี้วัดระดับประเทศ เขต และจังหวัด มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง และมีการพัฒนาสุขภาพที่เป็นประเด็นเน้นหนัก ได้แก่ ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยได้มีแผนงานโครงการในการเสริมสร้างการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยตามสภาพปัญหาในพื้นที่รวมทั้งหมด 41 โครงการ ได้แก่ 1) กลุ่มเด็กปฐมวัยและสตรีมีครรภ์ แก้ไขปัญหาการเสียชีวิตของมารดาจำนวน 4 โครงการคิดเป็นร้อยละ 9.76 และปัญหาพัฒนาการเด็กปกติลดลงจำนวน 7 โครงการคิดเป็นร้อยละ 17.07 2) กลุ่มเด็กวัยเรียน แก้ไขปัญหาเด็กนักเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนจำนวน 8 โครงการคิดเป็นร้อยละ 19.51 3) กลุ่มวัยรุ่น แก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นจำนวน 7 โครงการคิดเป็นร้อยละ 17.07 4) กลุ่มวัยทำงานแก้ไขปัญหาป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 โครงการคิดเป็นร้อยละ 17.07 และ5) กลุ่มผู้สูงอายุ แก้ไขปัญหา ลดมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจำนวน 8 โครงการคิดเป็นร้อยละ 19.51[12]

2. การวิเคราะห์ปัจจัยและความเชื่อมโยงในการจัดบริการสุขภาพครอบครัว จังหวัดลำปาง จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) คือ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) และการระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ความผูกพันต่อองค์กร (Staff belongingness) ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) และการรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) 2) ปัจจัยด้านหุ้นส่วน ได้แก่ โครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) และการสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) ซึ่งสามารถสรุปได้ตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1

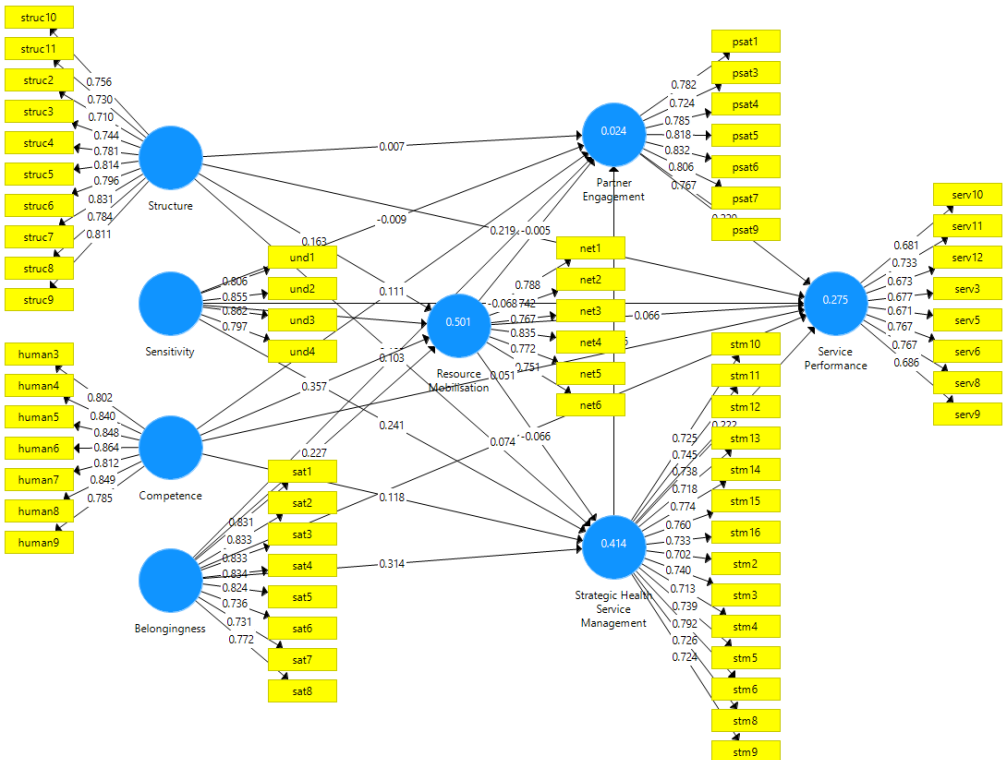
หลังจากที่ได้รูปแบบ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ นี้ในการวิเคราะห์แบบสมการโครงสร้าง ในการวิจัยในระยะที่ 3 (ภาพประกอบ 2)



ภาพประกอบ 2

3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสมการโครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม Smart PLS 2.0 M3

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบสมการโครงสร้าง (structural equation model) ทุกตัวแปร พบว่า ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Service Performance) นั้นได้รับอิทธิพลทางตรงอย่างมากที่สุดจาก การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.218 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.414 และการสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.214 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.024 โดย การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) นั้นทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลางถ่ายทอดอิทธิพลของ 3 ปัจจัยหลัก คือ ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.314 และมีค่า R^2 เท่ากับ.0.414, การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.241 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.024.และ โครงสร้างของหุ้นส่วน (Partnership Structure) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.183 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.024 นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) ประกอบไปด้วย ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.231 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.501., ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.35 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.501 และโครงสร้างของหุ้นส่วน (Partnership Structure) โดยมีสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.164 และมีค่า R^2 เท่ากับ 0.501 (ภาพประกอบ 3)



ภาพประกอบ 3 ผลการวิเคราะห์ตัวแบบสมการโครงสร้าง ที่มา : ผลลัพธ์จากโปรแกรม Smart PLS 2.0 M3

ตาราง 1 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	สัมประสิทธิ์เส้นทาง	t-stat	สรุปผล
H1 : Staff Belongingness มีอิทธิพลต่อ Service Performance	0.065	1.007	ไม่สนับสนุน
H2 : Staff Belongingness มีอิทธิพลต่อ Resource Mobilisation	0.231	4.553***	สนับสนุน
H3 : Staff Belongingness มีอิทธิพลต่อ Strategic Health Service Management	0.314	5.896***	สนับสนุน
H4 : Staff Competence มีอิทธิพลต่อ Service Performance	0.048	0.515	ไม่สนับสนุน
H5 : Staff Competence มีอิทธิพลต่อ Resource Mobilisation	0.035	6.124***	สนับสนุน
H6 : Staff Competence มีอิทธิพลต่อ Strategic Health Service Management	0.118	1.789	ไม่สนับสนุน
H7 : Staff Sensitivity มีอิทธิพลต่อ Health Service Performance	0.068	0.875	ไม่สนับสนุน
H8 : Staff Sensitivity มีอิทธิพลต่อ Resource Mobilisation	0.123	1.824	ไม่สนับสนุน
H9 : Staff Sensitivity มีอิทธิพลต่อ Strategic Health Service Management	0.241	3.021***	สนับสนุน
H10 : Partnership Structure มีอิทธิพลต่อ Health Service Performance	0.182	1.879	ไม่สนับสนุน
H11 : Partnership Structure มีอิทธิพลต่อ Resource Mobilisation	0.164	2.149***	สนับสนุน
H12 : Partnership Structure มีอิทธิพลต่อ Strategic Health Service Management	0.183	2.274***	สนับสนุน
H13 : Partner Engagement มีอิทธิพลต่อ Health Service Performance	0.214	3.177***	สนับสนุน
H14 : Resource Mobilisation มีอิทธิพลต่อ Health Service Performance	0.063	0.924	ไม่สนับสนุน
H15 : Strategic Health Service Management มีอิทธิพลต่อ Health Service Performance	0.218	3.432***	สนับสนุน

หมายเหตุ : t-stat 1.96 แสดงว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ผลการทดสอบสมมติฐานในการวิเคราะห์อิทธิพลในด้านต่าง ๆ สามารถอ่านผลได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.065 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 2 ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.231 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) มีอิทธิพลต่อ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.314 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 4 ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.048 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 5 ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource

Mobilisation)พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.035 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 6 ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) มีอิทธิพลต่อ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.118 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 7 การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.068 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 8 การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation)พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.123 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 9 การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) มีอิทธิพลต่อ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.241 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 10 โครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.182 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 11 โครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.164 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 12 โครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) มีอิทธิพลต่อ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.183 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 13 การสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.214 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 14 การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.063 และไม่สนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สมมติฐานที่ 15 การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง เท่ากับ 0.218 และสนับสนุนตามสมมติฐาน ณ ระดับนัยสำคัญ ที่ 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่าความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) มีความสอดคล้องกับสมศักดิ์ ปิดตานัง (2555)[13] ที่ศึกษาถึงความผูกพันขององค์กรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน พบว่าการปฏิบัติงานร่วมกันประกอบด้วยการจัดตั้งทีม การระดมความคิดเห็น การวางบรรทัดฐาน และความสำเร็จในการทำงาน ซึ่งเป็นการระดมทรัพยากรนั่นเอง ส่วนการศึกษาของมธุรส วิไลลักษณ์ (2558)[14] ที่ศึกษาถึงวัฒนธรรมองค์กร การทำงานร่วมกันเป็นทีม และการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อความผูกพันของพนักงานระดับปฏิบัติการ กรณีศึกษา เขตบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ พบว่าปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อระดับความผูกพันต่อองค์กรพบว่าตัวแปรด้านวิสัยทัศน์และความเข้าใจในองค์กร ตัวแปรด้านการระดมความคิดเห็น ตัวแปรด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน และตัวแปรด้านประสิทธิภาพในการสื่อสารในองค์กร มีอิทธิพลทางบวกต่อระดับความผูกพันต่อองค์กร

ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness) มีอิทธิพลต่อ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ

(Strategic Health Service Management) สอดคล้องกับ ภัทรลภา ลิ้มกิติศุภสิน ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลพบว่าการส่งเสริมความผูกพันต่อองค์กรให้สูงขึ้นควรเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของบุคลากรมากขึ้นทั้งในด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ

ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง ดังที่สมศักดิ์ เอี่ยมดี และคณะ (2556)[15] ศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา พบว่ามีการจัดการเครือข่ายการเรียนรู้ ได้แก่ คน ความรู้ ทรัพยากร ศักยภาพเครือข่ายขึ้นอยู่กับผู้นำ

การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) มีอิทธิพลต่อ การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) ดังที่ปริญญา หรุ่นโพธิ์ (2560)[16] ศึกษา บทบาทและคุณลักษณะของฝ่ายทรัพยากรบุคคลมุ่งสู่การเป็นหุ้นส่วนทางกลยุทธ์ พบ การเป็นหุ้นส่วนทางกลยุทธ์ของฝ่ายทรัพยากรบุคคลประกอบด้วย 4 บทบาท คือ 1) บทบาทการเป็นหุ้นส่วนทางกลยุทธ์ (Strategic Partner) 2) บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) 2) บทบาทการเป็นผู้เชี่ยวชาญงานบริหาร (Administrative Experts) และ 4) บทบาทการเป็นผู้ชนะใจพนักงาน (Employee Champion) ซึ่งทั้งสี่บทบาทจะก่อให้เกิดการเป็นหุ้นส่วนทางยุทธศาสตร์ขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนโครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) มีอิทธิพลต่อ การระดมทรัพยากร (Resource Mobilisation) และโครงสร้างเชิงหุ้นส่วน (Partnership Structure) มีอิทธิพลต่อการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) ตามที่ระพีพร คณะพล (2562)[17] ศึกษาหุ้นส่วนทางการบริหารท้องถิ่น :บทบาททางสังคมกับการเสริมสร้างชุมชนสันติสุขพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสร้างความรู้สึกให้ประชาชนเกิดความรู้สึกว่าตนเป็น “หุ้นส่วนทางการบริหารงานท้องถิ่น” “ตนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” เมื่อสามารถทำให้ประชาชนมีความรู้สึกว่าตนเป็น “หุ้นส่วน” ของท้องถิ่นได้แล้ว การเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงานต่างๆ ของท้องถิ่นก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเต็มใจ

การสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) ดังที่ขวัญตา บุญวาศ (2562)[18] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพควรนำปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม มาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมที่ต้องมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมให้น้อยลง

การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) มีอิทธิพลต่อ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Health Service Performance) ดังที่สุขุมาล พัฒนเศรษฐานนท์ (2562)[19] ได้ศึกษาวิจัยประเมินผลการจัดการกลยุทธ์ กรอบงาน(Blueprint for change) ทศวรรษพัฒนาคุณภาพบริการ(ปี 2550-2559) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์พันธกิจ เมืองไทยแข็งแรงเขตสุขภาพที่ 9 (ปี 2550-2572) พบว่า การใช้กระบวนการจัดการเชิงกลยุทธโดยการวิจัยสามารถอธิบาย ความเชื่อมโยง ผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และงานเกี่ยวข้อง ได้ครอบคลุมเป็นระบบ ซึ่งควรปรับปรุงพัฒนา การจัดท าCare plan ,หลักสูตรและบทบาท CM, CG.ให้สอดคล้องแนวโน้ม ต่อไป

ผลการวิเคราะห์เชิงโครงสร้างพบว่าปัจจัยผลลัพธ์คือ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัว (Service Performance) นั้นได้รับอิทธิพลทางตรงอย่างมากจาก การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) และการสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน (Partner Engagement) โดย การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ (Strategic Health Service Management) นั้นทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลางถ่ายทอดอิทธิพลของ 3 ปัจจัยหลัก คือ ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness), การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) และ โครงสร้างของหุ้นส่วน (Partnership Structure) นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ การระดมทรัพยากร

(Resource Mobilisation) ประกอบไปด้วย ความผูกพันต่อองค์กร (Staff Belongingness), ศักยภาพของบุคลากร (Staff Competence) และ โครงสร้างของหุ้นส่วน (Partnership Structure) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความผูกพันต่อองค์กร จะทำให้บุคลากรมีความตั้งใจ สนใจ และใส่ใจ ในการพัฒนางานขององค์กรให้ดีขึ้น แม้จะอยู่ภายใต้ภาวะการขาดแคลนของทรัพยากร ก็ไม่ก่อให้เกิดความท้อถอยในการจะแสวงหาทรัพยากรจากหุ้นส่วน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจต่อบริบทวัฒนธรรม และการทำงานของหุ้นส่วน นอกจากนี้การมีโครงสร้างการทำงานของหุ้นส่วนที่ชัดเจน ทำให้บุคลากร รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองและหุ้นส่วน ทั้งในเรื่องการจัดบริการและจัดสรรทรัพยากรเพื่อดูแลประชาชนในความรับผิดชอบ

จากผลการวิจัยดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้เสนอแนวทางการจัดทำรูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการบริการสุขภาพครอบครัวแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์สู่การปฏิบัติดังนี้

1. จัดบริการสุขภาพครอบครัวโดยใช้แนวคิดการบริหารเชิงกลยุทธ์ (Strategic Health Service Management) มุ่งตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการประจำปี โดยใช้วงจรคุณภาพ (PDCA)

2. จัดทำโครงสร้างการทำงานระหว่างหุ้นส่วน (Partnership Structure)ให้ชัดเจน ครอบคลุมค่านิยมร่วม วิสัยทัศน์ พันธกิจ คณะกรรมการ นโยบาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและประสานงานของหุ้นส่วนให้มีความผูกพันเป็นเจ้าของหุ้นส่วน (Partner Engagement)

3. เสริมสร้างทักษะบุคลากรสุขภาพด้านการรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน (Staff Sensitivity) เพื่อการทำงานกับหุ้นส่วนที่มีประสิทธิผลยั่งยืน

4. สร้างความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร (Staff Belongingness) ผ่านการสร้างการยอมรับ การเรียนรู้การทำงานเป็นทีม การเสริมสร้างความสุขของบุคลากร

สรุปได้ว่าการวิจัยรูปแบบเชิงหุ้นส่วนในการจัดบริการสุขภาพคลินิกหมอครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จังหวัดลำปางพบว่าปัจจัยผลลัพธ์คือ ผลสัมฤทธิ์บริการสุขภาพครอบครัวได้รับอิทธิพลทางตรงจาก การจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ และการสร้างความผูกพันให้กับหุ้นส่วน โดยการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ด้านบริการสุขภาพ นั้นทำหน้าที่เป็นตัวแปรกลางถ่ายทอดอิทธิพลของ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ความผูกพันต่อองค์กร 2) การรู้จักและเข้าใจหุ้นส่วน และ 3)โครงสร้างของหุ้นส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างองค์กรสาธารณสุขและสังคม กรณีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน ของ นันทนา ปรีดาสุวรรณ ที่พบว่าพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงหุ้นส่วนฯ จะต้องมีปัจจัยนำเข้าได้แก่ผู้นำองค์กรที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหุ้นส่วน และสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ นโยบาย และแนวทางการการดำเนินงานร่วมกัน โดยการสื่อสารด้วยข้อมูลข่าวสารที่เข้าใจง่าย และใช้ข้อมูลในการติดตาม กำกับงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน[20]

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.2560
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวางแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข , ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข , 2557.
3. กรมอนามัย.การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).2559
5. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2559
6. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ทีมหมอครอบครัว (Family care team). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.2557

7. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.**การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน.**2556

8. สมยศ ศรีจารนัยและคณะ. **วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**. 2559

9. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.**แนวทางการจัดบริการพยาบาลในคลินิก หมอครอบครัว.** สำนักพิมพ์สื่อตะวันจำกัด ; 2561

10. Best, J. W. , & Kahn, J. V. **Research in Education.** 7 th ed. Boston : Allyn and Bacon, 1993.

11. Christian, M. , Seven, W. , & Alexander, W. **SMART PLS 2.0M.** [Online] Available : http://www.smartpls.de/forum.index.php. Retrieved from [20 January].2019.

12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. **แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง** .เอกสารอัดสำเนา ; 2557

13. สมศักดิ์ ปิดตานัง. **ความผูกพันขององค์กรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน.** กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2555

14. มธุรส วิไลลักษณ์. **วัฒนธรรมองค์กร การทำงานร่วมกันเป็นทีม และการติดต่อสื่อสารที่มีผลต่อความผูกพันของพนักงานระดับปฏิบัติการ กรณีศึกษา เขตบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ.**2558

15. สมศักดิ์ เอี่ยมดี และคณะ. การพัฒนาระบบการบริหารเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา.**วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร** 15, 2556: 216-224.

16. ปริญญา หรุ่นโพธิ์. บทบาทและคุณลักษณะของฝ่ายทรัพยากรบุคคลมุ่งสู่การเป็นหุ้นส่วนทางกลยุทธ์. **วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี.**11(1), 2560: 371-379.

17. ระพีพร คณะพล. หุ้นส่วนทางการบริหารท้องถิ่น :บทบาททางสังคมกับการเสริมสร้างชุมชนสันติสุข. **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์** มจร;4(1)2562. : 243-256.

18. ขวัญตา บุญวาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**;-2562 :144-157.

19. สุขุมาล พัฒนเศรษฐานนท์. **วิจัยประเมินผลการจัดการกลยุทธ์ กรอบงาน(Blueprint for change) ทศวรรษพัฒนาคุณภาพบริการ(ปี 2550-2559) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์พันธกิจ เมืองไทยแข็งแรงเขตสุขภาพที่ 9 (ปี 2550-2572)**.นครราชสีมา: ศูนย์อนามัย ที่ 9, 2562.

20 .นันทนา ปรีดาสุวรรณ และคณะ. **การวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างองค์กรสาธารณสุขและสังคม: กรณีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน**. 2561

วัฒนธรรมการบริโภคกับความงามบนเรือนร่างในอุดมคติของผู้หญิงไทย ที่นำไปสู่โรคการกินผิดปกติ

Consumer Culture with The Beauty Ideal Woman's Body in Thailand that leads to Eating Disorders

อารี บินทปัญญา[1] , อรพินทร์ ชูชม[2] , ฐาศุกร์ จันประเสริฐ[3]
Aree Bintapanya[1] , Oraphin Choochom[2] , Thasuk Junprasert[3]

(Received: January 30 ,2019 ; Accepted: March 12 ,2019)

บทคัดย่อ

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่มีความหลากหลาย ทำให้ผู้หญิงมีความต้องการสร้างความงามบนเรือนร่างตามที่ตนปรารถนา ผ่านการนำเสนอจากภายนอก ไม่ว่าจะเป็นสื่อหรือจากบุคคล เพื่อให้ได้การยอมรับจากเพื่อน บุคคลรอบข้างและทางสังคม โดยพยายามหาวิธีการจัดการกับรูปร่างตนเอง จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมการกินผิดปกติตามมา ซึ่งโรคดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตได้ ส่วนมากพบในวัยรุ่นผู้หญิง และปัจจุบันมีแนวโน้มในวัยผู้ใหญ่กลางคน เป็นโรคที่บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการรับรู้ ความรู้สึก ความคิดเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวผิดปกติอย่างรุนแรงและมีพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติอย่างมาก จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างรุนแรง เมื่อจำแนกตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของโรคความผิดปกติ ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual Disorders Fifth Edition: DSM-5) แบ่งได้เป็น 3 แบบ ได้แก่ แบบ Anorexia Nervosa, แบบ Bulimia Nervosa และแบบ Binge Eating เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและการป้องกันในกลุ่มผู้หญิงทุกวัยไม่ให้เกิดโรคการกินผิดปกติต่อไปในอนาคต โดยเนื้อหาในบทความประกอบด้วย โรคการกินผิดปกติ วัฒนธรรมการบริโภคที่นำมาสู่การกินผิดปกติ และความเชื่อมโยงระหว่างวัฒนธรรมการบริโภคกับมุมมองความงามบนเรือนร่างในอุดมคติ ที่นำมาสู่การกินผิดปกติ

คำสำคัญ: วัฒนธรรมการการบริโภค, ความงามบนเรือนร่างในอุดมคติ, ผู้หญิงไทย, โรคการกินผิดปกติ

Abstract

The purpose of this research is to present the consumer culture of dietary diversity towards the beauty ideal women's body from their world outside, either social media or surrounding friends or individuals. Women have tried to find their ways to deal with their own shape, leading to a subsequent eating disorders. The eating disorders are caused by many factors, resulting in certain complications to death, commonly among teenage or young women and middle-aged adults currently. This kind of disease or disorders comes from perception, feeling, and ideas on body shape and weight, with severe complications physically, psychologically, and socially. When classified by the Diagnostic and Statistical Manual of diseases, No. 5 (Diagnostic and Statistical Manual Disorders Fifth Edition: DSM-5), the disorders can be divided into 3 types: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating. The classification is useful for planning and prevention among women of all ages in case of future eating orders. The contents include eating disorders, consumer culture and association of consumer culture and beauty ideal woman's body, which lead to eating disorders.

Keywords: Consumer Culture, Beauty Ideal, Thai Women, Eating Disorders

[1] นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
[2] รองศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน ทำให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่างวัฒนธรรมการบริโภค ส่งผลต่อวิถีการบริโภคอาหารในการดำเนินชีวิต เกิดค่านิยมในผู้หญิงมักจะกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง มีความนิยมคลั่งไคล้ (Fads) ความเพ้อฝันและความหลงใหลในตัวเอง (Idealism and Narcissism) ความคิดแปลกๆ (Idiosyncratic Thinking) โดยมาตรฐานความงามของผู้หญิง จะแปรเปลี่ยนไปตามวัฒนธรรม เกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากได้รับสิ่งกระตุ้นจากสื่อโฆษณา ตัวแบบที่เป็นศิลปิน ดารา นักร้องที่มีรูปร่างผอม รวมทั้งการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ช่วยให้มีรูปร่างผอมบาง นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและส่งผลต่อสุขภาพ [1] การมีรูปร่างสวยงามตามแบบอุดมคติของผู้หญิงในสังคมเมือง เปรียบได้กับการซื้อสินค้าที่มียี่ห้อ มีราคา เพื่อจะได้เป็นที่ยอมรับและน่าเชื่อถือจากคนส่วนใหญ่ในสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้หญิงในการสร้างโอกาสให้กับตนเองในสังคมและใช้ในการต่อรองทางสังคม โดยมุมมองของผู้หญิงที่มีต่อรูปร่างของตนเองและต่อสังคมนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล เพื่อให้กลมกลืนตามบริบทและวัฒนธรรม ที่ตนอาศัยอยู่[2] ส่งผลให้บุคคลเกิดความไม่พอใจในรูปร่างของตน ส่วนใหญ่มักพบในวัยเด็กตอนต้นและวัยรุ่น แต่ยังมีแนวโน้มพบในหญิงกลางคน[3] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความอคติที่มีต่อความอ้วนและค่านิยมความงามภายใต้วัฒนธรรมการบริโภค ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนำไปสู่โรคการกินผิดปกติตามมา

ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจถึงเนื้อหาในบทความนี้ ผู้เขียนนำเสนอ 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ โรคการกินผิดปกติ วัฒนธรรมการบริโภคที่นำมาสู่การกินผิดปกติและความเชื่อมโยงระหว่างวัฒนธรรมการบริโภคกับมุมมองความงามบนเรือนร่างในอุดมคติ ที่นำมาสู่การกินผิดปกติ

1. โรคการกินผิดปกติ (Eating Disorders)

1.1 ความหมายและประเภทของโรคการกินผิดปกติ

โรคการกินผิดปกติ เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรู้สึกและความคิดต่อรูปร่างและน้ำหนักตัวที่ผิดปกติอย่างรุนแรงและมีพฤติกรรมการกินอาหารผิดปกติอย่างมาก จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งร่างกายและจิตใจที่รุนแรง [4] และมีอัตราการตายสูงที่สุดของโรคทางจิตเวช [5] สาเหตุเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจนทำให้เสียชีวิตได้ พบว่าร้อยละ 25 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย[6] โดยสามารถจำแนกประเภทของโรคการกินผิดปกติตามคู่มือการวินิจฉัยและสถิติของโรคความผิดปกติ ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual Disorders Fifth Edition: DSM-5) ในบทความนี้เสนอไว้ 3 แบบ เนื่องจากพบความชุกสูงและมีลักษณะทางคลินิก ได้แก่ 1) แบบ Anorexia Nervosa คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกกังวล คิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวอย่างมาก และพยายามจำกัดปริมาณพลังงานของอาหารและลดน้ำหนักอย่างเข้มงวด มักพบในวัยรุ่นตอนต้น 2) แบบ Bulimia Nervosa คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกกังวลคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนักตัวอย่างมาก แต่กินอาหารปริมาณมากกว่าคนปกติทั่วไป ในช่วงเวลาและสถานการณ์คล้ายกัน หลังจากนั้นรู้สึกผิดจะมีพฤติกรรมพยายามกำจัดอาหารที่กินอย่างมากออกจากร่างกาย เช่น ล้วงคออาเจียน การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อลดน้ำหนัก การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างยาวนาน เป็นต้น มักพบในวัยรุ่นตอนต้นถึงวัยผู้ใหญ่ และ 3) แบบ Binge Eating คือ การที่บุคคลที่กินอาหารจำนวนมากจนไม่สามารถควบคุมการกินได้ แต่ไม่พยายามกำจัดอาหารที่กินออกจากร่างกาย มักพบอาการนี้ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่[7]

1.2 ความชุกของโรคการกินผิดปกติ พบสูงขึ้นทุกปีและแพร่กระจายไปทั่วโลก ได้แก่ ผู้หญิงในประเทศแถบยุโรปเป็นโรคการกินผิดปกติที่พบคือ แบบ Anorexia Nervosa <1-4% หรือแบบ Bulimia Nervosa <1-2% และแบบ Binge Eating <1-4% ที่สูงขึ้น[3] เช่น ประเทศอังกฤษมีความชุกของโรคแบบ Bulimia Nervosa 0.8% Binge Eating 3.6% Purging Disorder และ Other Specified Feeding and Eating Disorder 0.6% [8] และ 30% ได้รับการประเมินและการดูแลรักษาโรค ประเทศสหรัฐอเมริกาพบ

Anorexia Nervosa 0.5-2.2% และ Bulimia Nervosa 0.9-3.0% ในเพศหญิง[5] พบเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 15-49 ปี[9] มักพบในประเทศเดนมาร์ค ฝรั่งเศสและสวีเดน นอกจากนั้นปี ค.ศ. 2014 พบในประเทศอาหรับและประเทศในแถบเอเชียมากขึ้น[10] เช่น ประเทศจีนพบ >1.38 ล้านคน มีความชุกในวัยผู้หญิงแบบ Anorexia Nervosa 1.05% โรค Bulimia Nervosa 2.98% และโรค Binge Eating 3.58% Bulimia Nervosa 2.98% และ Binge Eating 3.58% ส่วนประเทศญี่ปุ่นมีความชุกต่ำกว่าคือในผู้หญิงแบบ Anorexia Nervosa 0.43% Bulimia Nervosa 2.32% และ Binge Eating 3.30%

ในประเทศไทยพบว่าเป็นโรคการกินผิดปกติที่เป็นผู้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล จำนวน 35 ราย เช่น แบบ Bulimia Nervosa 16 ราย Anorexia Nervosa 18 ราย และ Eating Disorder Not Otherwise Specified 1 ราย[11] และได้มีการสำรวจและสัมภาษณ์นักเรียนหญิงวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 12-19 ปี โดยใช้แบบประเมิน Eating Attitude Test-40 พบว่า มีนักเรียนจำนวนร้อยละ 8.96 ที่มีทัศนคติและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคดังกล่าวค่อนข้างน้อย แต่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคการกินผิดปกติอยู่บ้าง ได้แก่ การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการกินผิดปกติ หรือการศึกษาพฤติกรรมการกินผิดปกติในแต่ละช่วงวัย และโรคดังกล่าวต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีพฤติกรรมค่อนข้างซ้ำซ้อนและต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวและถือว่าเป็นความลับของผู้ป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการรายงานความชุกของโรค

1.3 องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคการกินผิดปกติองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการกินและโรคการกินผิดปกติทั้งในและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2560 พบว่าส่วนมากเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการกินผิดปกติ จำนวน 21 เรื่อง โดยสามารถแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 งานวิจัยเชิงสำรวจดูเรื่องพฤติกรรมการกินผิดปกติในแต่ละช่วงวัย จำนวน 3 เรื่อง ผลการวิจัยพบว่ามีความสอดคล้องกันคือวัยรุ่นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกินผิดปกติ และพบว่าในช่วงอายุ 13-40 ปี มีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่โรคการกินผิดปกติ

กลุ่มที่ 2 งานวิจัยเชิงปริมาณส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการกินผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยหรือเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการกินผิดปกติ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคมส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งงานวิจัยทั้ง 8 เรื่องนี้ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุพบผลที่คล้ายคลึงกันคือ การที่ผู้หญิงให้ความสำคัญกับรูปร่างของตนเองมากขึ้น ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการกินที่หลากหลาย เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกินยาลดน้ำหนัก การกินอาหารจากธรรมชาติ เป็นต้น โดยมีโอกาสพัฒนาไปสู่พฤติกรรมการกินผิดปกติได้ ในขณะเดียวกันมีการศึกษาที่แตกต่างออกไป เป็นการเฝ้าติดตาม และการประเมินการแสดงออกของโรคการกินผิดปกติในผู้ป่วยระยะแรก พบ 14-36% และพบว่าโรคดังกล่าวจะค่อยๆ แสดงอาการของโรคพบมากในก่อนวัยรุ่นและวัยรุ่น ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากมาย[12]

กลุ่มที่ 3 งานวิจัยที่มุ่งเน้นในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินการเกิดโรคการกินผิดปกติ จำนวน 2 เรื่อง โดยใช้วิธีการศึกษาแปลแบบประเมิน EAT-26 เป็นภาษาไทย ผลการศึกษาช่วยในการวินิจฉัยโรคการกินผิดปกติในหญิงไทยอายุ 13 ปีขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยทางคลินิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 มีความแม่นตรงอยู่ในเกณฑ์ดี เป็นเครื่องมือที่อาจนำไปใช้ช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการกินได้[11] และงานวิจัยที่หาความเชี่ยวชาญโดยใช้เทคนิค ทักษะในการสัมภาษณ์ การบรรยายลักษณะการรวบรวมตัวแปรที่เหมาะสมที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

กลุ่มที่ 4 งานวิจัยศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมและการกินผิดปกติและแนวทางการ

พัฒนาการของโรคการกินผิดปกติที่เกิดในแต่ละยุคสมัย จำนวน 3 เรื่อง

กลุ่มที่ 5 การจัดกลุ่ม Discussion อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมและการกินผิดปกติและการศึกษางานวิจัยเอกสาร จำนวน 2 เรื่อง

กลุ่มที่ 6 งานวิจัยผสานวิธีมุ่งเน้นการหาผู้เชี่ยวชาญในการประเมินภาวะการเกิดโรคการกินผิดปกติ การเติบโตของวัยรุ่นไทยท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคม กรณีศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางเพศในการมองภาพลักษณ์ และการสังเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น จำนวน 3 เรื่อง

การศึกษาโรคการกินผิดปกติในอดีต พบว่าสาเหตุของการกินผิดปกติ เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีว สังคมส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมพบผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันคือ การที่ผู้หญิงให้ความสำคัญกับรูปร่างของตนเองมากขึ้น ความไม่พอใจในรูปร่างของตนเอง มีค่านิยมอยากผอม จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการกินที่หลากหลาย เช่น การกินยาลดน้ำหนัก การกินอาหารจากธรรมชาติ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น โดยมีโอกาสพัฒนาไปสู่พฤติกรรมการกินผิดปกติได้ และการได้รับอิทธิพลจากสื่อไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของบุคคลหรือสัญญาลักษณ์ผ่านสิ่งตีพิมพ์ หรือทางโซเชียลมีเดียก็ตาม ส่งผลให้เกิดการรับรู้ ซึมซับและยอมรับอิทธิพลของสื่อในการชักจูงให้ผู้หญิงไทยมีการปฏิบัติเกี่ยวกับรูปร่างของตนตามกระแสนิยมและส่งผลต่อการกินผิดปกติ

โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไม่พอใจต่อร่างกายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น พบอัตราการเกิดโรคการกินผิดปกติเพิ่มขึ้น ทั้งในด้านคลินิกและการรักษา[13] ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้หญิงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่[14] พบ 50% มีน้ำหนักตัวปกติ พบว่ามีการอดอาหาร 40% ใช้เครื่องดื่มอาหารหรือเครื่องดื่มที่จะสูญเสียน้ำหนัก และพบระดับของความไม่พอใจต่อร่างกาย อาจถูกผลักดันจากปัจจัยทางวัฒนธรรมอื่น เช่น ความปรารถนาที่จะชะลอการเป็นวัยรุ่น ซึ่งเป็นคุณค่าทางวัฒนธรรมภายในประเทศ เนื่องจากเป็นประเทศที่เน้นในเรื่อง "วัฒนธรรมแห่งความน่ารัก" มาพร้อมกับวัยเด็กและความอ่อนเยาว์ เป็นต้น[13] ในประเทศจีนพบอัตราการเกิดโรคการกินผิดปกติเพิ่มขึ้น[15] แต่มีการวินิจฉัยโรคน้อยกว่าที่จะได้รับในประเทศอเมริกา จึงทำให้พฤติกรรมการกินดังกล่าวเป็นเหมือนเรื่องค่อนข้างธรรมดา จากการศึกษานักเรียนหญิงในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่ามีความไม่พอใจต่อร่างกายและการอดอาหารในอัตราที่เท่ากันหรือมากกว่าผู้หญิงในยุโรป[16] แต่การอดอาหารในผู้หญิงจีนต่ำกว่าผู้หญิงยุโรป และพบว่า 80% ของวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Anorexia nervosa มีความกลัวต่อความอ้วน[17]

ดังนั้น การที่บุคคลที่มีพฤติกรรมการกินผิดปกติ อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ฟันสึกกร่อน ผมเล็บและผิวหนังแห้ง กระดูกพรุนและหักง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะซีด ตับอักเสบ เป็นต้น และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เป็นโรคเบาหวาน การอักเสบของลำไส้ และอาจมีผลต่อสติปัญญาและความจำลดลงอีกด้วย สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจ[18] พบว่าบุคคลที่เป็นโรคการกินผิดปกติมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วย และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง[3] ซึ่งแนวทางการป้องกันควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระยะเริ่มต้นของการเป็นโรค เพื่อช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรค และควรได้รับการดูแลรักษาเป็นลักษณะแบบองค์รวม (Holistic Care) [19] เช่น การรักษาด้วยยาทางจิตเวช (Psychopharmacology) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (Milieu Therapy) จิตบำบัด (Psychotherapy) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นต้น ดังนั้น ความหลากหลายทางวัฒนธรรมการบริโภคทำ ให้ผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการกินผิดปกติได้ ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

2. วัฒนธรรมการบริโภคที่นำมาสู่การกินผิดปกติ

2.1 วัฒนธรรมการบริโภคในสังคมที่มีความเป็นพลวัตร

ความหมายของวัฒนธรรมการบริโภค เป็นการสร้างความหมายให้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนในสังคมนั้นกำหนดขึ้นมา โดยมีความสัมพันธ์กันระหว่างสังคมกับความหมายในเชิงสัญญะของสิ่งที่บริโภค เพื่อตอบสนอง

ความต้องการในการบริโภค จากการที่สังคมไทยในปัจจุบันเป็นสังคมแห่งการบริโภคที่ไร้พรมแดน ทำให้กลุ่มผู้บริโภคเป็นกลุ่มที่เลือกบริโภคความหมายที่ถูกสร้างขึ้นโดยการผ่านสื่อต่างๆ สะท้อนให้เห็นวิธีการสร้างเอกลักษณ์ให้กับสิ่งที่บริโภคและการรับรู้ความหมายของผู้บริโภคเอง ในปัจจุบันแบบแผนและสไตล์ในการดำเนินชีวิตของสังคมบริโภคนิยมที่สมัยใหม่ได้กำหนดค่านิยมในเรื่องภาพลักษณ์แห่งความงามของผู้หญิงนั่นคือ การรักษาทรวดทรงให้แน่นตึงและสะโอดสะอง (Slim and Trim) บทบาทของการเป็นวัตถุทางเพศ การทำตัวให้ดูงามเพื่อดึงดูดใจเพศตรงข้าม ด้วยการบริโภคสินค้าเสริมความงามมากมาย[20]

ปัจจุบันเป็นสังคมแห่งการบริโภคนิยม ภายใต้บริบทวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดวัฒนธรรมการบริโภคในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกลุ่มผู้บริโภคที่เป็นผู้หญิง เป็นกลุ่มที่เลือกบริโภคความหมายที่ถูกสร้างขึ้นโดยผ่านสื่อต่างๆ การมุ่งเน้นการดูแลตนเองในรูปแบบวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้รูปร่างตามที่ตนต้องการหรือเป็นที่ยอมรับในสังคม มีความต้องการมีรูปร่างผอมเพื่อให้ตนเองดูดีในสังคม เช่น การกินผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อลดน้ำหนัก หรือการกินยาลดน้ำหนัก หรือการกินชาสมุนไพร หรือการออกกำลังกายอย่างหักโหมร่วมด้วย เป็นต้น รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพและการสร้างองค์ความรู้และวาทกรรมเกี่ยวกับสุขภาพหรือความงาม โดยเฉพาะวัฒนธรรมการบริโภคนิยมซึ่งนำไปสู่การบริโภคความเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งมีความเหมือนและความแตกต่างกันไปตามบริบทของวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ ทำให้เกิดการแพร่หลายของการโรคการกินผิดปกติที่ จากแถบประเทศตะวันตกไปสู่โลกตะวันออกและในแถบประเทศเอเชียมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เคทลีนและแพทรีเซีย[21] พบว่าโรคการกินผิดปกติเกิดเพิ่มขึ้น 4 ในเอเชีย เนื่องมาจากการการเปลี่ยนแปลงสังคมอุตสาหกรรมไปสู่สังคมเมือง ที่ส่งผ่านจากโลกสังคมตะวันตกไปสู่สังคมตะวันออก ไม่ว่าจะเป็นความคิด และค่านิยมทางวัฒนธรรม ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคการกินผิดปกติในเอเชียเพิ่มมากขึ้น

จากองค์ความรู้งานวิจัยที่กล่าวไว้ข้างต้น พบว่า มีองค์ความรู้ประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือ เรื่องของวัฒนธรรม พบว่า ปัจจัยทางวัฒนธรรมการบริโภคที่มีความหลากหลาย รวมทั้งการให้ความงามบนเรือนร่างในอุดมคติมีผลเกี่ยวข้องกัน ซึ่งในหัวข้อต่อไปจะกล่าวถึงมุมมองของความงามบนเรือนร่างในอุดมคติที่นำไปสู่โรคการกินผิดปกติต่อไป

2.2 มุมมองของความงามบนเรือนร่างในอุดมคติที่นำไปสู่โรคการกินผิดปกติ

ความหมายของความงามบนเรือนร่างในอุดมคตินั้น เมื่อกล่าวถึงความงามบนเรือนร่างในแง่สังคมบริโภคนิยม ร่างกายถือว่ามีนัยสำคัญในการเพิ่มมูลค่าจากสัญลักษณ์ของความงามจากน่าเกลียดมาสู่ความสวยงามด้วยวิธีการที่ร่างกายกลายเป็นรูปแบบหนึ่งของทุนทางกายภาพ โดยใช้ร่างกายเป็นเจ้าของอำนาจที่มีสถานภาพหรือรูปแบบสัญญาลักษณ์ที่มีความเป็นเลิศ และเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อใช้ในการแข่งขัน หากำไร แสวงหากำไรและสร้างความพอใจ หรือสร้างความมั่นใจให้กับตนเองซึ่งปิแอร์ บูร์ดิเออ[22] เชื่อว่ามนุษย์มีตราประจำชนชั้นประทับอยู่บนร่างกาย และขณะเดียวกันทุนทางกายภาพก็พัฒนาขึ้นโดยผ่านความสัมพันธ์ของปัจจัย 3 ประการคือ 1) ตำแหน่งทางสังคม (Social Location) 2) ที่อยู่ทางสังคม (Habitus) 3) รสนิยม (Test) จึงทำให้มนุษย์พัฒนาร่างกายไปในทางที่ได้รับคุณค่าที่ไม่เท่ากัน เช่นเดียวกับการทำศัลยกรรมความงามของผู้หญิงที่พบว่าผู้หญิงบางกลุ่มให้คุณค่ากับความงามด้วยการสร้างร่างกายใหม่ โดยการทำศัลยกรรมเสริมความงามตามเรือนร่างของตน เพื่อพัฒนาทุนทางกายภาพที่มีความสัมพันธ์กับตำแหน่งทางสังคมที่อยู่ทางสังคมและรสนิยม ซึ่งร่างกายจะถูกทำให้เป็นเครื่องมือหรือสินค้าที่นำไปสู่จุดหมายปลายทาง เช่น การมีรายได้เพิ่มขึ้น การมีอาชีพ การเปลี่ยนสถานะทางสังคม การได้คู่ครองมีฐานะดี การสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง เป็นต้น แต่ถ้ากล่าวถึงในแง่รสนิยมกับความงามนั้นในปัจจุบันการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความงามได้ถูกผลิตออกมาอย่างต่อเนื่อง นำเสนอในรูปของนิตยสาร โทรทัศน์ในแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายคงอยู่ในท่ามกลางการตั้งข้อสงสัยว่าร่างกายที่แท้จริงคืออะไร การ

ควบคุมร่างกายให้มีความงามได้อย่างไรและการให้วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เข้ามาช่วยสร้างร่างกายใหม่ด้วยวิธีการต่างๆ เป็นที่ยอมรับทางสังคมหรือไม่ ทำให้ความงามเป็นภัยคุกคามร่างกายโดยเฉพาะในเพศหญิงที่ต้องดูแลร่างกายอย่างเข้มงวด การมีสัดส่วนงดงาม การทำศัลยกรรม การรักษาร่างกายให้อ่อนวัย และการสร้างร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ หุ่นสวยและดูดีอยู่เสมอ เป็นต้น ถ้าเราให้ความงามเกี่ยวพันกับรสนิยมแล้ว ย่อมทำให้อาณาเขตของร่างกายถูกทำลายได้เช่นกันจากเทคโนโลยี ซึ่งในอดีตนั้นการมองร่างกายเปรียบเสมือนโครงสร้าง (Project) ที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ร่างกายบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์และเป็นการสื่อถึงความเป็นตนเองที่แท้จริง

นอกจากนี้ เรื่องเพศสรีระได้ถูกนำมาใช้กำหนดวาทกรรมสถานภาพของผู้หญิงอีกด้วย สื่อมวลชนยังคงเป็นสถาบันที่เข้ามาทำหน้าที่เผยแพร่วาทกรรมดังกล่าวให้กว้างขวางมากขึ้น โดยผ่านช่องทางของสื่อบันเทิงและสื่อโฆษณาเป็นหลัก ด้วยการทำให้เรื่องของความสวยงามด้านเพศสรีระกลายเป็นสาระที่เห็นปรากฏอยู่อย่างดาษดื่น ในสังคมปัจจุบันถูกกำหนดโดยกลุ่มนายทุนในระบบบริโภคนิยม จึงได้ยกประเด็นเรื่องความงามของผู้หญิง โดยการผ่านสื่อต่างๆ ออกมาเป็นผลิตภัณฑ์เสริมสร้างความงามหรือบุคลิกภาพให้ผู้บริโภคที่เป็นผู้หญิงให้คล้อยตามกับมายาคติ (Myth) ให้ดูดีอยู่เสมอ ประหนึ่งว่าความงามเป็นคุณสมบัติประการหนึ่งของสถานะของผู้หญิง ดังเช่น การปรากฏเป็นข่าวเกี่ยวกับค่านิยมและการให้ความสนใจต่อการเสริมความงาม รวมทั้งการเสริม เพิ่มและลดเพศสรีระของผู้หญิงในสังคมและเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแล้วว่าร่างกายของผู้หญิงได้รับความสนใจมากเป็นพิเศษ โดยปิแอร์ บูร์ดิเออ[22] กล่าวว่ากระบวนการทำให้ร่างกายมีสภาพเป็นสินค้า (Commodification) ในสังคมสมัยใหม่นั้นถือว่าร่างกายมีฐานะเป็นทุนทางกายภาพสามารถแปรรูปจากทุนกายภาพให้กลายเป็นทุนทางเศรษฐกิจ เช่น เงิน สินค้าและบริการ เป็นต้น ทำให้เกิดค่านิยมความอยากผอมในสังคม ซึ่งมองว่าความผอมคือความงามและคนผอมเท่านั้นที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิต หรือประกอบอาชีพในสังคมได้ โดยหาทางจัดการกับรูปร่างของตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอดอาหาร รับประทานยาลดความอ้วน เป็นต้น นำไปสู่การตัดสินใจหรือตั้งใจทำให้มีรูปร่างสวยงามและมีพฤติกรรมการกินที่ผิดวิธี เพื่อให้ได้มาซึ่งการมีรูปร่างที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ชินสรรเพชญ และพิทักษ์ ศิริวงศ์ [23] พบว่าพนักงานหญิงภาคพื้นดินของสายการบินแอร์ไชน่าได้ใช้ความรู้ที่ตนเองมีและข้อมูลที่ได้ศึกษาเพิ่มมาเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง โดยใช้ข้อมูลความรู้ทางด้านโภชนาการ การควบคุมดูแลเรื่องการบริโภคอาหาร การดูแลร่างกายด้วยการออกกำลังกาย การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและการเลือกใช้วิธีการศัลยกรรมบนใบหน้า เพื่อความงดงามตามสมัยนิยม เพื่อความพึงพอใจมั่นใจในตนเองและเพื่อการสร้างความเป็นตัวตนเรื่องความงามที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคมบริโภคนิยม โดยในการสร้างความงามที่เหมาะสมกับตนเองนั้นเพื่อใช้ร่างกายของตนเป็นทุนในการประกอบอาชีพ การได้รับการยอมรับและมีสถานภาพที่ดีในสังคม นอกจากนั้นพบว่าวัยรุ่นเกิดความไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์เกี่ยวกับรูปร่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = .49$, $p<.001$)[24] มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปเป็นกลุ่มอาการผิดปกติในการกินได้เช่นกัน ความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเองนั้น มีความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการกินผิดปกติ[25] ดังนั้น การทำความเข้าใจต่อพัฒนาการความงามในเพศหญิง เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นหรือประกอบขึ้นและมีการพัฒนาทางร่างกาย จากกลไกต่างๆ รอบตัวบุคคลนั้นโดยเฉพาะกลไกของวัฒนธรรมและสังคม แต่มีความลื่นไหลพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมและกาลเวลาเสมอ

3. ความเชื่อมโยงระหว่างวัฒนธรรมการบริโภคกับมุมมองความงามบนเรือนร่างในอุดมคติ ที่นำมาสู่การกินผิดปกติ

3.1 ความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ

การเกิดความชุกของโรคการกินผิดปกติ ที่เห็นได้ชัดมากที่สุดคือ การเกิดความชุกต่ำของโรคการกินผิดปกติแบบ Anorexia Nervosa ในแอฟริกาและกลุ่มวัฒนธรรม

ของชาวลาตินอเมริกันที่อยู่ในประเทศอเมริกา เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดโรคนี้ในประเทศตะวันตก แต่ถ้าเปรียบกับประเทศทางเอเชีย เช่น จีน ญี่ปุ่น เป็นต้น กลับพบการเกิดน้อยมากที่สุด[26] เนื่องจากกลุ่มวัฒนธรรมของลาตินอเมริกันนั้นจะเน้นในเรื่องของการป้องกันไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว เช่นเดียวกับความคิดเกี่ยวกับรูปร่างของชนชาติเชื้อสายลาตินอเมริกันและชนชาติเชื้อสายสเปน รวมถึงชาวเม็กซิกัน เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะเชื้อชาติ พบว่าชนชาติกลุ่มนี้มีความคิดเกี่ยวกับรูปร่างตนเองในการมีส่วนเว้าส่วนโค้งมากกว่าประเทศทางตะวันตก[26] จากการสำรวจทางสุขภาพแห่งชาติและโภชนาการสุขภาพแห่งชาติในแอฟริกาใต้ เผยให้เห็นถึงค่า BMI เฉลี่ย 29.0 kg/m^2 สูงมากในผู้หญิงแอฟริกาใต้ผิวดำ ในเรื่องของน้ำหนักตัวปัจจุบันและมีจำนวนน้อยที่พยายามลดน้ำหนัก เมื่อเปรียบเทียบผู้หญิงจากลักษณะของเชื้อชาติ[27] ซึ่งในประเทศโปแลนด์ ปัจจัยสำคัญทำให้เกิดโรคการกินผิดปกติ คือวัฒนธรรมคลั่งผอมในผู้หญิงโปแลนด์ จึงต้องทำการศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการป้องกันไม่เกิดโรค[28]

สำหรับประเทศอินเดีย พบว่าผู้หญิงที่ต้องใช้แรงงานหรือทำงานหนักมีรูปแบบการวัฒนธรรมการกินอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป มักจะบริโภคอาหารที่มาจากธรรมชาติที่มีความหลากหลายเหมือนชาวตะวันตก เป็นไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ สภาวะทางเศรษฐกิจและการเจริญของสังคมเมือง[29] ซึ่งความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ในตนเอง ความรู้คิด อารมณ์และแรงจูงใจ หลายประเทศในเอเชียรวมถึงประเทศญี่ปุ่นและเกาหลี มีความคิดในการเมินคุณค่าของตนเองบนพื้นฐานที่ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ในขณะที่ชาวตะวันตกมีอิสระในด้านความคิดมากกว่า ซึ่งพบว่านักเรียนญี่ปุ่นมีวัฒนธรรมการกินที่มีรูปแบบมากกว่านักเรียนเกาหลีและออสเตรีย โดยบริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ต่างจากนักเรียนออสเตรียที่มีอิสระในการจัดการเรื่องอาหารมากกว่าญี่ปุ่นและเกาหลี ซึ่งความแตกต่างทางวัฒนธรรมมีผลกระบวนการทางด้านจิตใจ เช่น การรู้คิดในตนเอง อารมณ์ แรงจูงใจและค่านิยม และช่วยในการประเมินตนเองของพฤติกรรมการกินด้วย[30] และพบหลายประเทศในเอเชียมีอัตราของการเกิดพฤติกรรมการกินอาหารผิดปกติสูงเท่าๆ กับประชากรในยุโรปหรืออเมริกา โดยเฉพาะระดับความไม่พอใจต่อร่างกายและการอดอาหารที่มีความคล้ายคลึงกัน ทั้งสองพฤติกรรมนี้ เป็นต้นกำเนิดของโรคการกินผิดปกติ[31] และแสดงให้เห็นถึงความด้อยค่าในตนเองอย่างมาก[32]

ดังนั้น เมื่อทำการตรวจสอบความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติที่เฉพาะเจาะจง และความคล้ายคลึงกันจากกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ได้แก่ วัฒนธรรมในด้านการอดอาหาร การจำกัดอาหาร ความไม่พอใจต่อร่างกายตนเอง การกำจัดอาหารออกจากร่างกายและการกินอาหารจำนวนมาก ซึ่งพฤติกรรมหลักเหล่านี้พบเห็นได้ทั่วไปในกลุ่มบุคคล ช่วยในเรื่องของการวินิจฉัยโรคการกินได้และพฤติกรรมนี้ ทำให้เกิดการด้อยค่าอย่างมีนัยสำคัญ[31] ในขณะเดียวกัน วัฒนธรรมอย่างเดียวไม่ได้บ่งบอกถึงการเป็นโรคการกินผิดปกติ แต่ความแตกต่างทางวัฒนธรรมเป็นอิทธิพลร่วมที่ช่วยในการวางแผนและช่วยในการรักษาโรคดังกล่าว ควรคำนึงถึงความสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับวัฒนธรรม ในเรื่องการจัดการบทบาททางเพศ หรือความคิดเกี่ยวกับความงาม หรือการจัดการความขัดแย้งภายในครอบครัว รวมถึงความหมายของอาหารหรือโภชนาการ ล้วนเป็นที่สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง[33]

3.2 ค่านิยมทางสังคม

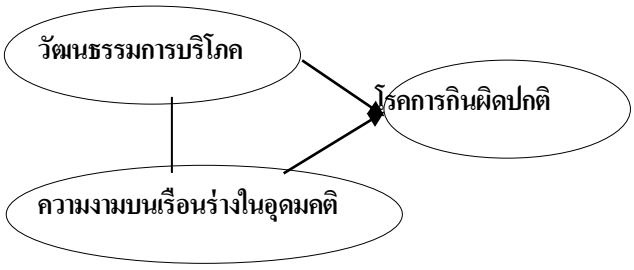
ค่านิยมทางสังคม มีความหลากหลายและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดตามกาลเวลาและสภาพแวดล้อม ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้ค่านิยมเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหรือถูกหลอมรวมและเสื่อมไปได้ โดยเฉพาะค่านิยมความงามในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งจากกระแสนิยมวัฒนธรรมการบริโภคที่ผ่านสื่อต่างๆ หรือข้อมูลข่าวสารและค่านิยมทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะผู้หญิงวัยรุ่นที่มีมุมมองเกี่ยวกับรูปร่างน้ำหนักตัวและความผอมบาง ที่จะนำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมการกินระดับปานกลางและไปสู่การกินที่ผิดปกติอย่างรุนแรง[34] พบว่าร้อยละ 69 ของเด็กผู้หญิงในสหรัฐอเมริกาได้รับอิทธิพลจากสื่อตีพิมพ์ประเภทนิตยสารมีผลต่อการควบคุมรูปร่างที่สมบูรณ์แบบและร้อยละ 47 ลดน้ำหนักเพราะว่าจากรูปภาพในสื่อสิ่งพิมพ์เหล่านี้ จึงแสดงให้เห็นว่าในผู้หญิงที่มีการจำกัดอาหารและการออกกำลังกายมาก นั้นมาจากการตอบสนองต่อนิตยสารแฟชั่น[35] จากการศึกษาทดสอบ The

Eating Attitudes Test (EAT) พบว่ากลุ่มนักเต้นและนางแบบมีค่าคะแนน EAT สูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีการแข่งขันและความคาดหวังที่ต้องมีรูปร่างผอม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความผิดปกติในการกิน ส่วนวัฒนธรรมนั้นส่งผลต่อคะแนน EAT เช่นกัน[36]

จากสภาพปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้หญิงที่เปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและสื่อข้อมูลข่าวสารที่ไร้พรมแดน แม้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ ทั่วโลกและการระบาดในประเทศที่กำลังพัฒนาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการให้ความสนใจและการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของรูปร่างที่ผอมบางเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในเมือง จากปัจจัยต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นอิทธิพลที่เกิดภายในตัวบุคคล หรือสังคม หรือสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมก็ตาม ซึ่งเป็นสาเหตุที่นำมาถึงความไม่พึงพอใจในรูปร่างที่มีน้ำหนักมาก เป็นการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาไปสู่โรคการกินผิดปกติ

บทสรุป

วัฒนธรรมการบริโภค เป็นวิถีชีวิตหรือแบบแผนในการดำรงชีวิตประจำวันในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคของบุคคลหรือสังคมนั้นๆ ถูกกำหนดหรือสร้างขึ้น โดยผ่านกระบวนการขัดเกลาทางวัฒนธรรมและกระบวนการสร้างความหมายต่อสังคมในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างสังคมกับความหมายที่เป็นสัญลักษณ์ โดยเฉพาะในเรื่องของวัฒนธรรมการบริโภคนิยมตามกระแสโลกาภิวัฒน์ ทำให้เกิดมีค่านิยมความอยากผอม หรือการมีรูปร่าง สวยงามตามแบบฉบับของตน ภายใต้ในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ ซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีมุมมองที่เหมือนหรือแตกต่างกัน และอาจนำไปสู่การสรรหาวิธีการต่างๆ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการกินที่หลากหลาย เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การกินยาลดน้ำหนัก การกินยาขับปัสสาวะ การกินยาถ่าย การล้วงคอ เป็นต้น เพื่อตอบสนองความต้องการของตนหรือมีความงามบนเรือนร่างในอุดมคติ ได้แก่ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง หรือการสร้างความเป็นอัตลักษณ์ในตนเอง หรือใช้ร่างกายของตนเป็นทุนในการประกอบอาชีพ หรือการได้รับการยอมรับและมีสถานภาพที่ดีในสังคม หรือทำตามสมัยนิยมเพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยมของสังคมบริโภคนิยม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ฟันสึกกร่อน ผมเล็บและผิวหนังแห้ง กระดูกพรุนและหักง่าย หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะซีด ตับอักเสบ เป็นต้น โรคนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคเบาหวานและการอักเสบของลำไส้ และอาจมีผลต่อสติปัญญาและความจำลดลงอีกด้วย เป็นต้น และผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่าบุคคลที่เป็นโรคการกินผิดปกติมีภาวะทางจิตเวชร่วมด้วยและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ซึ่งแนวทางการป้องกัน ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเป็นโรคการกินผิดปกติ ควรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยตรง เพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคลดลง และควรได้รับการดูแลรักษาในลักษณะแบบองค์รวม เช่น การรักษาด้วยยาทางจิตเวช การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด พฤติกรรมบำบัด ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในด้านการป้องกันโรคดังกล่าวให้มากขึ้น เพื่อจะได้ไม่พัฒนาไปสู่โรคดังกล่าวต่อไป โดยความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมการบริโภคและการให้มุมมองต่อความงามในอุดมคติ ทำให้เกิดพฤติกรรมการกินผิดปกติ แสดงดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมการบริโภคและการให้มุมมองต่อความงามในอุดมคติ ทำให้เกิดพฤติกรรมการกินผิดปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Cortese, A. J. **Provocateur: Images of woman and minorities in advertising**. New York: Rowman & Littlefield, 2004.

2. Nettleton, S. & Watson, J. **The Body in Everyday Life**. London: Routledge. (eds.), 1998.

3. Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. Epidemiology of eating disorders in europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences and risk factors. **Current Opinion in Psychiatry**. 29 (6): 340-345, 2016.

4. ศิริไชย หงส์สงวนศรี. **Eating Disorder ในจิตเวชศาสตร์**. รามาธิบดี ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 3: กรุงเทพฯ; 532-539, 2555.

5. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry:BehavioralSciences/Clinical Psychiatry.** 11th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 509-532, 2015.

6. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. **Arch Gen Psychiatry**. 68 (7): 724-731, 2011.

7. American Psychiatric Association. (2017). Eating Disorders. แหล่งข้อมูล **http://www.apa.org/topics/eating/** สืบค้นเมื่อ(5 ธันวาคม 2560)

8. Solmi, F., Hotopf, M., Hatch, S. L., Treasure, J., & Micali, N. Eating disorders in a multiethnic inner-city UK sample: Prevalence, comorbidity and service use. **Social Psychiatric Epidemiology**. 51 (3): 369-381, 2016.

9 . Thomas, J. J., Lee, S., & Becker, A. E. Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and The Pacific. **Current Opinion in Psychiatry**. 29 (6): 354-362, 2016.

10. Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. Recent cultural trends and eating disorders. **Current opinion in psychiatry**. 27: 436-442, 2014.

11. ฐิตวี แก้วพรสวรรค์, พรจิรา ปริวัชรากุล และวันรวี พิมพ์รัตน์. การศึกษาความแม่นตรงของแบบประเมิน Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) ฉบับภาษาไทยในหญิงไทย **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 58 (3): 283-296, 2556.

12. Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Hofler, M., Lieb, R., & et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. **European Child & Adolescent Psychiatry**. 25 (8): 903-918, 2016.

13. Pike, K. M., & Borovoy, A. The rise of eating disorders in Japan: Issues of culture and limitations of the model of? westernization?. **Culture Medicine and Psychiatry**. 28 (4): 493-531, 2004.

14. Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. Eating disorders in men: Underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. **Eating Disorders**. 20 (5): 346-355, 2012.

15. Watson, H. J, Hamer R. M., Thornton, L. M., & et al. Prevalence of screening detected eating disorders in Chinese females and exploratory associations with dietary practices. **European Eating Disorders Review**. 23 (1): 68-76, 2015.

16. Cummins, L. H., Simmons, A. M., & Zane, N. W. Eating disorders in Asian populations: A critique of current approaches to the study of culture, ethnicity, and eating disorders. **Am Journal Orthopsychiatry.** 75 (4): 553-574, 2005.

17. Lai, K. Y. Anorexia nervosa in Chinese adolescents—does culture make a difference?**Journal Adolescence,** 23 (5): 561-568, 2000.

18. Welch, E., Ghaderi, A., & Swenne, I. A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. **BMC Psychiatry**. 15-45, 2015.

19. Japanese Society for Eating Disorders: Treatment Guideline for Eating Disorders. **The Committee of Developing Treatment Guideline in Japan Edt**. Igaku Shyoin Publishers. Tokyo, 2012.

20. ยศ สันตสมบัติ. **มนุษย์กับวัฒนธรรม**. ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา กรุงเทพพิมพ์: 335, 2556.

21. Kathleen M. Pike & Patricia E. Dunne. The Rise of Eating Disorders in Asia: A Review. **Journal of Eating Disorders**. 3 (33): 1, 2015.

22. Pierre Bourdieu. **Distinction: A social critique of the judgment of taste.** London: Routledge. 1984.

23. อมรรัตน์ ชินสรรเพชญ และพิทักษ์ ศิริวงศ์. **วาทกรรมความงามและความเป็นตัวตนของพนักงานหญิงสายการบินแอร์ไชน่า.** การประชุมวิชาการ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.ครั้งที่ 7, 2553.

24. ดาราวรรณ รองเมือง. อัตมโนทัศน์เชิงโครงสร้างเกี่ยวกับรูปร่างและน้ำหนัก ความพึงพอใจในภาพลักษณ์เกี่ยวกับรูปร่างและความผิดปกติเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้หญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จังหวัดสุราษฎร์ธานี .**วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. 31(4) ตุลาคม-ธันวาคม: 170, 2556.

25. พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร และคณะ. ทำการศึกษาความไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และความผิดปกติในพฤติกรรมการกินอาหารของนิสิตหญิงระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยนเรศวร. คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยนเรศวร. สืบค้นจาก http://nuph.health.nu.ac.th/phnu/variety.php?id=2. (11 ธันวาคม 2561), 2554.

26. Kolar, D.R., Rodriguez, D.L., Chams, M.M., & Hoek, H.W. Epidemiology of eating disorders in Latin America: A Systematic review and meta-analysis. **Current Opinion Psychiatry.** 29 (6): 363-371, 2016.

27. Van Hoeken, D., Burns, J.K., & Hoek, H.W. Epidemiology of eating disorders in Africa. **Current Opinion in Psychiatry.** 29 (6): 372-377, 2016.

28. Maciej Wojciech Pilecki, Kinga Sałapa & Barbara Józefik. Social-culture context of eating disorders in Poland. **Journal of Eating Disodres**. 4 (11): 2, 2016.

29. Popkin, B. M, Adair, .L. S. &. Ng, S. W. "Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries." **Nutrition Reviews**. 70 (1): 3–21, 2012.

30. Mihoko Tominaga, Masanori Taguchi, Akiko Suzuki, Yoshiko Ikawa, Ho-Sook Youn, Kyubok Cho, Johannes Scherling, Roswith Roth. Differences in Self-Assessment Regarding Eating Behaviors among Female University Students Living in Japan, Korea, and Austria. **Food and Nutrition Sciences**. 3: 1673-1681, 2012.

31. Stice, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. **Psychological Bulletin.** 128 (5): 825-848, 2002.

32. Bentley, C., Mond, J., & Rodgers, B. Sex differences in psychosocial impairment associated with eating-disordered behavior: What if there aren't any?. **Eat Behaviors**. 15 (4): 609-614, 2014.

33. Perez, M., Ohrt, T. K., & Hoek, H. W. Prevalence and treatment of eating disorders among Hispanics/Latino Americans in the United States. **Current Opinion Psychiatry**. 29 (6): 378-382, 2016.

34. Madanat, Lindsay, R., & Campbell, T. "Young Urban Women and The Nutrition Transition in Jordan." **Public Health Nutrition.** 14 (4): 599–604, 2011.

35. D. L. G. Borzekowski, Schenk, S., Wilson, J. L., & Peebles, R. "E-Ana and e-Mia: A Content Analysis of Pro-Eating Disorderwebsites." **The American Journal of Public Health**. 100 (8): 1526-1534, 2010.

36. Garner, D.M., & Garfinkel, P.E. The Eating Attitudes Test: An Index of The Symptoms of Anorexia Nervosa. **Psychological Medicine**. 9: 273-279, 1979.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

The Effect of Proper Online Game Behaviors Enhancement Program of Lower Secondary School Students

ธันยวนันฐ์ เลียนอย่าง[1] ศรัณย์ พิมพ์ทอง[2] นริสรา พึ่งโพธิ์สภ[3]

Tanyavanun Lianyang[1] Saran Pimthong[2] Narisara Peungposop[3]

(Received: January 30 ,2019 ; Accepted: March 12 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนมัธยมสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาปทุมธานี เขตการศึกษา 4 จำนวน 80 คน คัดเลือกนักเรียนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) และการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้นักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม และกลุ่มควบคุมได้รับความรู้เกี่ยวกับการเล่นเกมออนไลน์ในห้องเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม มาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.74 – 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปร (Manova) และความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปร (Mancova) ผลการวิจัยพบว่าทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม, พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

The purpose of this experimental research was to examine the effectiveness of proper online gaming behaviors enhancement program of lower secondary school students. The sample of this study was 80 lower secondary school students under the office of Pratumthani Secondary Education Service Area Office 3. The samples were selected by usin Cluster Random Sampling and simple random sampling. There were equally 40 students in the experimental and control groups. In experimental group was received proper online gaming behaviors enhancement program. In control group participated in the online gaming knowledge. The research instruments were 6 –point scale questionnaires. , The reliability of each measure ranged from 0.74 to 0.89. Data were analyzed by using in descriptive statistic and inferential statistic (MANCOVA and MANOVA). The result of this study showed that, the students who participated in proper online gaming behaviors enhancement program had mean proper online gaming behaviors scores than the control group. Both of the post-test period and the follow-up period at significant statistically level .05.

Keywords: The Proper Online Gaming Behaviors Enhancement Program, Online Gaming Behaviors, Lower Secondary School Students

[1]นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

จากสถานการณ์การเล่นเกมออนไลน์ของเยาวชนในสังคมไทยปัจจุบันนี้ ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคมไทยเป็นอย่างมาก จากผลการวิจัยพฤติกรรมการเล่นออนไลน์ที่ส่งผลต่อการเรียนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าหากนักเรียนมีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างมากหรือไม่เหมาะสมแม้แต่เพียงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งย่อมส่งผลต่อการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน คือ เล่นเกมมากทำให้เกรดลดลง การไปโรงเรียน และการเข้าห้องเรียนไม่สม่ำเสมอ[1] สอดคล้องกับปัญหาที่นักเรียนหลงลืมการเรียนมัวแต่เล่นเกมออนไลน์ส่งผลให้ผลการเรียนแย่[2] แต่ในมุมมองที่กลับกันอย่างไรก็ตามการเล่นเกมออนไลน์นอกจากจะส่งผลทางลบดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การเล่นเกมออนไลน์ก็ยังมีผลทางบวกเช่นกัน หากเด็กนั้นมีพฤติกรรมเสพเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่น่าปรารถนาไม่เบียดเบียนตนเอง จะเป็นการเบียดเบียนตนเองน้อยลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สุขภาพร่างกาย และความปลอดภัยของตนเอง อีกทั้งเกมออนไลน์ถือได้ว่าเป็นเทคโนโลยีที่เป็นนวัตกรรมที่มีทั้งแง่บวกและแง่ลบ ซึ่งการรับนวัตกรรมโดยไม่เบียดเบียนตนเอง และไม่เบียดเบียนผู้อื่น ใช้อย่างเหมาะสม ถูกต้องตามกาลเทศะ ใช้อย่างมีประโยชน์ จะทำให้มีประโยชน์อย่างยิ่งยวด การเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงคุณประโยชน์ที่จะได้รับและรู้จักประมาณในการเล่นให้อยู่ในปริมาณที่เหมาะสมไม่นานเกินไปและละเว้นการเล่นที่จะทำให้ตนเองเดือดร้อน จะช่วยทำให้เกิดความบันเทิง เพลิดเพลิน คลายเครียด และเสริมทักษะบางอย่าง เช่น การฝึกคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา การทำงานประสานระหว่างมือและตา เป็นต้น อีกทั้งในต่างประเทศมีการนำเกมออนไลน์ไปบูรณาการกับการเรียนรู้ทางวิชาการเพื่อให้เด็กได้ฝึกทักษะไปควบคู่ไปด้วย เช่น ประเทศแคนาดามีการผลิตเกมผจญภัยที่ต้องใช้ทักษะทางคณิตศาสตร์ โดยออกแบบให้มีความซับซ้อนและน่าสนใจ ซึ่งก็มีเด็กให้ความสนใจ เล่นเป็นจำนวนมาก ฯลฯ นอกจากนี้เกมยังถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญที่ผู้เล่นหลายคนสามารถพัฒนาตนเองจากการเล่นเกมไปสู่อีกขั้นหนึ่ง เช่น นักพัฒนาเกม ฯลฯ[3]

ทั้งนี้ในปัจจุบันทั้งภาครัฐและสังคมมีแนวทางเพื่อใช้ในการจัดการต่อปัญหาการติดเกมออนไลน์ และให้ความสำคัญกับลักษณะของพฤติกรรมและสาเหตุการติดเกมออนไลน์ของเด็กและวัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ายังมีแนวทางอื่นที่นำมาใช้ร่วมเพื่อลดพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ที่มากเกินไป จึงสร้างและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลาง ให้มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมให้มากขึ้นกว่าเดิม โดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยลักษณะของโปรแกรมเป็นชุดของกิจกรรมเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างให้นักเรียนมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม สุขภาพจิตที่ดี รวมถึงการมีทักษะการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ จนทำให้เกิดพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นและทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนี้ด้วยว่ามีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นได้มากขึ้น โดยผลของการศึกษาในงานวิจัยนี้ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน ควบคุม และส่งเสริมเยาวชนให้เล่นเกมออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้ถลำลึกจนกลายเป็นเด็กติดเกมจนทำให้อาจส่งผลกระทบทางลบกับเยาวชน ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ตลอดจนใช้เป็นแนวทางสร้างชุดฝึกอบรมหรือโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมในกลุ่มเด็กก่อนวัยรุ่น หรือเด็กวัยรุ่นกลุ่มอื่น ๆ ในวงกว้างต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สมมติฐานของการวิจัย

1. ในระยะหลังการทดลอง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม สูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

2. ในระยะติดตามผล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม สูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ชนิดสองกลุ่ม มีกลุ่มทดลอง (Experiment Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) วัดก่อนและหลังทดลอง (The Randomized Pretest-Posttest Control Group Design) [8] โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2561 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ เขต 4 จำนวน 2 โรงเรียน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-Stage Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ทั้ง 2 โรงเรียน โดยการเลือกห้องที่มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมอยู่ในระดับต่ำในช่วงเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 ในแต่ละชั้นปี ปีละ 1 ห้อง รวมจำนวน 6 ห้องเรียน

ขั้นที่ 2 ทำการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) 1 โรงเรียนเข้ากลุ่มทดลอง (โรงเรียน ก) และสุ่มอีก 1 โรงเรียนเข้ากลุ่มควบคุม (โรงเรียน ข) โดยเลือกนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจากทั้ง 2 โรงเรียนๆ ละ 40 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน โดยมีคุณสมบัติเบื้องต้นคือต้องเป็นนักเรียนที่เล่นเกมออนไลน์ ใช้เวลาการเล่นเกมออนไลน์ต่อเนื่องโดยไม่หยุดพักเป็นเวลาไม่เกิน 3 ชั่วโมงต่อวัน และจำนวนวันในการเล่นเกมออนไลน์ของนักเรียนไม่เกิน 5 วัน ต่อ 1 สัปดาห์ และเกรดเฉลี่ยสะสม ตั้งแต่ 2.5 ขึ้นไป[9][10] ซึ่งได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมมาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยทุกชุดได้ทำการวิเคราะห์เพื่อหาคุณภาพรายข้อ และหาคุณภาพทั้งแบบสอบถามแต่ละชุด โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruency Index: IOC) ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแบบสอบถาม และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน และนำคะแนนที่ได้จากการทดลองใช้แบบวัดมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับเป็นคุณภาพรายข้อ (Item-Total Correlation) หรือค่า r โดยมีเกณฑ์ว่า ค่า r ควรมีค่ามากกว่า 0.20 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)[11] โดยค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.71 โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 พฤติกรรมการเล่นเกมอย่างเหมาะสม ตอนที่ 3 สุขภาพจิต ตอนที่ 4 เจตคติต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ตอนที่ 5 การรู้เท่าทันเกมออนไลน์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดการใช้สารชักจูงแนวคิดการพัฒนาสุขภาพจิต ตลอดจนใช้เทคนิคการระดมสมอง (Brainstorming) และมีกรณีศึกษา (Case Study) เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม มีรายละเอียดดังนี้

2.1) กิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเจตคติต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม เพื่อให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิตคือ เจตคติ โดยใช้สารชักจูง กับการเปลี่ยนเจตคติ ซึ่งประกอบด้วยการอ่านชักจูง โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองอ่านข้อความที่มีเนื้อหาที่แสดงให้เห็นประโยชน์ของการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมและโทษของการเล่นเกมออนไลน์จนติดเกมออนไลน์ การเขียนสารชักจูง โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้ฝึกให้เหตุผลแก่คนอื่นเกี่ยวกับประโยชน์หรือข้อดีของการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม เช่น ถ้านักเรียนได้รับมอบหมายให้พูดสนับสนุนการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ขอให้นักเรียนคิดคำพูดที่อธิบายข้อดีและประโยชน์ของการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 3 ข้อ เป็นต้น

2.2) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเพื่อให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิตคือ สุขภาพจิต โดยกิจกรรมประกอบด้วยการให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างวิ่งสมาธิโดยการวิ่งสมาธิที่เป็นการออกกำลังกายโดยการวิ่งเบา/วิ่งเหยาะ(Jogging) และทำสมาธิ (ขณิกสมาธิ) ก่อนทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อสร้างสุขภาพจิตที่สดชื่น แจ่มใส ดังนั้นเมื่อนักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาสุขภาพจิตจากกิจกรรมดังกล่าวแล้ว ย่อมจะทำให้เพิ่มพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.3) กิจกรรมเกี่ยวกับการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ เพื่อให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนตัวแปรทางจิตคือการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ โดยใช้เทคนิคผลมผสานกันด้วยวิธีการใช้เทคนิคการระดมสมอง และใช้กรณีศึกษา โดยกิจกรรมประกอบด้วยการแบ่งกลุ่มย่อยเป็นกลุ่ม และแต่ละกลุ่มร่วมกันระดมสมองเขียนประโยชน์และโทษของการเล่นเกมลงในกระดาษภายในเวลา 10 นาที จากนั้นให้แต่ละกลุ่มออกมานำเสนอหน้าชั้นเรียน นอกจากนี้ให้นักเรียนแยกแยะพฤติกรรมในแผ่นการ์ดพฤติกรรมว่าพฤติกรรมแบบใดเข้าข่ายการติดเกมออนไลน์ และให้นักเรียนแต่ละคนสำรวจตัวเองว่าตัวเองมีพฤติกรรมติดเกมออนไลน์บ้างหรือไม่ รวมถึงมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ได้ โดยให้อาสาสมัคร 3-4 คน ออกมาเล่าถึงเกมออนไลน์ที่ตนเองเคยเล่นว่าคือเกมอะไร และมีวิธีการเล่นอย่างไรให้เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองก็สามารถทำได้ ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในให้ปฏิบัติตาม ซึ่งกิจกรรมนี้นับเป็นการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ช่วยกันวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้กรณีศึกษาในกิจกรรมเพื่อให้ผู้เรียนได้ร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาหรือหาทางออกจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกรอบกิจกรรมในการทดลองโปรแกรม ดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ระยะนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยให้นักเรียนทำแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม เจตคติต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม การรู้เท่าทันเกมออนไลน์ และสุขภาพจิต ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1 กลุ่มควบคุมระหว่างเดือน ธันวาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562 ดำเนินการตามแนวปฏิบัติเดิม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเล่นเกมออนไลน์เป็นเวลา 2 ชั่วโมง

2.2 กลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมทั้งหมด 12 ครั้ง ใช้เวลากิจกรรมทั้งสิ้น 24 ชั่วโมง โดยมีผังขั้นตอนรายละเอียดในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1–2 เพื่อทำการละลายพฤติกรรมให้ทำความรู้จักสมาชิกในทีม และเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต โดยการการวิ่งสมาธิที่เป็นการออกกำลังกายโดยการวิ่งเบา/วิ่งเหยาะ(Jogging) และทำสมาธิ

กิจกรรมที่ 3-8 เพื่อพัฒนาสุขภาพจิต โดยการวิ่งสมาธิที่เป็นการออกกำลังกายโดยการวิ่งเบา/วิ่งเหยาะ (Jogging) และทำสมาธิ (ขณิกสมาธิ) และเพื่อพัฒนาเจตคติ

ต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม โดยการอ่านสารชักจูงที่ใช้แนวคิดสารชักจูง (12 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 9 เพื่อพัฒนาสุขภาพจิต โดยการการวิ่งสมาธิที่เป็นการออกกำลังกายโดยการวิ่งเบา/วิ่งเหยาะ (Jogging) และทำสมาธิ (ขณิกสมาธิ) และเพื่อพัฒนาเจตคติต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม โดยการเขียนสารชักจูงที่ใช้แนวคิดสารชักจูง (2 ชั่วโมง)

3. ระยะหลังการทดลอง

หลังจากการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยติดตามผลและประเมินกลุ่มทดลองอีกครั้ง หลังผ่านไป 1 เดือน (เดือนกุมภาพันธ์ 2562) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ โดยสำหรับทั้งสองกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทุกคน ต้องตอบข้อมูลแบบสอบถามประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม แบบวัดสุขภาพจิต และแบบวัดการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ (Post-test) นอกจากนี้กลุ่มทดลองต้องทำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบการแจกแจงปกติ โดยใช้ จึงใช้การตรวจสอบความเบ้และความโด่งของตัวแปรแต่ละตัว ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk[12]2. ตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน – แปรปรวนร่วมของตัวแปร ด้วยสถิติบอกซ์ (Box' M) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยวิธี Bartlett's Test of Sphericity และตรวจสอบความเท่ากันของตัวแปรทุกตัวด้วยสถิติ Levene's Test

2. ทดสอบสมมติฐาน โดยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปร (MANOVA: Multivariate analysis of variance) และความแปรปรวนพหุตัวแปร (MANCOVA: Multivariate analysis of covariance) และพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีการของ Bonferroni Test

การพิทักษ์สิทธิ์และจรรยาบรรณในการวิจัย

กิจกรรมที่ 10-11 เพื่อพัฒนาสุขภาพจิต โดยการการวิ่งสมาธิที่เป็นการออกกำลังกายโดยการวิ่งเบา/วิ่งเหยาะ(Jogging) และทำสมาธิ (ขณิกสมาธิ) และเพื่อพัฒนาการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ (4 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 12 เพื่อสรุปและประเมินกิจกรรมในโปรแกรมฯ โดยภาพรวม รวมถึงการทำกิจกรรมทำสัญญากับตนเอง (2 ชั่วโมง)

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากนักเรียน รวมถึงมีการทดลองในมนุษย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาจรรยาบรรณในการวิจัย ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุมัติโครงการวิจัย และผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒตามหนังสือรับรองเลขที่ SWUEC/E-253/2560

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยก่อนทำการทดสอบสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบสมมติฐานดังกล่าวข้างต้น และทำการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปร (MANOVA) และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปร (MANCOVA)

1. เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ก่อนทำการวิเคราะห์ตามสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อตรวจสอบความเท่าเทียมกันของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุ (MANOVA) โดยใช้ตัวแปรที่วัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรตาม พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Wilk's lambda = .963, F = 1.479, p = .234) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม นั่นคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยตัวแปรพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมก่อนการทดลองที่เท่าเทียมกัน ข้อมูลแสดงไว้ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบพหุของตัวแปรพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมในระยะก่อนการทดลอง จำแนกตามกลุ่มการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda	F	df	p-value
Multivariate	.963	1.479	2	.234
Univariate				
ด้านพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ		.122	1	.728
ด้านพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย		2.996	1	.087

สำหรับผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุตัวแปร (MANOVA) ของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย พบว่า ผลของกลุ่มการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilk's lambda = .875, F = 5.498, p = .006) แสดงว่า คะแนนของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมทั้ง 2 องค์ประกอบในระยะหลังการทดลองระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร โดยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.46 และ 0.64 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากอิทธิพลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่ 1 ข้อมูลแสดงไว้ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมที่วัดในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda	F	df	p-value
กลุ่มการทดลอง	.875	5.498	2	.006

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมทั้ง 2 องค์ประกอบ ในระยะหลังการทดลอง

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่ม	$\bar{X}$	Mean difference	ES
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ	หลังการทดลอง	ทดลอง	4.953	.320*	0.46
		ควบคุม	4.633		
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย	หลังการทดลอง	ทดลอง	4.496	.342*	0.64
		ควบคุม	4.154		

*p<.05

2. เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้วิจัยได้นำตัวแปรพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย ที่วัดในระยะก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) เนื่องจากตัวแปรทั้งสองที่วัดในระยะก่อนการทดลอง มีความสัมพันธ์ทางบวก

กับพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะและพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย ที่วัดในระยะติดตามผล จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ (MANCOVA) เนื่องจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุมีข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรร่วมต้องมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ พบว่า ทั้งพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย ที่วัดในระยะก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์กับคะแนนของตัวแปรที่วัดในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะและพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย ที่วัดในระยะก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ แสดงผลไว้ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมที่วัดในระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรร่วม คือพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมในระยะก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda	F	df	p-value
ตัวแปรร่วม				
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ	.649	20.258	2	.000
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย	.354	68.502	2	.000
กลุ่มการทดลอง	.560	29.458	2	.000

สำหรับผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ (MANCOVA) ของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย พบว่า ผลของกลุ่มการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Wilk's lambda = .560, F = 29.458, p = .000)) แสดงว่า คะแนนของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมทั้ง 2 องค์ประกอบในระยะติดตามผล ระหว่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม แตกต่างกันอย่างน้อย 1 ตัวแปร โดยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.46 และ 0.93 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง ตามลำดับ แสดงว่าความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผลมาจากอิทธิพลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานที่ 2 ข้อมูลแสดงไว้ดังตาราง 7 และ 8

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมที่วัดในระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรร่วม คือพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมในระยะก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	Wilk's Lambda	F	df	p-value
ตัวแปรร่วม				
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ	.649	20.258	2	.000

พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย	.354	68.502	2	.000
กลุ่มการทดลอง	.560	29.458	2	.000

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีต่อพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมทั้ง 2 องค์ประกอบ ในระยะติดตามผล

ตัวแปร	ช่วงเวลา	กลุ่ม	$\bar{X}$	Mean difference	ES
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ	ติดตามผล	ทดลอง	4.934	.327*	0.46
		ควบคุม	4.606		
พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย	ติดตามผล	ทดลอง	4.842	.566*	0.93
		ควบคุม	4.277		

*p<.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของกลุ่มทดลองในแต่ละด้าน ทั้งด้านพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และด้านพฤติกรรมการเล่นมเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของกลุ่มทดลองในแต่ละด้าน ทั้งด้านพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และด้านพฤติกรรมการเล่นมเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังจากการทดลองได้เสร็จสิ้นลงไป โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในแต่ละด้าน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของกลุ่มควบคุม

2. ผลการวิเคราะห์ในระยะหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดการพัฒนาจิตลักษณะตามโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมนั้น พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.46 และ 0.64 ตามลำดับนั้น สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมได้ดีขึ้นกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ทั้งนี้เนื่องมาจากในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯนั้นได้รับเพียงความรู้เกี่ยวกับการเล่นเกมออนไลน์จำนวน 2 ชั่วโมง ซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงทดลองของจิราภรณ์ ชมบุญ (2555 :7)[13] ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของที่ค้นพบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของเด็กที่เป็นโลกอ้วน โรงพยาบาลหัวเฉียว จำนวน 26 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน โดยพบผลการทดลองว่ากลุ่มทดลองความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน มีเจตคติต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และมีเจตคติต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานของปิยะ บูชา (2561)[14] ที่ใช้กิจกรรมการเปลี่ยนเจตคติต่อการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิคส์ เป็นหนึ่งในกิจกรรมของโปรแกรมการเพื่อส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิคส์ให้กับนิสิตดังกล่าว โดยใช้แนวคิดของแมคไกวร์

(Mcquire. 1969)[5] ร่วมกับกิจกรรมการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมตนเองและความรู้เกี่ยวกับการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิคส์ พบว่านิสิตในกลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิคส์ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการควบคุมตนเองและความรู้เกี่ยวกับการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิคส์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะวัดผลหลังการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. ผลการวิเคราะห์ในระยะติดตามผล 1 เดือน หลังจากสิ้นสุดการพัฒนาจิตลักษณะตามโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม เป็นระยะเวลา 1 เดือน นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมที่เป็นพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะ และพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างปลอดภัย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.46 และ 0.93 ตามลำดับนั้น สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของจินตนา ตันสุวรรณนนท์ (2550)[15] ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมการรู้เท่าทันสื่อของนิสิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต จำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลอง A จะได้รับการฝึกอบรมการรู้เท่าทันสื่อทั้ง 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการคิด ความรู้สึก/จิตใจ และพฤติกรรม ระยะที่ 2 ได้รับการฝึกทำโครงการ ส่วนกลุ่มทดลอง B ได้รับการฝึกอบรมการรู้เท่าทันสื่อเฉพาะในระยะที่ 1 แต่ไม่ได้รับการฝึกทำโครงการ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับทั้งการฝึกอบรมและการฝึกทำโครงการ ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วยแนวคิดการควบคุมตนเองร่วมกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติตามแนวคิดของ แมคไกวร์ (Mcquire. 1969)[5] ผลการทดลองพบว่านิสิตที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรู้เท่าทันสื่อสูงขึ้นตามระยะของการวัด นั่นคือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อทั้ง 3 ด้านร่วมกับการฝึกทำโครงการจะมีความคงทนของการรู้เท่าทันสื่อหลังจากฝึกอบรม นอกจากนี้ผลการวิจัยในระยะที่ 2 ในระยะ ระยะติดตามผล 1 เดือน หลังจากสิ้นสุดการพัฒนาจิตลักษณะตามโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม เป็นระยะเวลา 1 เดือน ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบในงานของ พิศุทธิภา เมธีกุล (2561)[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรู้เท่าทันดิจิทัลและพฤติกรรมการใช้ดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนของนักศึกษาวิชาชีพครูในศตวรรษที่ 21 เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วยแนวคิด 5 แนวคิดร่วมกับแนวคิดการพัฒนาเจตคติของดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ (2531: 132-147)[17] ผลการทดลองพบว่านักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการรู้เท่าทันดิจิทัลและพฤติกรรมการใช้ดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และงานวิจัยส่วนนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของชัชวาล อรวงศ์สุภทัต (2561)[18] ที่ทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเสริมสร้างความจงรักภักดีต่อองค์การของวิศวกรสื่อสารและโทรคมนาคมเจนเนอเรชั่นในรัฐวิสาหกิจไทยจำนวน 44 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน โดยผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมความจงรักภักดีต่อองค์การทั้ง 5 ด้านคือ ความจงรักภักดีต่อองค์การด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความจงรักภักดีต่อองค์การด้านการยอมรับองค์การ ความจงรักภักดีต่อองค์การด้านการรักาผลประโยชน์องค์การ ความจงรักภักดีต่อองค์การด้านการสนับสนุนองค์การ และความจงรักภักดีต่อองค์การด้านการมีส่วนร่วมในงานสูงกว่า กลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลของการทดลองดังกล่าวข้างต้น ทำให้เชื่อได้ว่าคะแนนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมของนักเรียนในกลุ่มทดลองที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน หลังจากสิ้นสุดการพัฒนาจิตลักษณะตามโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมเป็นระยะเวลา 1 เดือน เกิดจากการที่นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมได้พัฒนาจิตลักษณะที่เป็นชุดฝึกอบรมที่พัฒนาทั้งด้านเจตคติต่อพฤติกรรมการเล่น

เกมออนไลน์อย่างเหมาะสม พัฒนาสุขภาพจิต รวมถึงการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันเกมออนไลน์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม จากข้อค้นพบที่น่าสนใจในการวิจัยครั้งนี้ การนำโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม ที่พัฒนาตามแนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ไปใช้เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะทำให้วัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น และจะสามารถคงอยู่เป็นพฤติกรรมที่อยู่อย่างยั่งยืน หรือเกือบยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้เวลา ซึ่งการใช้เวลาดังกล่าวคงไม่สูญเปล่า และคุ้มค่าต่อการทำให้พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสมเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวร และมีประสิทธิภาพในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้นับได้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นผู้ปกครอง ครูและผู้บริหารโรงเรียนที่ใกล้ชิดนักเรียน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐภาคเอกชน รวมทั้งองค์กรพัฒนาต่าง ๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับงานที่ส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยนำโปรแกรมฯ ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ให้เยาวชนเป็นผู้มีพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม และสร้างจิตลักษณะให้เยาวชนเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมเล่นเกมออนไลน์อย่างเหมาะสม โดยนักเรียนจะสามารถหลีกเลี่ยงการเล่นเกมออนไลน์นานเกินไป พร้อมที่จะเล่นในเวลาที่กำหนด หรืองดการเล่นเกมออนไลน์ในวันหยุดและหันไปทำกิจกรรมอื่นๆ แทน ก่อให้เกิดความพอดีในชีวิต ส่งผลให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี การเรียนไม่ตกต่ำ สุขภาพจิตดีซึ่งนักเรียนสามารถใช้เป็นเกราะกำบังต่อการถลำลึกเข้าไปเล่นเกมมากจนกลายเป็นคนติดเกมซึ่งไม่เป็นผลดีทั้งต่อตนเอง ต่อผู้คนรอบข้าง และต่อสังคมรอบข้าง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อให้สามารถนำไปใช้วงกว้างได้ รวมทั้งเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมด้วยการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทที่มีความแตกต่าง เช่น กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเป็นการเปรียบเทียบของแต่ละช่วงวัย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภัคนิจ วิษณุพงษ์พร. พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ที่ส่งผลต่อการเรียนของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การจัดการสาธารณะ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2552.

2. Young, K. S. Internet Addiction: A new Clinical Phenomenon and Its Consequences. **The American Behavior Scientist**. 48(4): 402-416, 2004.

3. พิรงรอง รามสูต. การสร้างภูมิคุ้มกันการติดเกมออนไลน์สำหรับเยาวชนไทย.กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2552.

4. ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. **การปรับปรุงพฤติกรรมเบื้องต้น**.กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย, 2530.5. McGuire, W. J. **The Nature of Attitudes and Attitude Change. In The Handbook of Social Psychology.** 2 nd ed. G. Linzay and E. Aronson, eds. Cambridge: Addison and Wesley. pp. 136-314, 1969.

6. ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2544). **ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม: การวิจัยและการพัฒนาบุคลากร ตำราชั้นสูง ทางสังคมพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

7. สุชาติ โสมประยูร. **วิ่งสมาธิ สู่เส้นทางสุขภาพและสมรรถภาพที่สมบูรณ์.** กรุงเทพฯ: เทพนิมิตการพิมพ์, 2535.

8. ประพรรธน์ พละชีวะ และคณะ. แนวทางการพัฒนากิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. **วารสารวิจัยรำไพพรรณี** . 11(3) (กันยายน – ธันวาคม) : 23-30, 2560.

9. กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์**. บทวิเคราะห์งานวิจัยสถานการณ์เด็กติดเกม.** สืบค้นจาก http://www1.si.mahidol.ac.th/Healtygamer/sites/default/files/scribd/bthwiekhraaahsthaankaaredktidekm_2556.pdf, สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2561.

10. ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ. การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 59(1) (มกราคม – เมษายน): 3-14, 2557.

11. ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. **หลักการวิจัยทางการศึกษา.** กรุงเทพ ฯ : ศึกษาพร, 2528.

12. Cresswell, J.W.. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches**. Thousand Oaks, California: Sage Plublications, 2003.

13. จิราภรณ์ ชมบุญ. ประสิทธิผลของโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของเด็กที่เป็นโรคอ้วนโรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2555.

14. ปิยะ บูชา. การพัฒนารูปแบบเชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนิสิตระดับปริญญาตรี. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561.

15. จินตนา ตันสุวรรณนนท์. ผลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต. ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2550.

16. พิศุทธิภา เมธีกุล. โปรแกรมพัฒนาการรู้เท่าทันดิจิทัลและพฤติกรรมการใช้ดิจิทัลในการจัดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนของนักศึกษาวิชาชัพครูในศตวรรษที่ 21. ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561.

17. ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงาน : ชุดฝึกอบรมการเสริมสร้างคุณลักษณะของข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพ ฯ: กรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือนสำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2531.

18. ชัชวาล อรวงศ์ศุภทัต. ปัจจัยเชิงเหตุที่มีอิทธิพลต่อความจงรักภักดีต่อองค์การและประสิทธิผลของดปรแกรมบูรณาการจิตลักษณะ เพื่อเสริมสร้างความจงรักภักดีต่อองค์การของวิศวกรสื่อสารและโทรคมนาคมเจนเนอเรชั่นวายในรัฐวิสาหกิจไทย. ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (จิตวิทยาประยุกต์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2561.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

มูลเหตุการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น

Causes of Critical Heterosexual Relationships among Early Adolescence

สรรกมล กรนุ่ม[1] ประทีป จินงี่[2] นริสรา พึ่งโพธิ์สภ[3]

Sankamon Gornnum[1] Prateep Jinnje[2] Narisara Peungposop[3]

(Received: January 30 ,2019 ; Accepted: March 15 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจความหมายและค้นหาเงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณจากมุมมองของวัยรุ่นตอนต้น โดยดำเนินการศึกษาตามแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจงจาก นักเรียนที่มี คุณลักษณะความอดทนสู้ชีวิต มีความเป็นผู้นำ และมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง อายุระหว่าง 12 -15 ปี กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน ผู้ปกครองของนักเรียน จำนวน 5 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับพฤติกรรมเยาวชนและจิตวิทยาพัฒนาการวัยรุ่น จำนวน 3 คน พื้นที่ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

ผลการศึกษาสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ ส่วนที่ 1 ความหมายของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียน และผู้ปกครองในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา รวมถึงผู้เชี่ยวชาญมีรูปแบบการให้ความหมายเป็นทิศทางเดียวกัน เรื่องการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลในการคบเพื่อนต่างเพศ ขณะกระทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกโรงเรียน ส่วนที่ 2 เงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้นที่สำคัญ คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล และการเห็นแบบอย่างจากคนรอบข้าง ซึ่งเป็นสาเหตุทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก และความเชื่อ ของวัยรุ่นในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัยด้วยการรู้จักควบคุมตนเองได้ในการคบเพื่อนต่างเพศในสถานการณ์ต่างๆ

คำสำคัญ: การคบเพื่อนต่างเพศ, วิจารณญาณ, วัยรุ่นตอนต้น, การศึกษาเฉพาะกรณี

Abstract

The aim of this research is to understand the meaning and explore causes of Critical Heterosexual Relationships. The research was constructed using case study method in qualitative research. Five high school students, grade 7 – 9, ages between 12 -15 years, who were identified for leadership determination as fighter and being responsible for self and others, were selected as key informants. The students' parents and three behavioral modification and child development professional were also interviewed. The setting was selected from high school of local government of Nakhon Ratchasima province, Thailand. The instruments used in the study were semi-structured interviews and participant observation.

The results revealed that: Part 1. For students, their parents and professionals the meaning of Critical Heterosexual Relationships focused on acts of meditating and reasoning related to behavior inside and outside of school. Part 2. The significant conditions of Critical Heterosexual Relationships were parents providing reasoning for education and learning from role models to lead to changes in students attitudes, feelings and beliefs towards self control in all situations.

Keywords: Heterosexual Relationships, Critical, Early Teens, Case study

[1] นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

4 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาเรื่องเพศของวัยรุ่นมีข้อมูลสำรวจนักเรียน จำนวน 1,600 คนในโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนอาชีวะในประเทศไทย พบว่า ทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานในวัยรุ่นเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นชายและปราศจากการรับผิดชอบ และปัจจุบันวัยรุ่นชายเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุ 14.5 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุในวัยรุ่นตอนต้น (Prohmmo, n.d)[1] ถึงแม้ว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการใช้วิธีการคุมกำเนิด แต่อัตราการใช้มีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ในเพศชายจากร้อยละ 88.2 ในปี 2555 ลดเหลือร้อยละ 82.0 ในปี 2558 ส่วนเพศหญิงลดลงจากร้อยละ 80.0 ในปี 2555 เหลือ ร้อยละ 74.6 ในปี2558 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2551)[2]ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน จากสถิติจำนวนหญิงคลอดบุตรอายุ10-19ปี ตั้งแต่ปี 2546-2558 พบว่า ในปี 2555 วัยรุ่นหญิงมีอัตราคลอด 132,203 คน รองลงมาในปี 2554 มีอัตราคลอด 132,180 คน และน้อยที่สุดในปี 2546 มีอัตราคลอด 95,873 คน (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2558)[3]

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเครือญาติเป็นสังคมปัจเจกมากขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวไทย เช่น ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่มีบิดาหรือมารดาเลี้ยงบุตรเพียงลำพัง ครอบครัวบิดามารดาวัยรุ่น ครัวเรือนที่อยู่ด้วยกันแบบไม่ใช่ญาติ ครัวเรือนที่มีช่องว่างระหว่างอายุ คือ ปู่ย่า/ตายายกับหลาน หรือครัวเรือนที่เป็นเพศเดียวกัน และการดำเนินชีวิตของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงทั้งบิดาและมารดาต้องแสวงหารายได้ ทำให้ไม่สามารถอบรมเลี้ยงดูบุตรได้เท่าที่ควร ส่งผลให้เด็กและเยาวชนไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่เพียงพอ จึงถูกชักจูงจากภายนอกครอบครัวโดยง่าย เช่น ติดสารเสพติด ติดเกม มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น (คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ, 2554)[4] ซึ่งเกิดจากเยาวชนขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาทำให้ความสามารถในการวิเคราะห์และจัดการกับปัญหาของตนเองเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก(มูลนิธิดรุณาทร, ม.ป.ป.)[5]

การศึกษาทักษะชีวิตวัยรุ่นไทย พบว่า ทักษะชีวิตของเยาวชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ 5 ด้าน คือ ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดแบบวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การตระหนักในตนเอง และการจัดการอารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)[6]

หากเยาวชนได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถในการคิดย่อมเป็นการช่วยพัฒนาประเทศชาติให้มีความเจริญก้าวหน้าทันต่อกระแสโลกาภิวัฒน์ได้อย่างสง่างามและอยู่เย็นเป็นสุข(ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ, 2551)[7] การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นทักษะหนึ่งในทักษะชีวิตด้านการคิดที่อยู่บนพื้นฐานของหลักการและเหตุผล เป็นหนึ่งในสามส่วนที่เป็นปัจจัยสำคัญของความฉลาดของมนุษย์ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการเรียนรู้และดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า นักวิชาการหลายท่านให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นทักษะสำคัญที่ใช้ในการเรียนรู้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้เรียน รวมทั้งยังใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและสร้างสรรค์ในปัจจุบัน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2545)[8]

จากการทบทวนงานวิจัยในอดีตที่เกี่ยวข้องกับการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ พบว่า มีช่องว่างของการศึกษา(Gap of Knowledge) ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาประเด็นการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณโดยตรงค่อนข้างน้อย จากการสืบค้นพบเป็นงานวิจัยที่มุ่งเน้นเรื่องการคบเพื่อน(ฌรงค์รักษ์ ต่อศรีเจริญ และคณะ, 2549)[9] หรือการคิดอย่างมีวิจารณญาณ(กนกทอง มหาวงศนันท์, 2550)[10]แบบแยกส่วน และยังไม่ให้คำตอบที่ชัดเจนในด้านประเด็นที่ศึกษา ยังขาด 1)การศึกษาองค์ความรู้แบบองค์รวมระหว่างการคบเพื่อนต่างเพศและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่น และ 2)ความรู้ความเข้าใจของบิดามารดา/ผู้ปกครอง/ครูอาจารย์ต่อธรรมชาติของวัยรุ่น และยังพบช่องว่างการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ(Gap of Methodology) มีน้อยในการศึกษามุมมองของคนในที่มีประสบการณ์จริงของวัยรุ่น โดยครอบคลุมบริบทสิ่งแวดล้อมทางครอบครัวและสังคม

ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจความหมาย และค้นหาเงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ

ของวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้การศึกษาตามแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study)นั้น จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการสร้างรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมวัยรุ่นด้านการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ และให้เหมาะสมกับบริบทนักเรียนในเขตพื้นที่โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาอย่างแท้จริงซึ่งจะทำให้โปรแกรมฯมีประสิทธิภาพ และพัฒนานักเรียนได้อย่างยั่งยืนในการประยุกต์กิจกรรมใช้ในการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหมายและเงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณจากมุมมองของวัยรุ่นตอนต้น

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยใช้พื้นที่ในสถานศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายนพ.ศ.2560 -เดือนกันยายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 โรงเรียน ในปีงบประมาณ 2560

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ มีลักษณะความอดทนสู้ชีวิต เป็นผู้นำ และมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง จำนวน 5 คน อายุอยู่ระหว่าง 12 -15 ปี 2)กลุ่มผู้ปกครองของนักเรียนที่ถูกคัดเลือก อายุอยู่ระหว่าง 34 - 48 ปี จำนวน 5 คน 3) กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 3 คน อายุระหว่าง 45 - 72 ปี มีประสบการณ์ทำงานกับเด็กและเยาวชนมาไม่น้อยกว่า 20 ปี

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการคบเพื่อนต่างเพศ และแนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาความหมายและเงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่นำมาใช้ในการค้นหาองค์ประกอบของพฤติกรรมการคบเพื่อนต่างเพศอย่างอย่างมีวิจารณญาณในวัยรุ่น

การใช้ทฤษฎีปัญญาสังคม(Social Cognitive Theory)ของแบนดูรา เป็นแนวคิดเชิงพฤติกรรมแนวใหม่ที่ระบุว่าพฤติกรรมเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมซึ่งต่างมีอิทธิพลส่งผลต่อกัน (อรพินทร์ ชูชม, 2559: 70)[11] ตามความคิดพื้นฐานของแบนดูรา กล่าวคือ การเรียนรู้ของวัยรุ่นเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน สื่อต่างๆ เป็นต้น ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมภายนอกของวัยรุ่น(สุรางค์ โค้วตระกูล. 2553: 238)[12]

เครื่องที่ใช้ในการศึกษา

1.การใช้เครื่องมือแบบสอบถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure) และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (In-depth Interview) พร้อมบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลหลัก

2. การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (Participant Observation) ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการเชิงคุณภาพ ดังนี้ (ชาย โพธิสิตา. 2554)[13]

1.การจัดระเบียบข้อมูล จากการบันทึกเสียงและการจดบันทึกจากการสังเกตนำมาบรรยายเชิงพรรณนาอย่างเป็นระบบระเบียบ เพื่อสะดวกต่อการใช้ข้อมูลและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

2. นำข้อมูลดิบที่ได้มาแบ่งย่อยตามประเด็นของวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ด้วยการให้รหัส (Code)ซึ่งเป็นการกระชับข้อมูลให้เล็กลงและสามารถนำไปใช้ได้จริง

3. นำข้อมูลที่ให้รหัสมาจัดเป็นหมวดหมู่ข้อมูล (Clustering) ตามลักษณะข้อมูลที่สัมพันธ์กัน คือ ความหมาย และเงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก และนำเสนอ

ข้อมูลในรูปแบบการพรรณนา สรุปและตีความ ตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของวัตถุประสงค์การวิจัย

4. การนำข้อมูลมาแสดง จากข้อมูลที่ถูกจัดเป็นหมวดหมู่นำมาแสดงเป็นเรื่องราวและมีความหมายตรงตามความเป็นจริงกับสิ่งที่ศึกษา และใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ยืนยันข้อมูลดังกล่าว โดยการเทียบเคียงข้อมูลจากแหล่งที่แตกต่างกัน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ครูที่ปรึกษา หากพบข้อมูลสอดคล้องกัน ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้สรุปและตีความเทียบเคียงวิเคราะห์กับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับบันทึกในระยะต่างๆมาสู่การเปรียบเทียบเพื่อพัฒนาข้อมูลโดยปราศจากอคติของผู้วิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ก่อนการเก็บข้อมูลจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์จากผู้วิจัย และลงลายมือชื่อลงเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent) กรณีผู้ให้ข้อมูลอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองต้องให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเน้นการเก็บรักษาความลับด้านข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นนักเรียนระดับ ม.3 จำนวน 3 คน ม.2 จำนวน 1 คน และ ม.1 จำนวน 1 คน มีทั้งนักเรียนผู้ชายและนักเรียนผู้หญิง ลำดับการเกิดทั้งที่เป็นลูกคนเดียว และมีพี่น้อง ซึ่งมีลักษณะการคบเพื่อนต่างเพศ เพื่อปรึกษาเรื่องการบ้าน และทำกิจกรรมเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นข้อมูลทิศทางเดียวกับผู้ปกครองด้านการสอนเรื่องการคบเพื่อนต่างเพศ ผู้ปกครองทุกคนสอนนักเรียนคบเพื่อนต่างเพศเพื่อเป็นเพื่อนและทำกิจกรรมร่วมกัน ข้อมูลของนักเรียนสอดคล้องกับผู้ปกครองเรื่องหน้าที่รับผิดชอบของนักเรียนที่บ้าน ซึ่งผู้ปกครองทุกคนฝึกให้นักเรียนมีหน้าที่รับผิดชอบงานบ้านตั้งแต่ระดับประถมศึกษา และมีการฝึกเด็กตั้งเป้าหมาย

สำหรับข้อมูลพื้นฐานของผู้ปกครองมีการศึกษาที่แตกต่างกัน ระดับ ป. 6 จำนวน 2 คน ม.6 จำนวน 1 คน ม. 3 จำนวน 1 คน และไม่ได้ศึกษา จำนวน 1 คน มีทั้งพ่อแม่ และป้า การประกอบอาชีพที่หลากหลาย ได้แก่ ลูกจ้างโรงงาน จำนวน 2 คน ค้าขาย จำนวน 1 คน รับจ้างทั่วไป จำนวน 1 คน และรับเหมาก่อสร้าง จำนวน 1 คน เมื่อพิจารณาคุณสมบัติของนักเรียนและผู้ปกครองเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้ปกครองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีความอดทนสู้ชีวิต เป็นผู้นำ และมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง

กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 3 คน สำเร็จการศึกษามากกว่าระดับปริญญาตรีและได้รับการอบรมเฉพาะทางตามความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ทำงานกับเด็กและเยาวชนมาไม่น้อยกว่า 20 ปี ผลการศึกษาสรุปประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

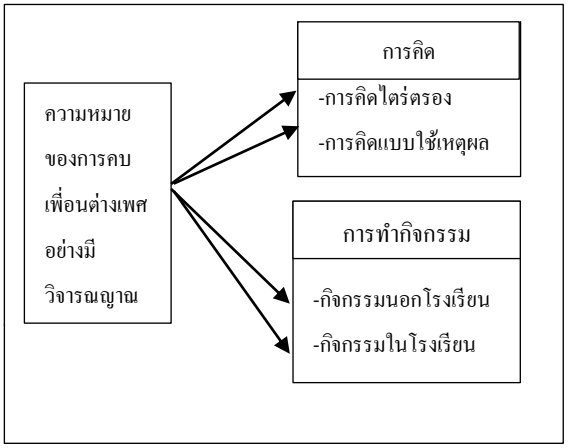
1. ความหมายของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น

ความหมายของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ หมายถึง การคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่ออนาคตของตนเองก่อนตัดสินใจลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกันนอกห้องเรียน ได้แก่ การนัดกันทำการบ้าน การนัดกันทำงานกลุ่ม การชวนเล่นเกมเล่นเฟส การชวนเล่นกีฬาด้วยกันในเวลาว่าง การชวนเที่ยวหลังเลิกเรียนและวันหยุดกับเพื่อนเพศตรงข้าม มาจากมุมมองที่หลากหลายมิติของนักเรียนผู้ปกครอง และผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้ 2 มิติดังนี้

1) มิติด้านการคิด แบ่งเป็นการคิดอย่างไตร่ตรองและการคิดแบบใช้เหตุผล ผู้ให้ข้อมูลได้ให้มุมมองการคิดอย่างไตร่ตรอง ได้แก่ การคิดก่อนทำเพื่ออนาคต เป็นการทบทวนสถานการณ์หรือสิ่งที่ถูกชักชวนจากเพื่อนต่างเพศก่อนตัดสินใจกระทำร่วมกับเพื่อนต่างเพศ และการคิดอยู่

ในกรอบไม่นอกขอบเขตเป็นการคำนึงถึงการกระทำตามหลักประเพณีวัฒนธรรมไทยและเหมาะสมกับวัยตามคำสอนของบิดามารดา ดังคำพูด“เวลาคุยกันก็อย่าไปคุยกันสองต่อสอง คุยกันเป็นกลุ่ม ต้องคิดก่อนทำ อย่างเค้าชวนไปเที่ยวหนูก็ไม่เคยไปค่ะ มันไม่ดี เกิดผลเสียต่อเราและพ่อแม่เสียใจถ้าเราทำแบบนั้น ที่เราใช้วิจารณญาณในการคบเพื่อนก็เพื่ออนาคตของเราและเราก็จะได้ไม่ท้องก่อนเพราะลำบากค่ะเรียนก็ไม่จบ อนาคตล่มจมเลย” (เด็กหญิงดา) ส่วนการคิดแบบใช้เหตุผล โดยการรู้จักสังเกตการกระทำของเพื่อนต่างเพศอย่างพิจารณาว่าสิ่งที่เพื่อนต่างเพศกระทำดีหรือไม่ดีและรู้จักแยกแยะการกระทำระหว่างความเป็นเพื่อนกับการเป็นคู่รัก ดังคำพูด “ดูการคบเพื่อนต่างเพศ ดูว่ามีนิสัยดีมั้ย เรียนเก่งมั้ย เขาขยันมั้ย เป็นคนดีหรือไม่ ดูเขาไปเรื่อยๆ ว่าการเรียนเขาตั้งใจเรียนหรือปล่าการเรียน พฤติกรรมการคบเพื่อน ก็ดูเขาอยู่โรงเรียน ดูเวลาเรียนเขาตั้งใจเรียนหรือว่าเล่น” (เด็กชายบี)

2) มิติด้านกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ซึ่งกิจกรรมในโรงเรียนเป็นเรื่องการเรียนการเล่นกีฬา การสันทนาการในช่วงเวลาพักเที่ยงหรือคาบว่างจากการเรียน ดังคำพูด “ส่วนใหญ่ก็เดินเล่น เดินคุยกันเล่นๆ ในโรงเรียนนี่ล่ะครับ” (เด็กชายเอ) หากเป็นกิจกรรมนอกโรงเรียนจะใช้เวลาคุยเล่นกับเพื่อนต่างเพศผ่านออนไลน์หรือปรึกษาเพื่อน บางครั้งปรึกษาผู้ปกครอง มีเที่ยวเล่นกับเพื่อนๆหรือครอบครัว เล่นกีฬาละแวกบ้าน ศึกษาธรรมะที่วัดใกล้บ้าน แบ่งเวลาทำงานกลุ่มและงานบ้าน ดังคำพูด “ส่วนใหญ่จะกลับบ้านก็ไม่ค่อยได้เล่น จะอยู่บ้านใครบ้านมัน จะเล่นด้วยกันเฉพาะอยู่ โรงเรียนหรือไม่บางทีก็มีงานที่อาจารย์แบบงานเป็นกลุ่มอะไรอย่างเนี้ย ไปหากัน ถ้าเล่นนี้ไม่ค่อยมาเล่นด้วยกัน น้องหยุดก็อยู่บ้าน ช่วยงานบ้าน” (แม่เด็กชายเอ) ซึ่งสรุปข้อค้นพบความหมายตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 สรุปข้อค้นพบความหมายของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของ วัยรุ่นตอนต้น

2. เงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น

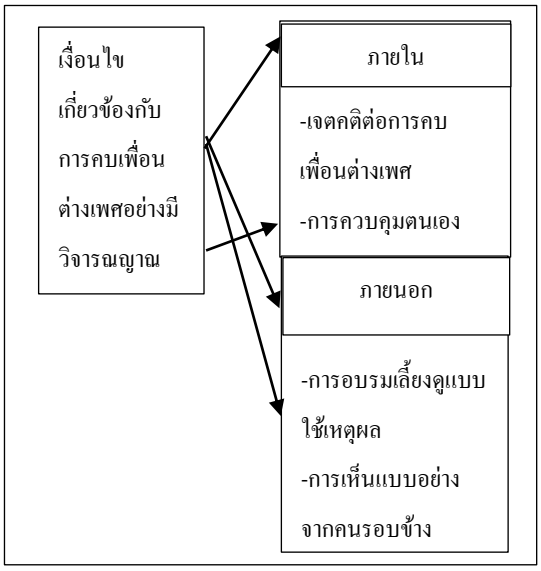
เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียน ผู้ปกครองในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา และผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นเงื่อนไขภายในตัวบุคคล และเงื่อนไขภายนอกจากสภาพแวดล้อมทางสังคม ที่ประกอบด้วย 4 สาเหตุ ดังได้นำเสนอต่อไปนี้

1) เงื่อนไขภายในตัวบุคคล เป็นเงื่อนไขที่เกิดจากความเชื่อ ความรู้สึก ความคิด และตาม จิตลักษณะของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ พบว่ามี 2 สาเหตุ ประกอบด้วย 1.1 เจตคติต่อการคบเพื่อนต่างเพศ หมายถึง วัยรุ่นรู้ถึงโทษหรือประโยชน์ในการคบเพื่อนต่างเพศ สามารถบอกความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเพื่อนต่างเพศได้ และกล้าตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของตนต่อเพื่อนต่างเพศได้อย่างเหมาะสมตามวัย 1.2 การควบคุมตนเอง หมายถึง มีความสามารถในการยับยั้งภายในตนเองด้วยการ มุ่งมั่นต่อเป้าหมาย เคารพตนจากการมีสำนึกที่ดีงาม รู้จักอดทน มีวินัยรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น

2) เงื่อนไขจากสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ไม่ได้เกิดจากตัวบุคคลโดยตรง แต่มาจากสภาพแวดล้อมรอบข้างนอกที่มีส่วนเกี่ยวข้องและนำไปสู่การคบเพื่อนต่างเพศ

อย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีสาเหตุที่มาจากสภาพแวดล้อม 2 ประการ ประกอบด้วย 2.1 การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล หมายถึง การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองให้เหตุผลด้วยการสื่อสารทางบวก ให้นักเรียนรู้ว่าสิ่งใดควรหรือไม่ควรกระทำกับเพื่อนเพศตรงข้าม ส่งเสริมในสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว คำนึงถึงผลของการกระทำนั้นไม่ทำให้ตนเองและผู้อื่นเดือดร้อน ด้วยการบ่มเพาะพฤติกรรมที่ดีจากครอบครัว และ 2.2 การเห็นแบบอย่างจากคนรอบข้าง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ปกครองคอยติดตามดูแลเอาใจใส่ ให้แนวทางการดำเนินชีวิตจากเป็นแบบอย่างให้ดู ชี้แนะให้เห็นตัวอย่างและผลลัพธ์ของคนรอบตัวเกี่ยวกับคบเพื่อนต่างเพศ รวมถึงการเปิดโอกาสให้นักเรียนมีประสบการณ์เสริมความรู้จากโรงเรียน ครู เพื่อน และสังคมใหม่ ทำให้นักเรียนรู้จักปฏิบัติตนตามความเหมาะสมในการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ

เงื่อนไขทั้ง 2 ประเด็นสามารถเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการดูแลวัยรุ่นตอนต้นให้รู้จักเลือกคบเพื่อน ส่งผลประสบความสำเร็จในชีวิต และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศต่อไป สามารถสรุปแสดงข้อค้นพบเงื่อนไขตามภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 สรุปข้อค้นพบเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้น

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาเป็นที่น่าสังเกตว่า ความหมายของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนและผู้ปกครองในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา อ.สูงเนิน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญมีรูปแบบการให้ความหมายเป็นทิศทางเดียวกันเรื่องการคิดไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลในการคบเพื่อนต่างเพศด้วยมีการกระทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกโรงเรียนนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการบริหารจัดการสมอง (Executive Function) ด้วย EF มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถของมนุษย์ในกระบวนการคิดรับรู้คำสั่ง และมีความสัมพันธ์ทางบวกในการตระหนักรู้ตนเอง ด้านการคิดไตร่ตรอง ยับยั้ง ชั่งใจ(Inhibitory Control) และส่วนความจำที่นำมาใช้งาน (Working Memory)ในอนาคตของวัยรุ่นตอนต้น (Riggs; et al, 2015)[14] ซึ่งตรงตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์เป็น และสร้างองค์ความรู้ได้ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาได้

เงื่อนไขของการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณของวัยรุ่นตอนต้นที่สำคัญ คือ การอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล และการเห็นแบบอย่างจากคนรอบข้าง ซึ่งเป็นสาเหตุทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของวัยรุ่นที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามวัย ด้วยการรู้จักควบคุมตนเองได้ในการคบเพื่อนต่างเพศในสถานการณ์ต่างๆ หากเยาวชนได้รับการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหามากขึ้น ทำให้เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาของตนเองกับเพื่อนต่างเพศได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) เป็นกระบวนการคิดไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาคลุมเครือ มีความขัดแย้ง เพื่อตัดสินใจว่าสิ่งใดควรเชื่อหรือไม่ควรเชื่อ สิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ โดยใช้ความรู้จากประสบการณ์ของตน และข้อมูลรอบด้าน ทั้งข้อมูลเชิงวิชาการ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและข้อมูลส่วนตัว

ของผู้คิด (ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ, 2551)[15] รวมถึงการได้รับความเข้าใจ เอาใจใส่จากผู้ปกครองย่อมส่งผลให้เยาวชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประสบความสำเร็จได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1.สนับสนุนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในสถานศึกษา ด้วยการให้นักเรียนฝึกคิดวิเคราะห์ไตร่ตรองด้วยเหตุผลในการตัดสินใจกระทำกิจกรรมกับเพื่อนต่างเพศ ด้วยการการฝึกตั้งเป้าหมายชีวิต และคำนึงถึงผลกระทบทางบวกในอนาคต

2. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้ปกครองเรื่องการอบรมเลี้ยงดูอย่างมีเหตุผล และเป็นแบบอย่างที่ดีให้ลูกวัยรุ่นได้ปฏิบัติตาม เพื่อนำผู้ปกครองและนักเรียนมีส่วนร่วมทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการสื่อสารกับลูกวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ด้านการคบเพื่อนต่างเพศอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเป็นกิจกรรมที่นำไปประยุกต์ใช้ในชั้นเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป จินงี่ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก้ไขความถูกต้องของงานวิจัยจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณ ท่านนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาที่กรุณาให้ใช้พื้นที่โรงเรียนมัธยมเป็นสนามการวิจัย รวมถึงคณะครูที่อำนวยความสะดวกในการประสานนักเรียน ผู้ปกครอง สถานที่ห้องเรียน ห้องประชุมในโรงเรียน และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้ปกครอง และผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ให้ข้อมูล และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Prohmmo, A. (n.d). **Adolescent health and development situation in Thailand**. Nakhon Pathom: Institute for population and social research mahidol university.

2. เว็บไซต์สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2551). **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** สืบค้นพบเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2559 จาก www.boe.moph.go.th/Annual/Annual1.202551/Part1_51/3251_ST1.doc

3.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.(2558). **สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน.** รายงาน. นนทบุรี: กรมอนามัย.

4.คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ.(2554). **แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

5.เว็ปไซต์มูลนิธิดรุณาทร.(ม.ป.ป.). **สถานการณ์เยาวชนไทย** สืบค้นพบเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2560 จาก http://www.compassionth.com/?page_id=6260

6.เว็ปไซต์กรมสุขภาพจิต.(ม.ป.ป.). **สถานการณ์ปัญหาสุขภาพวัยรุ่น** สืบค้นพบเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2560 จาก http://www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy

7.ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ.(2551). **การพัฒนาการคิด.**(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด 9119 เทคนิค พริ้นติ้ง.

8.สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2545). **พระราชบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไข เพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545**. กรุงเทพฯ: บริษัทพริกหวานกราฟฟิคจากัด.

9.ฉรงค์รักษ์ ต่อศรีเจริญ, วามดา จินดามาตย์,อภิญญา สุวลีรัตน์,ยาใจ เพชรสงฆ์, ฏิฏฐะฉัฐ อิงคุลานนท์ ,กิตติศักดิ์ จิตรภักดี. (2449). **ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีอิทธิพลต่อเจตคติในการคบเพื่อน ต่างเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร.**รายงานการวิจัยของการเรียนการสอนรายวิชา จต 325 (สาขาจิตวิทยา). กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

10.กนกทอง มหาวงศนันท์.(2550).**การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2**.ปริญญานิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต(สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

11.อรพินทร์ ชูชม. (2559).**พฤติกรรมศาสตร์: มุมมองในศาสตร์ที่แตกต่าง เรื่อง พฤติกรรมศาสตร์เชิงจิตวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรจนพริ้นท์ติ้ง.

12.สุรางค์ โค้วตระกูล. (2553). **จิตวิทยาการศึกษา.**(พิมพ์ครั้งที่9). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

13.ชาย โพธิสิตา.(2554). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ:บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

14.Riggs,N.R; Black, D.S; and Ritt-Olson, A. (2015). Associations Between Dispositional Mindfulness and Executive Function in Early Adolescence. **Child Fam Stud**, 24:2745–2751.

15. ประพันธ์ศิริ สุเสารัจ.(2551). **การพัฒนาการคิด.**(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด 9119 เทคนิค พริ้นติ้ง.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย

Quality of life in Patient on Chronic Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis in Health Region 8, Thailand.

สุพัฒน์ อาสนะ[1], วรรณนภา สระทองหน[2], เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[3]

Supat Assana, Wannanapa Srathonghon, Saowaluk Seedaket

(Received: February 3 ,2019 ; Accepted: February 30 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 คือจังหวัดสกลนคร อุดรธานี และหนองบัวลำภู จำนวน 360ราย เป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 72 ราย และผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 288 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (KDQOL-36) ระหว่างเดือน มีนาคม ถึงกันยายน 2560

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่า $\overline{X}$ ± S.D. ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม เท่ากับ 59.43±12.60 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) อยู่ในระดับต่ำ (55.76±13.95) คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านโรคไต (SF-36) อยู่ในระดับปานกลาง (63.11±13.26) ด้านที่มีระดับคะแนน ต่ำมาก คือ ด้านอาการทางร่างกาย (19.89±10.82) และด้านการนอนหลับ(45.64±14.53) ด้านที่มีระดับคะแนน สูง คือ ด้านสุขภาพด้านจิตใจ(71.50±21.16) ด้านบทบาททางด้านร่างกาย(71.87±31.66) ด้านอิสระในการเดินทาง(72.91±27.75)ด้านเพศสัมพันธ์(78.81±31.98) และด้านภาพลักษณ์(78.47±23.47) ผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีค่า $\overline{X}$ ± S.D. ของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม เท่ากับ 50.58±9.79 คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) อยู่ในระดับ ต่ำมาก (45.40±11.35) คุณภาพชีวิตสุขภาพด้านโรคไต อยู่ในระดับต่ำ (55.75±11.55) ด้านที่มีระดับคะแนน ต่ำมาก คือ ด้านอาการทางร่างกาย (24.43±11.73) ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (45.64±23.52) ด้านการนอนหลับ (45.76±15.45) ด้านสุขภาพทั่วๆไป (46.52±30.45) และด้านการทำงาน (48.95±36.78) ด้านที่มีระดับคะแนนสูง คือด้านภาพลักษณ์ (71.26±24.89) และด้านเพศสัมพันธ์ (74.94±33.52)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Abstract

A cross sectional study aimed to examine the level of Chronic Kidney Disease in the Health Region 8, Thailand. The total of 360 sample were Hemodialysis(HD) patients 72 cases and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis(CAPD) patients 288 cases, and selected by multistage random sampling form 3 provinces ; Udon Thani, Nong, Bua Lum Phu, and Sakon Nakhon. Data were collected using questionnaire Kidney Disease Quality of Life Short Form - KDQOL SFTM version 1.3, Thai version. Data were collected from March to September, 2017.

Result: HD patients had overall of mean scores of quality of life, $\overline{X}$ ±S.D. = 59.43±12.60.The general health of 36-Item Health survey scale had low level (55.76±13.95). Kidney disease-target scale had moderate level (63.11±13.26).The dimensions had lowest level were symptoms (19.89±10.82), and sleep (45.64±14.53). The dimensions had high level were mental health (71.50±21.16), role physical (71.87±31.66), travel restrictions (72.91±27.75), sex (78.81±31.98), and body image (78.47±23.47). CAPD patients had overall of mean scores of quality of life, $\overline{X}$ ±S.D. = 50.58 ± 9.79. The general health of 36-Item Health survey scale had lowest level(45.40±11.35). Kidney disease-target scale had **Low** level (55.75±11.55). The dimensions had lowest level were symptoms (24.43±11.73), freedom (45.64±23.52), sleep) (45.76±15.45), general health (46.52±30.45), and work(48.95±36.78). The dimensions had high level were body Image (71.26±24.89), and sex (74.94±33.52).

[1] อาจารย์, ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

[2] หัวหน้างาน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี

[3] ผู้อำนวยการ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease)เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่3ขึ้นไป มีประมาณร้อยละ2.9-13 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2549)[1] ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย(End stage renal Disease; ESRD) เข้าถึงบริการทดแทนไตได้ คือการล้างช่องท้อง (Peritoneal dialysis:PD) การฟอกเลือด(Haemodialysis: HD)และการผ่าตัดปลูกไต(Kidney Transplantation: KT) ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับสิทธิการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2551เป็นต้นมา ซึ่งครอบคลุมในด้านการผ่าตัดปลูกถ่ายไต(KT) การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ปีพ.ศ.2550-2552 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย(Thai SEEK Study) ได้สำรวจประชาชน 3,459 คน พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ17.56 โดยคาดการณ์ว่าคนไทย65ล้านคน จะพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประมาณ 7.06 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 200,000 คน (Ingsathit A and et all, 2010)[2] ในปี 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้งบประมาณสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประมาณ 3,000 ล้านบาท และคาดการณ์ว่าจะใช้งบประมาณกว่า 17,000 ล้านบาท หากไม่มีการดำเนินการใดๆภายในปี พ.ศ. 2560 โดยในปี 2558 ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) มีอัตราอุบัติการณ์ของโรค(incident rate) คือ201.03 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สัดส่วนการมีชีพผู้ป่วย CAPD:HD คือร้อยละ 64:36 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี คือ ร้อยละ 79:21อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต เปรียบเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรค ภาพรวมประเทศ พบร้อยละ 85.64 สปสช.เขต 8 อุดรธานี ร้อยละ 87.54 โดยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายอีกจำนวนหนึ่ง เลือกการรักษาแบบประคับประคองแทน (สปสช.เขต 8, 2559)[3]

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วย CAPD มีอัตราการติดเชื้อ0.67ครั้ง/ราย/ปี และเป็นสาเหตุของการตาย ร้อยละ 7-10 การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีข้อดีคือสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน แต่อาจมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ต้องเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ อายุระดับการศึกษา ภาวะชีดและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์,2559)[4] ส่วนการรักษาด้วยวิธีการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(HD) มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน บทบาททางสังคม สภาวะจิตใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยHD คือปัจจัยส่วนบุคคล ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ผู้ดูแลรวมถึงการให้บริการผู้ป่วย HD ผู้ให้บริการจะต้องมีแบบแผน และระยะเวลาที่แน่นอนในการพูดคุยกับผู้ป่วยในการฟอกไต การให้มีความรู้เรื่องรูปแบบการฟอกไต รวมถึงการเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว โดยภาพรวมของปัญหาผู้ป่วยCAPD และ HD พบว่ามีสภาพของปัญหาที่ใกล้เคียงกัน คือ ระบบการทำงานของร่างกายทำงานผิดปกติ การดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป เกิดภาวะความเครียด ซึมเศร้าและสิ้นหวัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไป จากผลการประเมินการเข้าถึงบริการและการจัดบริการทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยปี 2556 พบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการล้างช่องท้องนั้นมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด (วิชช์ เกษมทรัพย์และคณะ, 2556)[5] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง(2557)[6] และ นลิตา เหลาแหลมและคณะ(2557)[7] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย CAPD และ HD มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกัน จากสถานการณ์ดังกล่าว การจะส่งเสริมให้ผู้ป่วย CAPDและHD มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นจะต้องรู้สุขภาวะและสภาพปัญหาของผู้ป่วย จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี จึงได้มีการสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางและพัฒนารูปแบบการให้บริการในด้านต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยCAPD และHD ให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ และ

ให้ความคุ้มครองประชาชนในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อไม่ให้เป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่ายให้ได้รับประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากร คือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy :RRT) ด้วยวิธี CAPD และ HD ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 8 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดของประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2547)[8] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน และสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling)

สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง : นำข้อมูลผู้ผู้ป่วย CAPD และ HD ของแต่ละจังหวัดมาคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากรจำแนกรายจังหวัด ข้อมูลการเก็บตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย HD และ ผู้ป่วย CAPD เขตสุขภาพที่ 8

จังหวัด	ผู้ป่วย CAPD(คน)		ผู้ป่วยHD(คน)		รวมกลุ่มตัวอย่าง
	ผู้ป่วยทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง	
อุดรธานี	1,060	130	335	41	171
สกลนคร	976	118	216	26	144
หนองบัวลำภู	338	40	43	5	45
รวม	**2,374**	**288**	**594**	**72**	360

ที่มา : รายงานจำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนแยกตามประเภทการบำบัดทดแทนไต (RRT) ปี 2558, สปสช.เขต 8 อุดรธานี.

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (KDQOL-36-SF^{TM}) เวอร์ชัน 1.3 ฉบับภาษาไทย โดย ขนิษฐา หอมจีน และพรรณทิพา ศักดิ์ทอง(2553)[9] และ วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์และคณะ(2553)[10]ประกอบด้วย

1. ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) จำนวน 9 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1การทำงานทางกายภาพ (Physical functioning) ด้านที่ 2 ความสามารถทางกายภาพ(Role physical) ด้านที่ 3 ความเจ็บปวดตามร่างกาย(Bodily pain: Severity of pain) ด้านที่ 4 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) ด้านที่ 5 บทบาททางอารมณ์(Role-emotional) ด้านที่ 6 หน้าที่ทางสังคม(Social functioning) ด้านที่ 7 ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า (Vitality) ด้านที่ 8 สุขภาพทั่วๆไป (General health) ด้านที่ 9 Respected transition

2. สุขภาพด้านโรคไต (SF-36) จำนวน 16 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 บทบาททางด้านร่างกาย (Role physical) ด้านที่ 2 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) ด้านที่ 3 สุขภาพทั่วๆไป (General health) ด้านที่ 4 ความรู้สึกเป็นอิสระ (Freedom) ด้านที่ 5 อิสระในการเดินทาง (Travel restrictions) ด้านที่ 6 สมาธิและความจำ (Cognitive functioning) ด้านที่ 7 ด้านการเงิน (Financial) ด้านที่ 8 อิสระในการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม (Restriction on diet and fluid) ด้านที่ 9 การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) ด้านที่ 10 การทำงาน (Work) ด้านที่ 11 ภาพลักษณ์ (Body Image) ด้านที่ 12 อาการทางร่างกาย (Symptoms) ด้านที่ 13 เพศสัมพันธ์ (Sex) ด้านที่ 14 การ

นอนหลับ(Sleep) ด้านที่ 15 Access และ ด้านที่ 16 คุณภาพชีวิต (Quality of life)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย HD และผู้ป่วย CAPD

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6005002

สรุปและอภิปรายผล

1.ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วย HD ร้อยละ 20.00 CAPD ร้อยละ 80.00 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไตวายระยะสุดท้าย เฉลี่ย 4.08 ± 2.79 ปี ผู้ป่วยHD ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 65.28 ผู้ป่วยCAPD เปลี่ยนถ่ายน้ำยา ด้วยตนเอง ร้อยละ 47.92 ผู้ป่วยHD และCAPD เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.89, 46.18 มีอายุเฉลี่ย 54.08 ± 12.57 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยHD ร้อยละ 50.00 และผู้ป่วยCAPD ร้อยละ 45.49 การศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ผู้ป่วยHD ร้อยละ 36.11ผู้ป่วยCAPD ร้อยละ 78.12 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,866.90 บาท สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยHD คือเบิกจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลางและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.94 ผู้ป่วยCAPD คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC) ร้อยละ 88.89 โรคประจำตัวผู้ป่วย HD ส่วนใหญ่คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.83 ผู้ป่วย CAPD คือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.81 ค่ามัธยฐานค่าใช้จ่ายที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 700 บาทต่อครั้ง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย HD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8 (n=360)

ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยHD (n=72)		ผู้ป่วย CAPD(n=288)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการบำบัดทดแทนไต	72	20.00	288	80.00
ระยะเวลาการป่วย (ปี)				
<3 ปี	24	33.33	93	32.29
3 – 5 ปี	27	37.50	131	45.49
> 5 ปี	21	29.17	64	22.22
$\overline{X}$ ± S.D. :4.08±2.79, Median (Min:Max) = 3(1:20)				
จำนวนครั้งของการฟอกเลือด (ผู้ป่วย HD) ครั้ง/สัปดาห์)				
2 ครั้ง	25	34.72		
3 ครั้ง	47	65.28		
การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา (ผู้ป่วยCAPD)				
สามารถทำด้วยตนเอง			138	47.92
ไม่สามารถทำด้วยตนเอง			44	15.28
สามี/ภรรยา			94	32.64
บุตรและญาติ			12	4.16
เพศ				

ตาราง 2 ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย HD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8 (n=360)

ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยHD (n=72)		ผู้ป่วย CAPD(n=288)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	46	63.89	133	46.18
หญิง	26	36.11	155	53.82
อายุ (ปี)				
< 50	23	31.94	101	35.07
50 - 59	19	26.39	82	28.47
≥ 60	30	41.67	105	36.46
$\overline{X}$ ± S.D. : 54.08 ± 12.57, Median (Min:Max) = 55(19:89)				
อาชีพ(ในปัจจุบัน)				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	36	50.00	131	45.49
เกษตรกร	10	13.89	119	41.32
อื่นๆ เช่นข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขายรับจ้างทั่วไป	26	36.11	38	13.19
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	26	36.11	225	78.12
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	18.06	30	10.42
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	33	45.83	33	11.45
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท / เดือน)				
< 5,000	19	26.38	201	69.79
5,000 – 10,000	17	23.62	51	17.71
>10,000	36	50.00	36	12.50
$\overline{X}$ ± S.D. : 8,866.90 ± 12,141.84, Median (Min:Max) = 5,000 (500:100,000)				
สิทธิในการรักษาพยาบาล				
เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (ต้นสังกัด),รัฐวิสาหกิจ	23	31.94	9	3.13
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า(UC)	22	30.56	256	88.89
ใช้สิทธิประกันสังคม	13	18.06	16	5.56
จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง	14	19.44	7	2.43
โรคประจำตัว				
ไม่มี	11	15.28	29	10.07
มี				
โรคความดันโลหิตสูง	33	45.83	81	28.13
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	12	16.67	106	36.81
อื่นๆ เช่น เบาหวาน,หอบหืด, COPD, หัวใจ	16	22.22	72	25.00
ค่าใช้จ่ายที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล(บาท)ต่อครั้ง				
< 500	50	69.44	77	26.74
500 – 1,000	12	16.67	112	38.89
>1,000	10	13.88	99	34.38

ตาราง 2 ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย HD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8 (n=360)

ลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยHD (n=72)		ผู้ป่วย CAPD(n=288)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
$\overline{X}$ ± S.D. : 1,142.91 ± 1,386.07 , Median (Min: Max) = 700 (30 : 7,750)				

2. คุณภาพชีวิตภาพรวม ของผู้ป่วยHD และCAPD เขตสุขภาพที่ 8

คุณภาพชีวิตภาพรวมของ ผู้ป่วยHD มีค่า $\overline{X}$ ± S.D. ของคะแนน เท่ากับ 59.43±12.60 คะแนน และมีคะแนน 51 – 75 มากที่สุด ร้อยละ 65.28 ผู้ป่วยCAPD มีค่า $\overline{X}$ ± S.D. ของคะแนน เท่ากับ 50.58±9.79 และมีคะแนน 51 – 75 มากที่สุด ร้อยละ 49.65 ดังตาราง 3

ตาราง 3 คุณภาพชีวิตภาพรวม ของผู้ป่วย HD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8 (n=360)

คุณภาพชีวิต	HD (n=72)		CAPD (n=288)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
76 - 100 คะแนน	6	8.33	2	0.69
51 - 75 คะแนน	47	65.28	143	49.65
26 - 50 คะแนน	19	26.39	142	49.31
0 - 25 คะแนน	0	0.00	1	0.35
คะแนนรวม 100 คะแนน	$\overline{X}$ ± S.D. :59.43±12.60 , Median (Min : Max) = 60.69 (30.77:79.13)		$\overline{X}$ ± S.D. : 50.58±9.79, Median (Min : Max) = 51.06 (20.42:82.54)	

3. คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ของผู้ป่วยHD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8

3.1 คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ของผู้ป่วยHD

ภาพรวมของคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ของผู้ป่วย HD อยู่ในระดับ ต่ำ (55.76±13.95)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คือ ด้านสุขภาพทั่วๆไป(General health) (44.86±18.83) ด้านบทบาททางอารมณ์ (Role-emotional) (48.05±35.47) ด้านความสามารถทางกายภาพ(Role physical) (48.61±44.68) และด้านหน้าที่ทางสังคม(Social functioning) (49.13±13.48)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำ คือ ด้านการทำงานทางกายภาพ(Physical functioning) (57.98±29.04)

ด้านที่มีระดับคะแนนปานกลาง คือ ด้าน Respected transition (62.50±22.20) ด้านความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า(Vitality) (62.70±10.47) ด้านสุขภาพด้านจิตใจ(Mental health) (63.05±10.38) และด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย(Bodily pain: Severity of pain) (64.96±21.87)

3.2 คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ของผู้ป่วย CAPD

ภาพรวมของคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ของผู้ป่วย CAPD อยู่ในระดับต่ำมาก (45.40±11.35)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คือด้านความสามารถทางกายภาพ(Role physical) (18.22±29.47) ด้านบทบาททางอารมณ์(Role-emotional) (18.95±28.09)

ด้านสุขภาพทั่วๆไป(General health) (35.79±17.93) และด้านการทำงานทางกายภาพ (Physical functioning) (43.14±23.67)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำ คือด้านหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) (52.82±14.61) และด้านความเจ็บปวดตามร่างกาย(Bodily pain: Severity of pain) (54.41±21.36)

ด้านที่มีระดับคะแนนปานกลาง คือด้านความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า(Vitality) (61.35±12.10) สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) (61.75±11.92) และด้าน Respected transition (62.15±25.04) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36) ของผู้ป่วย HD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8 (n=360)

สุขภาพทั่วไป (SF-36)	ผู้ป่วยHD (n=72)			ผู้ป่วย CAPD (n=288)		
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1การทำงานทางกายภาพ (Physical functioning)	57.98	29.04	ต่ำ	43.14	23.67	ต่ำมาก
ด้านที่ 2 ความสามารถทางกายภาพ(Role physical)	48.61	44.18	ต่ำมาก	18.22	29.47	ต่ำมาก
ด้านที่ 3 ความเจ็บปวดตามร่างกาย(Bodily pain: Severity of pain)	64.96	21.87	ปานกลาง	54.41	21.36	ต่ำ
ด้านที่ 4 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health)	63.05	10.38	ปานกลาง	61.75	11.92	ปานกลาง
ด้านที่ 5 บทบาททางอารมณ์(Role-emotional)	48.05	35.47	ต่ำมาก	18.95	28.09	ต่ำมาก
ด้านที่ 6 หน้าที่ทางสังคม(Social functioning)	49.13	13.48	ต่ำมาก	52.82	14.61	ต่ำ
ด้านที่ 7 ความมีชีวิตชีวากระปรี้กระเปร่า (Vitality)	62.70	10.47	ปานกลาง	61.35	12.10	ปานกลาง
ด้านที่ 8 สุขภาพทั่วๆไป (General health)	44.86	18.83	ต่ำมาก	35.79	17.93	ต่ำมาก
ด้านที่ 9 Respected transition	62.50	22.20	ปานกลาง	62.15	25.04	ปานกลาง
ภาพรวม	**55.76**	**13.95**	**ต่ำ**	**45.40**	**11.35**	**ต่ำมาก**

4. คุณภาพชีวิต สุขภาพด้านโรคไต ของผู้ป่วยHD และ CAPD เขตสุขภาพที่ 8

4.1 คุณภาพชีวิต สุขภาพด้านโรคไต (SF-36) ของผู้ป่วยHD

ภาพรวมของสุขภาพด้านโรคไต(SF-36) ของผู้ป่วย HD อยู่ในระดับปานกลาง (63.11±13.26)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คือ ด้านอาการทางร่างกาย(Symptoms) (19.89±10.82) และด้านการนอนหลับ (Sleep) (45.64±14.53)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำ คือด้านอิสระในการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม(Restriction on diet and fluid) (51.38±26.50) และด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (Freedom) (58.12±24.28)

ด้านที่มีระดับคะแนนปานกลาง คือด้านสมาธิและความจำ(Cognitive functioning) (60.18±18.82) ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ(Recreation) (64.58±26.11) ด้านคุณภาพชีวิต(Quality of life) (64.98±17.85) ด้านการทำงาน(Work) (64.23±39.09) ด้านสุขภาพทั่วๆไป (General health) (67.77±27.99) ด้านAccess (69.58±23.70) และด้านการเงิน (Financial) (69.79±33.81)

ด้านที่มีระดับคะแนนสูง คือ ด้านสุขภาพด้านจิตใจ(Mental health) (71.50±21.16) ด้านบทบาททางด้านร่างกาย (Role physical) (71.87±31.66) ด้านอิสระในการเดินทาง(Travel restrictions) (72.91±27.75) ด้านเพศสัมพันธ์(Sex) (78.81±31.98) และด้านภาพลักษณ์ (Body Image) (78.47±23.47)

4.2 คุณภาพชีวิต สุขภาพด้านโรคไต (SF-36) ของผู้ป่วยCAPD

ภาพรวมของสุขภาพด้านโรคไต (SF-36) ของผู้ป่วยCAPD อยู่ในระดับต่ำ (55.75±11.55)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คือด้านอาการทางร่างกาย(Symptoms) (24.43±11.73) ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ (Freedom) (45.64±23.52) ด้านการนอนหลับ(Sleep) (45.76±15.45) ด้านสุขภาพทั่วๆไป(General health) (46.52±30.45) และด้านการทำงาน(Work) (48.95±36.78)

ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำ คือด้านอิสระในการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม(Restriction on diet and fluid) (50.38±26.15) ด้านสมาธิและความจำ(Cognitive functioning) (52.35±32.58) และด้านการพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) (58.68±23.01)

ด้านที่มีระดับคะแนนปานกลาง คือด้านคุณภาพชีวิต(Quality of life) (60.98±16.14) ด้าน Access (62.98±21.18) ด้านสุขภาพด้านจิตใจ(Mental health) (62.22±15.99) ด้านอิสระในการเดินทาง(Travel restrictions) (65.27±26.58) ด้านบทบาททางด้านร่างกาย (Role physical) (68.31±25.23) และด้านการเงิน(Financial) (69.79±33.81)

ด้านที่มีระดับคะแนนสูง คือด้านภาพลักษณ์ (Body Image) (71.26±24.89) และด้านเพศสัมพันธ์(Sex) (74.94±33.52) ดังตาราง 5

ตาราง 5 สุขภาพด้านโรคไต (SF-36)ของผู้ป่วย HD และ CAPD (n=538)

สุขภาพด้านโรคไต (SF-36)	ผู้ป่วยHD (n=72)			ผู้ป่วย CAPD (n=288)		
	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 บทบาททางด้านร่างกาย (Role physical)	71.87	31.66	สูง	68.31	25.23	ปานกลาง
ด้านที่ 2 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health)	71.50	21.16	สูง	62.22	15.99	ปานกลาง
ด้านที่ 3 สุขภาพทั่วๆไป (General health)	67.77	27.99	ปานกลาง	46.52	30.45	ต่ำมาก
ด้านที่ 4 ความรู้สึกเป็นอิสระ (Freedom)	58.12	24.28	ต่ำ	45.64	23.52	ต่ำมาก
ด้านที่ 5 อิสระในการเดินทาง (Travel restrictions)	72.91	27.75	สูง	65.27	26.58	ปานกลาง
ด้านที่ 6 สมาธิและความจำ (Cognitive functioning)	60.18	18.82	ปานกลาง	52.36	20.28	ต่ำ
ด้านที่ 7 ด้านการเงิน (Financial)	69.79	33.81	ปานกลาง	53.38	32.58	ต่ำ
ด้านที่ 8 อิสระในการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม Restriction on diet and fluid)	51.38	26.50	ต่ำ	50.38	26.15	ต่ำ
ด้านที่ 9 การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation)	64.58	26.11	ปานกลาง	58.68	23.01	ต่ำ
ด้านที่ 10 การทำงาน (Work)	64.23	39.09	ปานกลาง	48.95	36.78	ต่ำมาก
ด้านที่ 11 ภาพลักษณ์ (Body Image)	78.47	23.47	สูง	71.26	24.89	สูง
ด้านที่ 12 อาการทางร่างกาย (Symptoms)	19.89	10.82	ต่ำมาก	24.43	11.73	ต่ำมาก
ด้านที่ 13 เพศสัมพันธ์ (Sex)	78.81	31.98	สูง	74.94	33.52	สูง
ด้านที่ 14 การนอนหลับ(Sleep)	45.64	14.53	ต่ำมาก	45.76	15.45	ต่ำมาก
ด้านที่ 15 Access	69.58	23.70	ปานกลาง	62.98	21.18	ปานกลาง
ด้านที่ 16 คุณภาพชีวิต (Quality of life)	64.98	17.85	ปานกลาง	60.98	16.14	ปานกลาง
ภาพรวม	**63.11**	**13.26**	**ปานกลาง**	**55.75**	**11.55**	**ต่ำ**

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธี HD และ CAPD ทั้งสองกลุ่มจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จากภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ซึ่งส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาแล้วเฉลี่ย 4.08 ปี มากที่สุดคือ 20 ปี และส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 54 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยและญาติ ยังได้รับผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ในด้านการประกอบอาชีพ และมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด และมีภาระค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาพยาบาลประมาณ 700 บาทต่อครั้ง ในขณะที่มีรายรับเฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 5,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งสิทธิ์การรักษาพยาบาล ผู้ป่วย CAPD ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ส่วนผู้ป่วย HD ใช้สิทธิ์ข้าราชการและประกันสังคมมากที่สุด แต่ต้องเข้ารับการฟอกเลือด 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมถึงผู้ป่วยCAPD ส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องมีสมาชิกภายครอบครัวและญาติคอยดูแลและช่วยเหลือ

จากคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ผู้ป่วยHD มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยCAPD อยู่ในระดับต่ำมาก ซึ่งแตกต่างจากวิจัยของคนอื่นๆ เช่น จำรัส สาระขวัญและคณะ(2017)[11],รุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้วและคณะ(2016)[12], ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์ และคณะ(2015)[13], และกิตติมา บุญสร้าง(2557)[6] ที่พบว่าผู้ป่วยHD และCAPD ส่วนใหญ่จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคไต ของผู้ป่วย HD ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คืออาการทางร่างกาย และการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคไต ของผู้ป่วยCAPD ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ด้านที่มีระดับคะแนนต่ำมาก คืออาการทางร่างกาย ความรู้สึกเป็นอิสระ การนอนหลับ สุขภาพทั่วๆไป และด้านการทำงาน ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และเข้าใจที่ถูกต้องต่อขั้นตอนและวิธีการรักษาที่ซับซ้อนของโรคไตวายระยะสุดท้าย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อย และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการไปรับบริการรักษาพยาบาลต่อครั้ง ซึ่งเป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโรคไต ของกลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ที่พบว่ามีมีระดับคะแนนต่ำมาก อยู่หลายด้าน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของรุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว และคณะ(2016)[12] พบว่าผู้ป่วย HD มีค่าคะแนนต่ำสุด คือด้านภาระจากโรคไต และด้านสุขภาพร่างกาย การวิจัยของประพัฒน์สินี ประไพวงษ์ และคณะ(2015) พบว่าผู้ป่วย CAPD ที่เป็นผู้หญิง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการทำหน้าที่ทางเพศ และจำรัส สาระขวัญและคณะ(2017)[11] พบว่า ผู้ป่วยHD และ CAPD มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้กับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ในด้านการดูแลสุขภาพทางกาย และการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

2. การส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีการจัดกิจกรรมด้านการเสริมสร้างความรู้ และสร้างความตระหนัก ให้กับผู้ป่วยและญาติ เข้าใจถึงภาระโรค การดำเนินของโรค การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง และต่อเนื่องได้ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี ที่ได้ให้ทุนสนับสนุน และได้รับความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง จากคณะเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี หนองบัวลำภู

และสกลนคร รวมถึงผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายทุกท่าน ที่ได้อนุเคราะห์ให้ข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2549). **รายงานสถิติความชุกและอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แสงแดง.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, & Kiattisunthorn K; the Thai-SEEK Group. **Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study**. Nephrol Dial Transplant 2010; 25 : 1567-75.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี. (2559). **รายงานการบริหารจัดการเครือข่ายโรคที่มีอัตราตายสูงและโรคเฉพาะปี 2558.** อุดรธานี: สำนักงาน.
4. ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์. (2559). **การติดเชื้อของการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลสุรินทร์ อะไรคือความแตกต่าง**. ศรีนครินทร์เวชสาร, *31*(4), 167–172.
5. วิชช์ เกษมทรัพย์, สุพล ลิมวัฒนานนท์,จุฬาภรณ์ ลิมวัฒนานนท์, พิสิษฐ์ เวชกามา, & กนกพร ปูผ้า. (2556). **การประเมินผลการเข้าถึงบริการและการจัดบริการทดแทนไต ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย (Technical Report)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. Retrieved from http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4009
6. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง. (2557). **การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา**. ยโสธรเวชสาร,*16*(1), 18–24.
7. นลิตา เหลาแหลม, พรมมินท ร์ไกรยสินธ์, วัชรียา ปาละกุล, อภิรดา ฉิมพาลี, กัตติกา หาลือ, &วีระพล จันทร์ดียิ่ง. (2014). **ประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไตและล้างไตทางช่องท้อง ณ โรง พยาบาลพะเยา**.*วารสารนเรศวร พะเยา*, *7*(2), 172-177.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2550).**ชีวสถิติ.**พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น:คลังนานาวิทยา.
9. ขนิษฐา หอมจีน, & พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2553). **การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถามคุณภาพ ชีวิตในโรคไต ฉบับย่อภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3**. *วารสาร เภสัชกรรม ไทย*, *2*(1), 3-14.
10. วงศ์ทิพารัตน์ มัณยานนท์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, & ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช. (2553). **การทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา ของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไต(KDQOL-SFTM) ฉบับภาษาไทย.** *วารสารเภสัชกรรมไทย, 2*(1), 15-23.
11. จำรัส สาระขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, สุกัญญา กระเบียด, & มาลี มีแป้น. (2017). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย**. *JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE*, *28*(2), 153-164.
12. รุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล, & ดุสิต สุจิรารัตน์. (2016). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง**. *Vajira Nursing Journal*, *18*(1), 79-88.
13. ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์, อรวมน ศรียุกตศุทธ, กุสุมา ณ อยุธยา, & นพพร ว่องสิริมาศ. (2015). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง.** *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, *7*(3), 37-48.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8

Health Literacy of Pineapple Growers in Regional Heath 8

กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์[1] เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[2]

Kritkantorn Suwannaphant[1] Saowaluk Seedaket[2]

(Received: February 19 ,2019 ; Accepted: March 11 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 535 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ย 47.61±8.92 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน(จดทะเบียนสมรส) ร้อยละ 66.54 ศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.10 สถานภาพในครอบครัวส่วนมากเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.03 รายได้เฉลี่ย 88,499.07 ±83.955.87 บาท รายได้สูงสุด 1,000,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านกายภาพ พบว่าส่วนมากในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.42) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านจิตสังคม พบว่าส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ(ร้อยละ 54.39) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ(ร้อยละ 88.79) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 48.60) ด้านทักษะการสื่อสารพบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.75) ด้านทักษะการตัดสินใจพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง(ร้อยละ 45.98) และด้านทักษะการจัดการตนเอง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.68)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to describe pineapple grower's health literacy (HL) in Regional Heath 8. A total of 535 pineapple growers were randomly selected using a systematic sampling method. Data were collected using structured questionnaires and analyzed with descriptive statistics. The results showed that the average age of these growers was 47.61±8.92 years old. Maximum and minimum age was 67 and 23 years old respectively. Most of them were married (registered a marriage certificate) (66.54%), graduated in elementary education (67.10%), be the head of the family (51.03%), the average income was 88,499.07 ±83.955.87 baht, maximum and minimum income was one million and ten thousand baht respectively. The HL level in knowledge and understanding regarding physical work factors was at low level (65.42%), knowledge and understanding regarding psychosocial working factors was at low level (54.39%), knowledge and understanding regarding environmental working factors was at low level (88.79%), access was at moderate level (48.60%), communication skill was at low level (40.75%), decision skill was at moderate level (45.98%), and self-management skill was at moderate level (44.68%).

[1] 1วิทยาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

*Corresponding aurthor:kritkantorn@gmail.com

บทนำ

สับปะรดเป็นพืชสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ในแต่ละปีมีปริมาณการผลิตและการส่งออกขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลายเป็นอุตสาหกรรมสำคัญของประเทศไทย และเป็นรากฐานของอุตสาหกรรมของไทยจวบจนทุกวันนี้ (กรมวิชาการเกษตร , 2558)[1] สถิติของเกษตรกรปลูกสับปะรดในประเทศไทย พบว่ามีเกษตรกรปลูกสับปะรดจำนวน 43,373 ราย จาก 41,940 ครัวเรือน โดยภาคกลางมีครัวเรือนที่ปลูกสับปะรดมีจำนวนทั้งสิ้น 27,622 ครัวเรือน ภาคเหนือ 8,441 ครัวเรือน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3,439 ครัวเรือน และภาคใต้ 709 ครัวเรือน (สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร , 2559)[2]

การประกอบอาชีพเกษตรกรรมทุกประเภทนั้น มักพบปัญหาการเจ็บป่วยจากการทำงาน ไม่เว้นแม้แต่เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ที่ผ่านมาพบว่าเกษตรกรปลูกสับปะรดเกิดการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพปลูกสับปะรด เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เช่น การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง (วิชัย มีมาก , 2552)[3] การเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (รุ้งทิพย์ พันธุเมธากุล และคณะ , 2554)[4] การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจจากปัญหาพื้นฐานของเกษตรกรเหมือนกับเกษตรกรที่ทำอาชีพอื่น เช่น ปัญหาราคาผลผลิตตกต่ำ ผลผลิตไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การขาดเงินทุนหมุนเวียน จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตามมา (อรรณพ สอนชา , 2560)[5] จากปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดตั้งแต่ระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพิ่มการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย และพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมไปถึงการไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลา ในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข,2560)[6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นมิติที่สำคัญของสุขภาพในปี ค.ศ.2020 ในปี ค.ศ.2012 สหภาพยุโรปได้บรรจุเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าไปอยู่ในกรอบนโยบายด้านสุขภาพของยุโรป สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญอย่างยิ่งว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทั้งเครื่องมือพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนของคนไทยและเป็นกลไกการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงได้ยกระดับการปฏิรูปความรอบรู้ด้านต่างๆ ของประชาชนเป็นวาระแห่งชาติ

เขตสุขภาพที่ 8 เป็นพื้นที่ที่มีการปลูกสับปะรดเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย มีการปลูกสับปะรดกว่า 3,439 ครัวเรือน(สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร, 2559)[2] และพบเกษตรกรที่มีปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพปลูกสับปะรดไม่ต่างจากพื้นที่อื่น ๆ จากการศึกษานำร่องในเกษตรกรปลูกสับปะรดพื้นที่อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ของปาริชาติ สนิท (2561)[7] พบว่าเกษตรกรปลูกสับปะรดป่วยด้วยโรคจากสารกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 8 อาการที่พบมากที่สุดคือเวียนศีรษะ รองลงมาคืออาการปวดศีรษะ โรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 73 พบว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่างมากที่สุด รองลงมามีอาการปวดบริเวณสะโพกและต้นขา อุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 5 สาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บคือการถูกของมีคมบาด และโรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10 ส่วนมากมีอาการระคายเคือง แสบจมูก การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการทราบความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการจะเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในอนาคต ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2,787 คน กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ถูกเลือกอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 535 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการฯ ตามใบรับรองเลขที่ HE 621008

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพในครอบครัว รายได้โดยเฉลี่ยต่อปีของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยในขณะทำการเพาะปลูกสับปะรด ได้แก่ ขณะเตรียมพื้นที่ปลูก ขณะเตรียมหน่อพันธุ์ ขณะทำการปลูก กำจัดวัชพืช กำจัดแมลง ใส่ปุ๋ย ขณะเร่งดอก ขณะเก็บเกี่ยวผลผลิต สถานที่ที่ไปรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หมายถึง สถานที่ที่ไปรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) แบ่งเป็น 1)ไม่มี 2)มี เป็นข้อมูลแบบแจงนับ (Category data)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) แบ่งเป็น 1)ไม่ได้รับ 2)ได้รับ เป็นข้อมูลแบบแจงนับ (Category data)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยการทำงาน จำนวน 37 ข้อ ตามแบบมาตรวัดของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (FUaenkel and Wallen, 1993)[8] ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจาก ใช่ – ไม่ใช่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ โดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับโดยใช้ เกณฑ์ของ Bloom (1971)[9] ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 20 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับปรุงจากเอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert Scale) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

การแปลผลคะแนน การแปลผลเกี่ยวกับการ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและ การจัดการตนเอง นำมาจัด 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การ แบ่งกลุ่ม ตามแนวคิดของ Best (1977)[10] โดยระดับที่แบ่งคือระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปานกลางและน้อย

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม 2) แนวคิดที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ 3) นำแบบสอบถามที่ร่างขึ้นนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ทั้งในแง่ของวัตถุประสงค์ ภาษาที่ใช้และ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน 4) ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ ของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 5) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรนอกกลุ่มที่ใช้ในการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน 6) นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยที่ความเที่ยงมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.7 ขึ้นไป จึงจะยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงที่เชื่อถือได้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2543)[11] โดยได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

1. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ประมวลผล โดยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพในครอบครัวรายได้โดยเฉลี่ยต่อปีของครอบครัว ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กรณีข้อมูลแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ56.82 มีอายุเฉลี่ย 47.61±8.92 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน(จดทะเบียนสมรส) ร้อยละ 66.54 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.10 สถานภาพในครอบครัวส่วนมากเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.03 รายได้เฉลี่ย 88,499.07 ±83.955.87 บาท รายได้สูงสุด 1,000,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท ตามลำดับ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วยของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 ด้านการมีโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.23 ส่วนที่มีโรคประจำตัวพบว่า เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 4.30 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.55 ตามลำดับ

3. ข้อมูลข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 84.86 รองลงมาคือ อสม./แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 64.86 ตามลำดับ

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.1 ด้านความรู้ ความเข้าใจ

4.1.1 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยกายภาพ

การวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยกายภาพ ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านปัจจัยกายภาพในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 65.42 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.17 และระดับสูง ร้อยละ 8.41 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยกายภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥17 คะแนน)	45	8.41
ระดับปานกลาง(13-16 คะแนน)	140	26.17
ระดับต่ำ (<13 คะแนน)	350	65.42

4.1.2 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยด้านจิตสังคม

การวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยจิตสังคม ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านปัจจัยจิตสังคมในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 54.39 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.93 และระดับสูง ร้อยละ 21.68 ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยจิตสังคมของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥ 7 คะแนน)	116	21.68
ระดับปานกลาง(5-6 คะแนน)	128	23.93
ระดับต่ำ (< 5 คะแนน)	291	54.39

4.1.3 ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

การวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 88.79 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.41 และระดับสูง ร้อยละ 2.80 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพปลูกสับปะรดด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥7 คะแนน)	15	2.80
ระดับปานกลาง(5-6 คะแนน)	45	8.41
ระดับต่ำ (<5 คะแนน)	475	88.79

4.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.60 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 40.19 และมีระดับสูง ร้อยละ 11.21 ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตาราง 4 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥42 คะแนน)	60	11.21
ระดับปานกลาง(31-41 คะแนน)	260	48.60
ระดับต่ำ (<31 คะแนน)	215	40.19

4.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร

จากการวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 40.75 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.81 และระดับสูง ร้อยละ 19.44 ตามลำดับ ดังตาราง 5

ตาราง 5 ระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

ทักษะการสื่อสาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥35 คะแนน)	104	19.44
ระดับปานกลาง(26-35 คะแนน)	213	39.81
ระดับต่ำ (<26 คะแนน)	218	40.75

4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 45.98 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 36.64 และระดับสูง ร้อยละ 17.38 ตามลำดับ ดังตาราง 6

ตาราง 6 ระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

ทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥ 35 คะแนน)	93	17.38
ระดับปานกลาง(26-35 คะแนน)	246	45.98
ระดับต่ำ (<26 คะแนน)	196	36.64

4.5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 44.68 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 38.50 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 16.82 ตามลำดับ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเองของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 (n=535)

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง(≥ 35 คะแนน)	206	38.50
ระดับปานกลาง(26-35 คะแนน)	239	44.68
ระดับต่ำ (<26 คะแนน)	90	16.82

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8 นี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8 มีผลการวิจัยดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ56.82 มีอายุเฉลี่ย 47.61±8.92 ปี อายุสูงสุด 67 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน(จดทะเบียนสมรส) ร้อยละ 66.54 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.10 สถานภาพในครอบครัวส่วนมากเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 51.03 รายได้เฉลี่ย 88,499.07 ±83.955.87 บาท รายได้สูงสุด 1,000,000 บาท ต่ำสุด 10,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรณพ สอนชา(2560)[5] ที่พบว่าเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดในจังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 51.49 ปี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านปัจจัยกายภาพในระดับต่ำมากที่สุดถึงร้อยละ 65.42 ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านปัจจัยจิตสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 54.39 และความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับปัจจัยการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานในระดับต่ำมากที่สุดถึงร้อยละ 88.79 ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความรู้ความเข้าใจในด้านปัจจัยการทำงานมีระดับต่ำทั้ง 3 ด้าน สอดคล้องการการศึกษาของ Iris van der Heide และคณะ(2013)[12] ที่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mantwill S. (2015)[13] ที่พบว่า

เชื้อชาติและระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพพบว่า มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ในระดับปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 48.60 จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ถึงร้อยละ 99.06 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เป็นต้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยได้ในระดับง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohammad Reza Nazari และ Md Salleh Bin Hj Hassan(2011)[14] ที่พบว่าการให้ความรู้ผ่านทางโทรทัศน์มีผลในการเพิ่มประสิทธิภาพความรู้อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) และสื่อที่มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มความรู้ด้านการเกษตร ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 40.75 จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและอายุอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงวัยผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 42.43 ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคสำคัญทำให้ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ ด้านทักษะการตัดสินใจของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 45.98 ซึ่งทักษะการตัดสินใจจะช่วยกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีและใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 ยังมีโรคประจำตัวอยู่ร้อยละ 14.77 อาจเป็นผลจากทักษะการตัดสินใจที่อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับ Nutbeam (2008)[15] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพสูงตามไปด้วย ด้านทักษะการจัดการตนเอง ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด มีทักษะการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.68 ซึ่งทักษะการจัดการตนเองสามารถช่วยกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ รวมไปถึงช่วยในการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับต่ำ และความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเหตุทำให้ เกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 มีทักษาการจัดการตนเองที่อยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังอยู่ในระดับต่ำ

2. ควรมีการวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 อย่างสม่ำเสมอเพื่อส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อหาทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และขอขอบคุณเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8 ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมวิชาการเกษตร (2558).**ร่างยุทธศาสตร์สับปะรดปี 2558 – 2569.** ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2560 จาก www.doa.go.th/hortold/images/stories/strategyplanthort/strategypineapple-oae.doc
2. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2559). **สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2559.** ค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2560 จาก http://www.oae.go.th/download/download_journal/2560/yearbook59.pdf

3. วิชัย มีมาก.(2552). **ปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรที่ปลูกกะหล่ำปลี และที่ปลูกสับปะรด อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.**วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
4. . รุ้งทิพย์ พันธุเมธากุล . **ความชุกและปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่าง ในกลุ่มอาชีพอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหอวน) จังหวัดขอนแก่น.** กรุงเทพฯ : ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2554.
5. อรรณพ สอนชา เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ ภรณี ต่างวิวัฒน์ และ อมรภัทร์ อูปแก้ว (2560) **ความต้องการการส่งเสริมการผลิตสับปะรดของเกษตรกร ในจังหวัดหนองคาย**. แก่นเกษตร 45 ฉบับพิเศษ 1 : (2560).
6. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวง**สาธารณสุข. (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564**. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2562]. แหล่งที่มา: http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
7. ปาริชาติ สนิท(2561) **คุณภาพชีวิตของเกษตรกรปลูกสับปะรด ในจังหวัดหนองคาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัยขอนแก่น.
8. Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (1993). **How to design and evaluate research in education (2nd ed.).** Boston, MA: McGraw Hill.
9. Bloom, B. S. (1971). **Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), Mastery learning: Theory and practice**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
10. Best J.W. **Research in Education.** New York: Prentice-Hall, Englewood cliffs; 1977
11. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543) **รวมบทความการวิจัยการวัดผลและประเมินผล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์.
12. Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). **The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey**. Journal of health communication, 18 Suppl 1(Suppl 1), 172-84.
13. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. (2015). **The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review**. PLoS One. 2015 Dec 23;10(12):e0145455.
14. Mohammad Reza Nazari and Md Salleh Bin Hjn. (2011). **The role of television in the enhancement of farmers' agricultural knowledge.** HassanAfrican Journal of Agricultural Research Vol. 6(4), pp. 931-936
15. Nutbeam, D. (2008). **The Evolving Concept of Health Literacy**. Social Science and Medicine, 67, 2072-2078. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์เพื่อฐานในการพัฒนาผ่านกลไกด้านการเกษตรปลอดภัย

Organic jasmine rice planting for development base through safe agricultural mechanisms

อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์[1]

Ananya Popradit[1]

(Received: November 17 ,2018 ; Accepted: December 22 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพและปัญหาในการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ (2) จัดทำแผนพัฒนาและประเมินรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ (3) ปฏิบัติการตามแผนพัฒนาต้นแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ (4) ประเมินผลการปฏิบัติการตามแผนพัฒนาต้นแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ในพื้นที่แห้งแล้ง ดินขาดความอุดมสมบูรณ์ ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว การศึกษาวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพและปัญหา ความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์โดยการจัดสนทนากลุ่ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดภูมิปัญญาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์โดยการถอดบทเรียนจากปราชญ์ชาวบ้านและนำองค์ความรู้ที่ได้มาสร้างรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ พร้อมทั้งประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ระยะที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ที่สร้างขึ้น โดยใช้เวลาการดำเนินการ 1 รอบการเพาะปลูก สรุปผลการศึกษาวิจัยด้วยการติดตามตรวจสอบคุณภาพดินและประเมินปริมาณและคุณภาพของผลผลิต การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาของคุณภาพดินในพื้นที่และกระบวนการปลูกข้าวหอมมะลิแบบเดิมที่ขาดคุณภาพ ปราชญ์ชาวบ้านผู้เป็นแกนนำในกระบวนการอินทรีย์และชีวภาพมีความรู้ความสามารถแต่ขาดกระบวนการในการถ่ายทอดองค์ความรู้ จึงทำให้ไม่สามารถขยายผลไปสู่ชุมชน หลังปฏิบัติการตามรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ในแปลงทดลอง จำนวน 3 แปลง พบว่า ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพและกระบวนการอินทรีย์สามารถคืนความอุดมสมบูรณ์ให้แก่ดิน สมาชิกในชุมชนจึงต้องร่วมกันสร้างองค์ความรู้ในบริบทของการปลูกข้าวที่สอดคล้องกับภูมินิเวศของชุมชนและพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการอนุรักษ์ ฟื้นฟูคุณภาพดิน ให้สามารถปลูกข้าวหอมมะลิอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยต่อการบริโภค เพื่อให้เกิดผลการพัฒนาสู่ความเป็นชุมชนน่าอยู่อย่างยั่งยืนตามนโยบายของรัฐบาล

คำสำคัญ : ข้าวหอมมะลิ เกษตรปลอดภัย รูปแบบการพัฒนา

Abstract

This research is a research and development aimed at (1) studying the conditions and problems of growing organic jasmine rice, (2) develop and assess the model of organic jasmine rice planting, (3) operating according to the model of organic jasmine rice planting, (4) model assessment according to the model of organic jasmine rice planting in dry areas, poor soil conditions, Nong Sang Sub-district, Aranyaprathet, Srakaew Province. This research and development were divided into 4 phases: Phase 1: Study of the state and problems need for organic jasmine rice development by focus group discussion. Respondents were selected by purposive sampling. Phase 2: Model draft format using for the development of the transfer of wisdom to grow organic jasmine rice by taking the lessons from the local expert and model assessment using 5 experts in the relating field. Phase 3: Model acting in three selective volunteers. The period of acting is 1 rice growing cycle. We monitored soil and rice product in the context of quantity and quality. The research results point to the problem of soil quality in the area and the traditional jasmine rice growing process that lacks quality. The local expert who is leaders in the organic jasmine rice processes has enough knowledge and ability but the process of wisdom transferred still inadequate. Therefore, it cannot be extended to the community. After the model had already been acted in 3 experimental plots, we found the high quality of rice products and organic processes can restore soil fertility. The members of the community should create knowledge in the context of organic rice cultivation belong to the community ecology and conservation knowledge to restore soil quality for high-quality jasmine rice growing and safety consumption to achieve sustainable development goal into livable community accordance to government policies.

Key words: Jasmine rice, Safe agriculture, Development model

---

[1] อาจารย์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวลัยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี

บทนำ

บริบทและสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกประเทศมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีพลวัตสูง และมีความซับซ้อนหลากหลายมิติ ซึ่งจะส่งผลต่ออนาคตการพัฒนาประเทศอย่างมาก ดังนั้น การพัฒนาประเทศจึงจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์การพัฒนาที่ครอบคลุมทุกมิติและทุกด้านการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง มีความร่วมมือในลักษณะประชารัฐจากภาคส่วนต่าง ๆ ในรูปแบบของหุ้นส่วนการพัฒนาที่เป็นการดำเนินงานอย่างบูรณาการ เนื่องจากทุกมิติการพัฒนามีความเกี่ยวข้องกัน โดยประเทศไทยจำเป็นต้องมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ มีความรู้ สมรรถนะ และทักษะที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ สามารถรู้เท่าทันและปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง มีความสุข มีอาชีพที่มั่นคง สร้างรายได้ ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์และกติกาใหม่ ๆ และมาตรฐานที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบและปัจจัยส่งเสริมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไปพร้อมกัน นอกจากนี้ ประเทศไทยต้องให้ความสำคัญกับการสร้างสมดุลความมั่นคงด้านพลังงานและอาหาร การรักษาไว้ซึ่งความหลากหลายเชิงนิเวศ การส่งเสริมการดำเนินชีวิตและธุรกิจ และการพัฒนาและขยายความเป็นเมืองที่เติบโตอย่างต่อเนื่องที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม [1] ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มุ่งเน้นการเกษตรสร้างมูลค่าโดยพื้นฐานที่ประเทศไทยเป็นหนึ่งในด้านการผลิตและการค้าสินค้าเกษตรในเวทีโลกด้วยพื้นฐานทางพืชเกษตรเขตร้อนและมีข้อได้เปรียบด้านความหลากหลายทางชีวภาพที่สามารถพัฒนาต่อยอดโครงสร้างธุรกิจการเกษตรด้วยการสร้างมูลค่าเพิ่มเน้นเกษตรคุณภาพสูงและขับเคลื่อนการเกษตรด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ให้ความสำคัญกับการเพิ่มผลิตภาพการผลิตทั้งเชิงปริมาณและมูลค่า และความหลากหลายของสินค้าเกษตร เพื่อรักษาฐานรายได้เดิมและสร้างฐานอนาคตใหม่ที่สร้างรายได้สูง โดยสามารถพิจารณารูปแบบการเกษตรประเภทต่างๆเช่น (1) เกษตรอัตลักษณ์พื้นถิ่น โดยเน้นเรื่องเกษตรปลอดภัย เกษตรชีวภาพ เกษตรแปรรูปและเกษตรอัจฉริยะเพื่อให้เกษตรกรมีรายได้สูงขึ้น เกษตรอัตลักษณ์พื้นถิ่นที่ส่งเสริมการนำอัตลักษณ์พื้นถิ่นและภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยมาเป็นผลิตภัณฑ์การเกษตร รวมทั้งสินค้าที่ได้รับการรับรองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ โดยส่งเสริมการนำอัตลักษณ์พื้นถิ่นและภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยมาใช้ในการผลิตสินค้าและผลิตภัณฑ์การเกษตรที่มีมูลค่าเพิ่มสูง เป็นสินค้าเกษตรชนิดใหม่ (2) เกษตรปลอดภัย คือการสร้างความตระหนักแก่ผู้ผลิตและผู้บริโภคทั่วโลกในเรื่องความสำคัญของมาตรฐานระบบการจัดการความปลอดภัยของอาหาร จูงใจและวางกรอบให้เกษตรกรและผู้ผลิตทำการผลิตสินค้าที่สอดคล้องกับมาตรฐาน และเข้าสู่ระบบมาตรฐานการจัดการคุณภาพทางการเกษตรที่ได้รับการรับรองจากสถาบันที่มีความน่าเชื่อถือ พร้อมทั้งให้ความรู้เกษตรกรด้านกระบวนการผลิตตามมาตรฐานสากลเพื่อมุ่งสู่การเลิกใช้สารเคมีในภาคเกษตร การเพิ่มพื้นที่และปริมาณการผลิตเกษตรอินทรีย์ในระยะต่อไป โดยส่งเสริมการถ่ายทอดองค์ความรู้แก่เกษตรกรในการทำเกษตรปลอดสาร และเปลี่ยนผ่านไปสู่การทำเกษตรอินทรีย์ ตลอดจนสนับสนุนกลไกทางการตลาดแก่เกษตรกรที่ต้องการทำการเกษตรอินทรีย์ การพัฒนาระบบการตรวจรับรองคุณภาพและมาตรฐานสินค้าเกษตรอินทรีย์ของไทย รวมถึงระบบตรวจสอบย้อนกลับ สำหรับการตรวจสอบที่มาของสินค้าในทุกขั้นตอนให้เป็นไปตามมาตรฐานอันเป็นที่ยอมรับของตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ (3) เกษตรชีวภาพ ส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศในการสร้างมูลค่าเพิ่มของภาคการผลิต และนำไปสู่การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์มูลค่าสูงจากฐานเกษตรกรรมและฐานทรัพยากรชีวภาพ และสร้างความมั่นคงของประเทศทั้งด้านอาหารและสุขภาพ โดยเฉพาะพืชสมุนไพร ที่ประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตและส่งออกผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในระดับภูมิภาคและระดับโลก โดยการส่งเสริมการทำเกษตรกรรมแบบยั่งยืน รวมถึงการส่งเสริมการปลูกสมุนไพรเป็นพืชเศรษฐกิจตามความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในพื้นที่ และยังส่งผลไปถึง การ (4) แปรรูปและเกษตรอัจฉริยะอีกด้วย

ประเทศไทยถือเป็นแหล่งผลิตข้าวหอมมะลิที่มีคุณภาพดีที่สุดแห่งหนึ่ง [2] โดยมีแหล่งเพาะปลูกสำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีพื้นที่เพาะปลูกครอบคลุมกว่า 19 ล้านไร่ทั่วประเทศโดยมีแหล่งผลิตสำคัญ คือ จังหวัดสุรินทร์ บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ นครราชสีมา อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด รองลงมาคือภาคเหนือ เนื่องจากสภาพดินฟ้า-อากาศและพื้นที่เพาะปลูกของทั้งสองภาคคล้ายคลึงกัน เหมาะแก่การเจริญเติบโตของข้าวหอมมะลิ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในด้านพื้นที่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นพื้นที่ที่มีแนวเขตติดต่อกับ พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ แต่การปลูกข้าวหอมมะลิของเกษตรกรยังมีปัญหาทั้งนี้เนื่องมาจากปริมาณฝนปัญหาด้านความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรดินและปัญหาทรัพยากรชีวภาพ ที่ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้เกษตรกรในพื้นที่ที่ประสบปัญหาหลายประการดังกล่าวจะสามารถพัฒนาคุณภาพการผลิตข้าว จากกระบวนการผลิตตามวิถีเดิม ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงในทิศทางใหม่ อย่างไรก็ตามแม้จะมีการส่งเสริมจากภาครัฐบาลในด้านองค์ความรู้เรื่องการปลูกข้าวและพันธุ์ข้าวก็ตาม เกษตรกรในบางพื้นที่ห่างไกลยังคงขาดการส่งเสริมอย่างถูกต้องการปลูกข้าวจึงเป็นเพียง กิจกรรมที่ทำต่อๆกันมาโดยไร้ทิศทาง [3] ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านผลผลิตและการจัดจำหน่าย จึงจำเป็นที่คนในชุมชนต้องร่วมกันสร้างองค์ความรู้ในบริบทของการปลูกข้าวที่สอดคล้องกับภูมินิเวศของชุมชน โดยเริ่มจากพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการอนุรักษ์ ฟื้นฟูคุณภาพดิน อันจะส่งผลให้สามารถปลูกข้าวหอมมะลิได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้ความร่วมมือให้เป็นพลังร่วมของคนในชุมชน กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการเรียนรู้ด้านการอนุรักษ์ดิน เพื่อพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิของชุมชนให้เป็นฐานในการพัฒนา ผ่านกลไกด้านการเกษตรปลอดภัย การสร้างเครือข่ายอนุรักษ์ข้าว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลการพัฒนาสู่ความเป็นชุมชนน่าอยู่อย่างยั่งยืนตามนโยบายของรัฐบาลและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาท้องถิ่นของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาในการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

2. สร้างรูปแบบการพัฒนาและประเมินรูปแบบการพัฒนาปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

3. ปฏิบัติการตามรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

4. ประเมินผลการปฏิบัติการตามแผนพัฒนาต้นแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยรูปแบบการพัฒนาการอนุรักษ์ดินเพื่อปลูกข้าวหอมมะลิสู่ความยั่งยืน สำหรับตัวแทนครัวเรือนในชุมชน ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีเกษตรกรปลูกข้าวหอมมะลิ 105 และประสบปัญหาด้านผลผลิตอันเนื่องมาจากคุณภาพดินและปริมาณน้ำฝน เมื่อปีใดมีผลผลิตข้าวมากเพียงพอแต่กลับมีคุณภาพไม่ดีพอที่จะจำหน่ายในราคาที่เหมาะสม

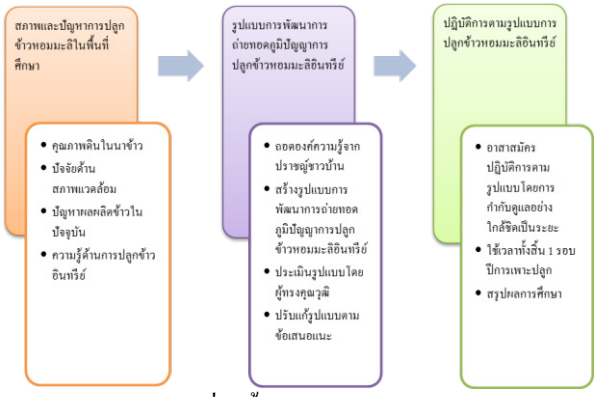
1.5.2 ขอบเขตด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ใช้วิธีการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Method Research) ใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพและปัญหาของการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ในพื้นที่ศึกษา โดยแบ่งกระบวนการศึกษาเป็นสองส่วนคือ (1) การศึกษาสภาพและปัญหา ความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์โดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นตัวแทนครัวเรือนใน 8 หมู่บ้าน หมู่1 หมู่ 2 (บ้านหนองสังข์) หมู่ 3 หมู่ 4 (บ้านเหล่าคลองกลาง) หมู่ 5 หมู่ 6 (บ้านเหล่าอ้อย) หมู่7 (บ้านโนนสวรรค์) หมู่ 8 (บ้านทุ่งสว่าง) หมู่บ้านละ 1 คน ผู้นำชุมชนหมู่บ้าน

ละ 1 คน และสมชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสังข์ จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เพื่อค้นหาข้อมูลที่จำเป็นในการพัฒนา เช่น ปราชญ์ชาวบ้านผู้ที่ใช้ดำเนินการปลูกข้าวอินทรีย์ในพื้นที่ เพื่อทราบปัญหาและความต้องการพัฒนาของสมาชิกในชุมชน และ (2) การศึกษาข้อมูลเชิงพื้นที่ และคุณภาพดิน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดภูมิปัญญาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ในพื้นที่ศึกษา โดยการถอดบทเรียนจากปราชญ์ชาวบ้านที่ดำเนินการ ปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์มาเป็นระยะเวลา 20 ปี ด้วยกระบวนการทางชีวภาพ จากนั้นนำองค์ความรู้ที่ได้สร้างเป็นรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ และประเมินรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยนักวิชาการและผู้บริหารงานด้านที่เกี่ยวข้อง คือ (1) ด้านส่งเสริมการเกษตร (2) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น (3) ด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา (4) ด้านนิเวศวิทยา (5) ด้านสาธารณสุข จากนั้นปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และประกาศรับสมัครเกษตรกรอาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโครงการปลูกข้าวหอมอินทรีย์ และวางแผนการทดลอง

ระยะที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ที่สร้างขึ้น โดยใช้เวลาการดำเนินการ 1 รอบการเพาะปลูกข้าวหอมมะลิ โดยใช้เวลาทั้งสิ้นตั้งแต่เริ่มเตรียมพื้นที่เพาะปลูกในต้นฤดูฝน จากนั้นติดตามกับกับดูแลเพื่อให้เป็นไปตามกระบวนการที่กำหนดไว้ในรูปแบบเป็นระยะ ๆ จนเก็บเกี่ยวผลผลิต โดยใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 8 เดือน ตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2561 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2561 และสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติตามรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการศึกษา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ระยะที่ 1

1. การศึกษาสภาพและปัญหา ความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นตัวแทนครัวเรือนใน 8 หมู่บ้าน หมู่1 หมู่ 2 บ้านหนองสังข์ หมู่ 3 หมู่ 4 บ้านเหล่าคลองกลาง หมู่ 5 หมู่ 6 บ้านเหล่าอ้อย หมู่7 บ้านโนนสวรรค์ หมู่ 8 บ้านทุ่งสว่าง) หมู่บ้านละ 1 คน ผู้นำชุมชนหมู่บ้านละ 1 คน และสมชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองสังข์จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ปัญหาและความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

ลำดับที่	สรุปประเด็นปัญหา	ความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์
1	ดินเสื่อมสภาพ	การทำการเกษตรเชิงเดี่ยวต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานประกอบกับการใช้สารเคมีกำจัดศรัตรูพืชและปุ๋ยเคมี ส่งผลกระทบต่อสภาพความอุดมสมบูรณ์ของดิน และดินในบางพื้นที่มีหินปนอยู่เป็นจำนวนมากเป็นปัญหาต่อการทำการเกษตร
2	ความแห้งแล้งในการทำนา	เนื่องจากพื้นที่ ต.หนองสังข์อยู่ใน อ.อรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เป็นจังหวัดแรกที่มักประกาศเป็นพื้นที่ประสบภัยแล้งแม้ในภาพรวมของประเทศยังไม่ถือว่าเข้าสู่สถานการณ์ภัยแล้ง จึงต้องได้รับความช่วยเหลือด้านแหล่งน้ำแผนการใช้น้ำ และการทำความเข้าใจกับประชาชนเรื่องการบริหารจัดการน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคอยู่เสมอ ในบางปีข้าวที่ปลูกไม่สามารถเจริญเติบโตและแห้งตายในที่สุดเพราะขาดน้ำ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพยายามหาทางแก้ไขเช่นการปรับปรุงเกษตรในรูปแบบน้ำหยด การขุดสระเก็บกักน้ำในบริเวณพื้นที่เพาะปลูก แต่ยังคงไม่

ตาราง 1 ปัญหาและความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์

ลำดับที่	สรุปประเด็นปัญหา	ความต้องการด้านการพัฒนาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์
		สามารถแก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากวิธีการทั้งสองนี้จำเป็นต้องใช้เงินทุนสูงในการดำเนินการ
3	พันธุ์ข้าวไม่ได้คุณภาพ และถูกกดราคาจากพ่อค้าคนกลาง	การปลูกข้าวเป็นอาชีพหลักของชุมชนที่ดำเนินมาแต่อดีตเนื่องจากการบริโภคข้าวเป็นอาหารหลัก ดังนั้นในหลายครัวเรือนในชุมชนจึงทำนาข้าวไว้เพื่อการบริโภคแม้จะได้ผลผลิตน้อย มีคุณภาพต่ำแต่ก็ยังสามารถเก็บไว้บริโภคในครัวเรือนได้ ในบางครัวเรือนที่มีพื้นที่ทำกินจำนวนมากพอที่จะผลิตข้าวเพื่อการค้าแต่ผลผลิตที่เกิดขึ้นยังมีคุณภาพต่ำไม่ได้มาตรฐานเช่นมีข้าวพันธุ์ผสมเกิดขึ้นในนาข้าวทำให้ผลผลิตข้าวที่ได้ไม่เป็นพันธุ์แท้ จึงถูกกดราคาจากพ่อค้าคนกลาง ในบางกรณีชาวบ้านบางรายเข้ารับการอบรม ส่งเสริมการปลูกข้าวหอมมะลิ แต่เมื่อผลผลิตเกิดขึ้น ยังคงถูกกดราคาเป็นเพียงระดับราคาข้าวหอมจังหวัดสระแก้ว
4	การใช้ยาฆ่าแมลงและปุ๋ยเคมีในนาข้าว	ในพื้นที่ ตำบลหนองสังข์ ประสบปัญหาเรื่องแมลงศัตรูพืชสม่ำเสมอ นอกจากนี้หอยเชอรี่ยังเป็นศัตรูพืชสำคัญที่สร้างความเสียหายให้กับต้นกล้าข้าว เกษตรกรจำเป็นต้องใช้สารเคมี ดินที่เสื่อมคุณภาพทำให้ต้องใช้ปุ๋ยเคมีเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มต้นทุนการผลิตและยังเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และทำลายความอุดมสมบูรณ์ของดิน
5	ปัญหาการถ่ายทอดองค์ความรู้จากปราชญ์ชาวบ้านและหมอดินในชุมชน	ในพื้นที่ ตำบลหนองสังข์ มีปราชญ์ชาวบ้านและหมอดินที่มีองค์ความรู้ด้านเกษตรอินทรีย์ และดำเนินการปลูกข้าวด้วยกระบวนการทางชีวภาพเช่นการทำปุ๋ยชีวภาพใช้เอง การทำยาฆ่าแมลงจากกระบวนการทางชีวภาพตลอดจนการใช้ปุ๋ยพืชสด ทำให้ได้ผลผลิตที่ดีและสามารถรักษาคุณภาพดินไว้ได้ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่ามีสมาชิกในกลุ่มจำนวนน้อยที่ปฏิบัติตามเนื่องจากเห็นว่ามีความยุ่งยากในกระบวนการผลิตและขั้นตอนเพิ่มมากขึ้น ในเกษตรกรบางรายที่มีความสนใจในการใช้กระบวนการทางชีวภาพเข้ามาศึกษาจากปราชญ์ชาวบ้านเป็นบางครั้งแต่ก็ล้มเลิกความตั้งใจเนื่องปัจจัยหลายสาเหตุ

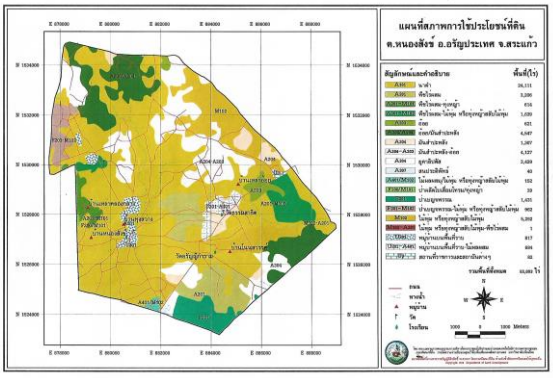
จากจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ครั้งนี้ทำให้ผู้ศึกษาวิจัยได้พบปราชญ์ชาวบ้านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการปลูกข้าอินทรีย์ คือ นายบุญ ขุนหาญ เกิดวันที่ 10 กันยายน มีผลงานดีเด่นในด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรและความพยายามฟันฝ่าอุปสรรคในการสร้างผลงานด้านการปลูกข้าว โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เหมาะสมกับพื้นที่และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การปรับปรุงดินด้วยปุ๋ยพืชสด โดยการปลูกพืชตระกูลถั่ว เช่น ถั่วพุ่ม ถั่วพร้า ปอเทือง ทำให้ผลผลิตข้าวดีขึ้นและดินมีความอุดมสมบูรณ์มากขึ้น นายบุญ เป็นเกษตรกรรายแรกที่ได้ปรับเปลี่ยนการทำนาข้าวด้วยการใช้สารเคมี มาเป็นแบบอินทรีย์ และได้รับการยอมรับจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมส่งเสริมการเกษตร กรมการข้าว กรมวิชาการเกษตร สมาชิกศูนย์ข้าวชุมชน ว่าการปฏิบัติตามแนวเกษตรอินทรีย์ได้อย่างแท้จริงและนำความรู้ไปถ่ายทอดสู่ชุมชน โดยใช้ปุ๋ยหมักและการผลิตสารไร่แมลงด้วยภูมิปัญญา และยังเป็นผู้มีความรู้ด้านดินและกระบวนการปลูกข้าวอย่างแตกฉาน อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาในการถ่ายทอดองค์ความรู้และการปฏิบัติเนื่องจากสมาชิกในชุมชนยังเห็นว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ใช้เวลามากในการปลูกข้าวด้วยวิธีการอินทรีย์ ดังนั้นการถอดองค์ความรู้จากนายบุญแล้วนำมาถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการทดลองตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ย่อมแสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จของการปลูกข้าวอินทรีย์อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อนำผลที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญถ่ายทอดสู่สมาชิกในชุมชนสร้างแรงจูงใจในหันมาร่วมกลุ่มการปลูกข้าวอินทรีย์เพื่อฐานในการพัฒนาผ่านกลไกด้านการเกษตรปลอดภัย

จากการค้นหาอาสาสมัครจากเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในตำบลหนองสังข์เพื่อเป็นแปลงทดลองการปลูกข้าวอินทรีย์ตามรูปแบบการพัฒนาที่ถอดองค์ความรู้จากนายบุญ ได้อาสาสมัครจำนวน 3 ราย มีพื้นที่นาข้าวอยู่ หมู่ที่ 1 บ้านหนองสังข์ และหมู่ 5 หมู่ 6 บ้านเหล่าอ้อย รวมทั้งสิ้นจำนวน 3 แปลง โดยกำหนดขนาดแปลงทดลองแปลงละ 10 ไร่ รวมทั้งสิ้น 30 ไร่ และเข้าทำการศึกษาคุณภาพดินในแปลงทดลองทั้ง 3 ในลำดับต่อไป

2. การศึกษาข้อมูลเชิงพื้นที่และ คุณภาพดิน

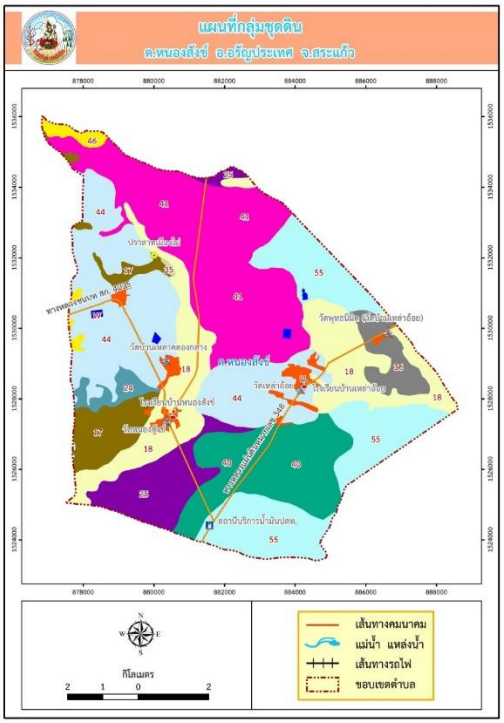
2.1 การใช้ประโยชน์ที่ดินในพื้นที่ ตำบลหนองสังข์ แบ่งเป็นทั้งหมด 8 หมู่บ้าน ครอบคลุมพื้นที่ทั้งสิ้นจำนวน

53,093 ไร่ พื้นที่จำนวน 24,111 ไร่เป็นพื้นที่นา (ร้อยละ 45.43) ซึ่งเป็นรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินที่มีมากที่สุดในพื้นที่ และรองลงมาเป็นพื้นที่อ้อยและมันสำปะหลังซึ่งอาจมีการหมุนเวียนสลับการปลูกตามสภาวะของราคาผลผลิต (ภาพที่ 2) แม้พื้นที่ต.หนองสังข์ ส่วนมากจะเป็นนาข้าว อย่างไรก็ตามการผลิตข้าวยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอกับมาตรฐาน



ภาพที่ 2 แผนที่การใช้ประโยชน์ที่ดิน ต.หนองสังข์
ที่มา: กรมพัฒนาที่ดิน 2537

2.2 ผลการประเมินคุณสมบัติของดิน ตำบลหนองสังข์ การศึกษากลุ่มชุดดินในพื้นที่ ต.หนองสังข์ ของแผนที่ดินที่กรมพัฒนาที่ดินพัฒนาขึ้นมา โดยการรวมชุดดินที่มีลักษณะ สมบัติ และศักยภาพในการเพาะปลูก รวมถึงการจัดการดินที่คล้ายคลึงกัน มาไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน เพื่อประโยชน์ในการให้คำแนะนำ การตรวจสอบลักษณะดิน การใช้ที่ดิน และการจัดการดินที่เหมาะสมให้แก่เกษตรกร ได้จัดจำแนกใหม่เป็น 62 กลุ่มชุดดิน พบว่าใน ตำบลหนองสังข์ มีชุดดินทั้งสิ้นจำนวน 10 ชุดดินคือ ชุดดินที่ 17 18 24 25 35 36 40 41 46 และ 55 (ภาพที่ 3) โดยการจำแนกนี้แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ศึกษานี้มีลักษณะภูมิประเทศผสมระหว่างพื้นที่ลุ่มและดอน กล่าวคือ กลุ่มชุดดินที่พบในพื้นที่ลุ่ม ได้แก่ กลุ่มชุดดินที่ 1-25 และกลุ่มชุดดินที่ 57-59 กลุ่มชุดดินที่พบในพื้นที่ดอน ได้แก่ กลุ่มชุดดินที่ 26-56 และ 60-62 โดยแต่ละชุดดินมีคุณลักษณะที่เหมาะสมกับการปลูกพืชชนิดต่าง ๆ [2]



ภาพที่ 3 แผนที่กลุ่มชุดดิน ต.หนองสังข์
ที่มา: กรมพัฒนาที่ดิน 2558

ดินในพื้นที่ตำบลหนองสังข์ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชุดดินที่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ โดยเฉพาะ ในกลุ่มชุดดินที่ 41 และ 46 จากแผนที่กลุ่มชุดดินแสดงให้เห็นว่ากลุ่มชุดดินที่ 41 ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ใน ตำบลหนองสังข์ จากภาพที่ 3 แผนที่กลุ่มชุดดิน ตำบลหนองสังข์ ระบุว่าพื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะเป็นดินทราย ปานกลางความอุดมสมบูรณ์ต่ำและไม่อุ้มน้ำ ในฤดูฝนจะเกิดการกัดเซาะพังทลายได้ง่าย ดินในบริเวณนี้ไม่เหมาะกับการปลูกข้าว อย่างไรก็ตามการปลูกพืชไร่ก็ควรทำแบบหมุนเวียน เมื่อต้องการสร้างต้นแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ใน ตำบลหนองสังข์ จึงศึกษาคุณภาพดินโดยละเอียดจากแปลงศึกษาทั้ง 3 แปลงที่อยู่ใน หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 6 เพื่อทราบข้อความอุดมสมบูรณ์ของดินในแปลงทดลอง เป็นรายแปลง เพื่อเปรียบเทียบและติดตามการเปลี่ยนแปลงความอุดมสมบูรณ์ของดิน โดยประเมินระดับความอุดมสมบูรณ์ตามแบบกองสำรวจดินและวิจัยทรัพยากรดิน กรมพัฒนาที่ดิน โดยใช้หลักการประเมินความอุดมสมบูรณ์ของดินจากค่าวิเคราะห์ทางเคมีของดินบางประการ ได้แก่ ความเป็นกรดเป็นด่างของดิน ความจุใน

การแลกเปลี่ยนประจุบวก ความอิ่มตัวด้วยประจุบวกที่เป็นด่าง ปริมาณอินทรียวัตถุ ปริมาณฟอสฟอรัสที่เป็นประโยชน์และปริมาณโพแทสเซียมที่เป็นประโยชน์ และทำการแบ่งระดับความอุดมสมบูรณ์ของดินออกเป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และสูง ดังเกณฑ์ในตารางที่ 2 [4]

ผลการศึกษาวิเคราะห์ ความเป็นกรดเป็นด่างของดิน ความจุในการแลกเปลี่ยนประจุบวก ความอิ่มตัวด้วยประจุบวกที่เป็นด่าง ปริมาณอินทรียวัตถุ ปริมาณฟอสฟอรัสที่เป็นประโยชน์ และปริมาณโพแทสเซียมที่เป็นประโยชน์ ในแปลงทดลองทั้ง 3 แปลง แสดงผลดังตารางที่ 3 โดยแปลงทดลองที่ 1 และ 2 แสดงความอุดมสมบูรณ์ของดินในระดับปานกลาง และ แปลงที่ 3 แสดงความอุดมสมบูรณ์ของดินในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามดินในแปลงทดลองทั้ง 3 แปลงจัดอยู่ในกลุ่มชุดดินที่ 44 เช่นกัน

ตาราง 2 วิธีการประเมินระดับความอุดมสมบูรณ์ของดินจากผลการวิเคราะห์ดิน

ระดับความอุดสมบูรณ์ (คะแนน)	OM %	Avail.P[2] $mg.kg^{-1}$	Avail.K[3] $mg.kg^{-1}$	CEC[4] $Cmol.kg^{-1}$	BS[5] %
ต่ำ (1)	<1.5	<10	<10	<10	<35
ปานกลาง (2)	1.5-3.5	10-25	60-90	10-20	35-75
สูง (3)	>3.5	>25	>90	>20	>75

ตาราง 3 การประเมินระดับความอุดมสมบูรณ์ของดินแปลงทดลองจำนวน 3 แปลงก่อนการเพาะปลูก

แปลงทดลอง	ความลึก (cm)	OM[1] %	Avail.P[2] $mg.kg^{-1}$	Avail.K[3] $mg.kg^{-1}$	CEC[4] $Cmol.kg^{-1}$	BS[5] %	รวม[6] คะแนน	ความอุดมสมบูรณ์ของดิน
1	0-15	0.65 (1)	8.78 (1)	65.15 (2)	6.36 (1)	80.45 (3)	8	ปานกลาง
2	0-15	0.75 (1)	8.93 (1)	63.08 (2)	4.53 (1)	77.55 (3)	8	ปานกลาง
3	0-15	0.77 (1)	8.29 (1)	62.92 (2)	5.22 (1)	74.29 (2)	7	ต่ำ

หมายเหตุ
[1] อินทรียวัตถุ
[2] ปริมาณฟอสฟอรัสที่เป็นประโยชน์
[3] ปริมาณโพแทสเซียมที่เป็นประโยชน์
[4] ความจุแลกเปลี่ยนแคตไอออน
[5] อัตราร้อยละความอิ่มตัวเบส
[6] 5-7 = ความอุดมสมบูรณ์ต่ำ
8-12 = ความอุดมสมบูรณ์ปานกลาง
13-15 = ความอุดมสมบูรณ์สูง
(กองสำรวจจำแนกดิน, 2523)

ผลการวิจัย ระยะที่ 2

1. รูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวอินทรีย์ใน ตำบลหนองสังข์

เมื่อศึกษาคุณภาพดินในแปลงทดลองเรียบร้อยแล้ว จึงเริ่มการสร้างรูปแบบการพัฒนาการถ่ายทอดภูมิปัญญาการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ในพื้นที่ศึกษา โดยการถอดบทเรียนจากปราชญ์ชาวบ้าน นายบุญ ขุนหาญ และหมอดินที่ดำเนินการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์มาเป็นระยะเวลา 20 ปี ดังตาราง 4

ตาราง 4 เนื้อหาสำคัญของรูปแบบการปลูกข้าวอินทรีย์

ขั้นตอน	ระยะเวลา	กระบวนการ	สิ่งที่ต้องใช้
1. ปลูกปอเทือง (*Crotalaria juncea*)	ต้นฤดูกาลเพาะปลูกประมาณต้นมีนาคม ถึง เมษายน หรือพิจารณาจากฝนแรกที่ตกทำให้ดินชุมชื้นก่อนการปลูก	การปลูกโดยการเตรียมดินโดยใช้รถไถขณะดินมีความชื้นอยู่ แล้วหว่านเมล็ดปอเทือง จะคราดกลบหรือไม่ก็ได้ ถ้าคราดกลบจะงอกได้สม่ำเสมอและเจริญเติบโตดี หรือ ปลูกโรยเป็นแถว ระหว่างแถว 80 – 100 ซม.	เมล็ดพันธ์ปอเทือง 3–5 กิโลกรัมต่อไร่
2. ไถกลบปอเทือง	ไถกลบเมื่อปอเทืองอายุประมาณ 50 – 60 วัน หรือเริ่มเห็นดอก ใช้รถไถ ไถกลบลงแปลงนา เนื่องจากปอเทืองมีความกรอบจึงหักผสมลงในดินได้ดี	ปอเทืองเป็นพืชตระกูลถั่วที่ให้น้ำหนักสดต่อไร่ 2 -5 ตัน/ไร่ เมื่อไถกลบจะปลดปล่อยธาตุอาหาร โดยเฉพาะไนโตรเจนในปริมาณสูง เป็นปุ๋ยพืชสดเพื่อเพิ่มปริมาณธาตุอาหารให้กับดินโดยเฉพาะในการปลูกพืชในระบบเกษตรอินทรีย์	รถไถนา
3. ฉีดพ่นน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพครั้งที่ 1	เมื่อไถกลบปอเทืองเสร็จเรียบร้อยและปล่อยแปลงไว้ประมาณ 7 วัน	เมื่อไถกลบปอเทืองเสร็จ ใช้น้ำหมักชีวภาพ ฉีดพ่นในอัตราส่วน 1 : 500 โดยจุลินทรีย์ในน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ จะช่วยย่อยสลายปอเทืองและปรับโครงสร้างดินเพื่อให้ต้นข้าวสามารถดูดซับแร่ธาตุจากดินได้ง่ายขึ้น และผลจากการใช้น้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ จำเป็นการทำลายเชื้อราที่เป็นอันตรายต่อต้นอ่อนข้าว เนื่องจากสามารถใช้ป้องกันโรคติดต่อของพืชเช่น เพลี้ย เชื้อรา แมลงต่างๆ ทำให้ดินร่วนซุย ไม่มีสารตกค้าง ราคาต่ำ	น้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ
4. เตรียมดินเพื่อหว่านเมล็ดพันธ์ข้าวในแปลงนา	ประมาณต้นปลายพฤษภาคมถึงต้นมิถุนายน	ทำการไถจะทำหลังจากการฉีดพ่นน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ ลงในแปลงแล้วเป็นเวลา 7 – 10 วัน ทั้งนี้ต้องดูปริมาณฝน การหว่านข้าวแห้ง มักใช้วิธีนี้ในเขตนาน้ำฝนหรือในพื้นที่ที่ควบคุมน้ำไม่ได้ โดยเมล็ดพันธุ์ที่หว่านจะไม่ได้เพาะให้งอกก่อน หรือเรียกว่าหว่านสำรวย เป็นการหว่านคอยฝนในสภาพดินแห้ง โดยหว่านหลังจากไถแปร เมื่อฝนตกลงมาเมล็ดข้าวที่หว่านไว้จะงอก เพื่อป้องกันการทำลายของศัตรูข้าว อาจมีการคราดกลบเมล็ดหลังการหว่าน ซึ่งเรียกว่าหว่านคราดกลบ	การหว่านข้าวแห้งจะใช้อัตราเมล็ดพันธุ์ประมาณไร่ละ 10 – 15 กก.
5. ใส่ปุ๋ยเม็ดอินทรีย์	เมื่อต้นข้าวในแปลงนาเจริญเติบโตสูงประมาณ 1 คืบ	หลังจากหว่านเมล็ดพันธุ์ข้าวเรียบร้อย เมื่อมีฝนตกลงมาไม่นาน เมล็ดพันธ์ข้าวจะงอก และเมื่องอกได้สูงประมาณ 1 คืบ จะใช้ปุ๋ยเม็ดอินทรีย์หว่านในอัตรา 100 กก ต่อไร่	ปุ๋ยเม็ดอินทรีย์
6. ฉีดพ่นน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพครั้งที่ 2	ห่างจาก การใส่ปุ๋ยเม็ดอินทรีย์ 1 เดือน	หลังจากใส่ปุ๋ยเม็ดอินทรีย์ ประมาณ 1 เดือน ให้ฉีดพ่นน้ำหมักชีวภาพเพื่อบำรุงดินอีก และเพื่อป้องกันศรัตรูพืช โดยใช้น้ำหมัก 5 ลิตรต่อน้ำ 100 ลิตรหรือ 1:20 ในความเข้มข้นที่สูงขึ้นนี้จะทำให้แมลงศรัตรูข้าวไม่เข้ามารบกวน	น้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ
7. ฉีดพ่นน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพครั้งที่ 3	การฉีดพ่นน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ	เมื่อสังเกตเห็นว่าเริ่มตั้งท้อง จะฉีดพ่น น้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ ครั้งนี้จะฉีดที่ความเข้มข้น 1:500 อีกครั้งเมื่อข้าวเริ่มตั้งท้องออกรวง	น้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ
8. เก็บเกี่ยวผลผลิต	ในช่วงประมาณเดือนพฤศจิกายน	เก็บเกี่ยวผลผลิตในนาข้าว	อุปกรณ์การเกี่ยวข้าว

1.1 สูตรการผลิตน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ

วัตถุดิบและส่วนประกอบ (1) พืชผลไม้สุก หรือสัตว์เช่นหอยเชอร์รี่ ใส้ปลา หัวปลา 35-40 กก. (2) กากน้ำตาลและน้ำ (3) พ.ด. 2 โดยมีขั้นตอนการผลิตดังนี้ (1) หั่นผักผลไม้สุก หรือสัตว์ต่างๆ เป็นชิ้นเล็กๆ (2) ใช้พ.ด. 2 จำนวน 3 ซอง ผสมน้ำ 2 ลิตร และกากน้ำตาล 15 กก. คนในทิศทางเดียวให้เข้ากัน (อาจใช้ พ.ด.6 .ในกรณีที่ใช้สัตว์) (3) นำส่วนผสมใน (1) และ (2) มาคลุกกัน เทลงในถังหมักพลาสติก เทน้ำสะอาดลงไปให้ท่วม ปิดฝาเก็บไว้ในที่ร่ม และเปิดถังกวนทุกวัน การกวนนี้จะทำให้ส่วนผสมได้รับอากาศ จากนั้นทิ้งไว้ 7 วัน น้ำหมักจะเริ่มมีสีน้ำตาลไหม้ มีกลิ่นหอมอมเปรี้ยว ถ้าน้ำหมักมีสีน้ำตาลอ่อนและมีกลิ่นบูดแสดงว่าใส่กากน้ำตาลไม่เพียงงพอ ให้เติมกากน้ำตาลลงไป (4) หมักต่อไป นาน 30 วัน จะสามารถนำไปใช้ได้ แต่ถ้าต้องการหมักจนได้หัวเชื้อน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ ให้หมักไว้ 3 เดือน แล้วจึงนำออกมาขยาย ยิ่งทิ้งไว้นานยิ่งดี และขณะหมักให้กวนน้ำหมักทุก 7 วัน

1.2 ปุ๋ยเม็ดอินทรีย์

วัตถุดิบและส่วนประกอบ (1) มูลสัตว์ 10 กก. (2) แกลบดำ 10 กก. (3) มูลค้างคาว 1 กก. (4) รำอ่อน 1 กก. (5) น้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพ 1 ลิตร โดยมีขั้นตอนการผลิตดังนี้ (1) นำส่วนประกอบ (1)-(4) มาบดละเอียดแล้วผสมให้เข้ากัน (2) เติมน้ำหมักอินทรีย์ชีวภาพลงไปและผสมส่วนผสมทั้งหมดในเครื่องผสมปุ๋ยอัดเม็ด (3) บ่มในที่ร่มไว้ 15 วัน จึงนำขึ้นจานปั้นเม็ดปุ๋ย (4) นำเม็ดปุ๋ยที่ได้ผึ่งลม 1 วัน

2. ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวอินทรีย์ใน ต.หนองสังข์

เมื่อรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวอินทรีย์ถูกสร้างขึ้นแล้ว จะดำเนินการประเมินรูปแบบที่สร้างขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยนักวิชาการและผู้บริหารงานด้านที่เกี่ยวข้องคือ (1) ด้านส่งเสริมการเกษตร (2) ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น (3) ด้านสิ่งแวดล้อมศึกษา (4) ด้านนิเวศวิทยา (5) ด้านสาธารณสุข จากนั้นปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และวางแผนการทดลองการปลูกต่อไป (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวอินทรีย์

รายการ	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					$\sum R$	IOC	ความหมาย
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
1. สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการทำนาข้าวในพื้นที่แห้งแล้ง	1	1	1	1	1	5	1.0	สอดคล้อง
2. กำหนดจุดประสงค์สอดคล้องกับลักษณะทางด้านพฤษศาสตร์ของข้าว	1	1	1	1	1	5	1.0	สอดคล้อง
3. ทฤษฎีแนวคิดมีความเหมาะสมสอดคล้องกับรูปแบบ	1	0	1	1	1	4	0.8	สอดคล้อง
4. เหมาะสมเข้าใจง่ายสำหรับการนำไปปฏิบัติ	1	1	0	1	1	4	0.8	สอดคล้อง
5. มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบตามกระบวนการเรียนรู้	1	1	1	1	1	5	1.0	สอดคล้อง
6. มีสื่อและแหล่งเรียนรู้ที่ชัดเจน	1	1	0	1	1	4	0.8	สอดคล้อง
7. ประกอบด้วยวิธีการนำองค์ความรู้สู่ผู้ฝึกปฏิบัติ	1	1	0	1	1	4	0.8	สอดคล้อง
8. ระยะเวลาเหมาะสมกับเนื้อหา	1	1	1	1	1	5	1.0	สอดคล้อง
9. กระตุ้นให้ผู้ฝึกปฏิบัตินำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดต่อได้	1	1	1	1	1	5	1.0	สอดคล้อง
รวม							**0.91**	

ผลการวิจัย ระยะที่ 3

1. ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาการปลูกข้าวอินทรีย์ใน ตำบลหนองสังข์

ดำเนินการตามรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ ที่สร้างขึ้น โดยใช้เวลาการดำเนินการ 1 รอบการเพาะปลูกข้าวหอมมะลิโดยใช้เวลาทั้งสิ้นตั้งแต่เริ่มเตรียมพื้นที่เพาะปลูกในต้นฤดูฝน จากนั้นติดตามกับกับดูแลเพื่อให้เป็นไปตามกระบวนการที่กำหนดไว้ในรูปแบบเป็นระยะๆ จนเก็บเกียวผลผลิต โดยใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 8 เดือน ตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2561 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2561 และสรุปผลที่ได้จากการปฏิบัติตามรูปแบบการปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ พบว่าในแปลงทดลองทั้ง 3 แปลง ได้ปริมาณข้าวหอมมะลิพันธุ์ ดอกมะลิ 105 สายพันธุ์แท้ จำนวน 630 612 และ 545 กิโลกรัมต่อไร่ และมีลักษณะทางกายภาพเบื้องต้นดังตาราง 6

ตาราง 6 ต่อคุณภาพทางกายภาพของข้าวอินทรีย์แปลงทดลองจำนวน 3 แปลง

แปลงทดลอง	ปริมาณผลผลิตข้าวดอกมะลิ 105 (กก./ไร่) ปี 2561	ค่าเฉลี่ย 50 เมล็ด ความยาวเมล็ดข้าวเปลือก (มิลลิเมตร)	ค่าเฉลี่ย 50 เมล็ด ความกว้างของเมล็ด (มิลลิเมตร)	ค่าเฉลี่ย50 เมล็ด ความหนา (มิลลิเมตร)
1	630	10.68 ± 0.19	2.14 ± 0.04	2.01 ± 0.06
2	612	10.47± 0.12	2.01± 0.11	1.92± 0.13
3	545	10.44± 0.23	2.17± 0.15	1.85 ± 0.09

หลังจากฤดูเก็บเกี่ยวผ่านไป ในเดือน ธันวาคม เข้าทำการเก็บคุณภาพดินเพื่อศึกษาความอุดมสมบูรณ์ของดินอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบกับก่อนฤดูเพาะปลูกเพื่อหาการเปลี่ยนแปลงของความอุดมสมบูรณ์ของดิน พบว่า ดินในแปลงทดลองทั้ง 3 มีค่าตรวจวัดในแต่ละพารามิเตอร์ดีขึ้นแม้ว่าผลการประเมิน ความอุดมสมบูรณ์ยังคงเดิม (ตาราง 7)

ตาราง 7 การประเมินระดับความอุดมสมบูรณ์ของดินในแปลงทดลองจำนวน 3 แปลงหลังฤดูเก็บเกี่ยว

แปลงทดลอง	ความลึก(cm)	OM[1] %	Avail.P[2] $mg.kg^{-1}$	Avail.K[3] $mg.kg^{-1}$	CEC[4] $Cmol.kg^{-1}$	BS[5] %	รวม[6] คะแนน	ความอุดมสมบูรณ์ของดิน
1	0-15	0.78 (1)	9.18 (1)	68.15 (2)	6.63 (1)	81.45 (3)	8	ปานกลาง
2	0-15	0.84 (1)	9.32 (1)	69.08 (2)	4.67 (1)	80.55 (3)	8	ปานกลาง
3	0-15	0.79 (1)	8.69 (1)	63.92 (2)	5.80 (1)	77.29 (2)	7	ต่ำ

หมายเหตุ
[1] อินทรียวัตถุ
[2] ปริมาณฟอสฟอรัสที่เป็นประโยชน์
[3] ปริมาณโพแทสเซียมที่เป็นประโยชน์
[4] ความจุแลกเปลี่ยนแคตไอออน
[5] อัตราร้อยละความอิ่มตัวเบส
[6] 5-7 = ความอุดมสมบูรณ์ต่ำ
8-12 = ความอุดมสมบูรณ์ปานกลาง
13-15 = ความอุดมสมบูรณ์สูง
(กองสำรวจจำแนกดิน, 2523)

สรุปและอภิปรายผล

การปลูกข้าวอินทรีย์นอกจากมีความสำคัญในด้านการเป็นแหล่งอาหารปลอดภัยของสมาชิกในสังคมแล้ว หากมีการพัฒนาให้สังคมไทยเป็นสังคมห่างไกลเคมีและเข้าสู่กระบวนการอินทรีย์ จะสามารถยกระดับผลผลิตทางการเกษตรของไทยไม่เพียงแต่ข้าวหอมมะลิแต่ยังรวมไปถึงผลผลิตอื่น ๆ ยังเป็นการเพิ่มมูลค่าและเป็นกลไกการอนุรักษ์ คืนความอุดมสมบูรณ์ให้แก่ดินที่เสื่อมโทรมไปเนื่องจากการเกษตรเชิงเดี่ยวเคมีแบบเดิม [5,6] จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าข้าวหอมมะลิที่ได้จากกระบวนการอินทรีย์ มีคุณภาพดีและมีผลผลิตสูงต่อไร่ ลักษณะทางการยภาพของเมล็ดข้าวอยู่ในเกณฑ์ที่ได้มารตฐาน ในงานวิจัยเรื่องผลของระยะเวลาการเก็บรักษาต่อคุณภาพข้าวขาวดอกมะลิ 105 ที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์และปุ๋ยเคมี แสดงให้เห็นสอดคล้องกันว่าข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์ยังคงมีปริมาณสารหอม (2-Acetyl-1-Pyrroline: 2AP) มากกว่าข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยเคมี [7,8] จึงเป็นผลทำให้ข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์มีกลิ่นหอมมากกว่า เช่นเดียวกับคุณภาพทางโภชนาการที่มีการลดลงตามการเก็บรักษา แต่ข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์ยังคงมีปริมาณสารประกอบฟีนอลิกทั้งหมดในเมล็ดมากกว่าข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยเคมี ถึงแม้ว่าระยะเวลาการเก็บรักษามีผลทำให้ข้าวหุงสุกมีระยะเวลาการหุงต้มนานขึ้นและมีความนุ่มเหนียวลดลง แต่ข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์ได้รับการยอมรับจากผู้บริโภคทั้งทางด้านรสชาติ กลิ่นหอม ความนุ่มเหนียวมากกว่าข้าวที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยเคมี [9] การศึกษาครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่าคุณภาพของดินในนาข้าวมีคความอุดมสมบูรณ์แม้ยังไม่บ่งชี้ว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็แสดงแนวโน้มให้เห็นว่าหากใช้กระบวนการปลูกข้าวอินทรีย์ต่อเนื่องในระยะเวลานานย่อมส่งผลดีต่อการอนุรักษ์ดิน การศึกษาการปลูกข้าวอินทรีย์นอกจากจะเป็นกระบวนการที่ปลอดภัยต่อการบริโภคและลดโอกาศเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีในกระบวนการต่างๆ แล้วยังอาจจะมีผลประหยัดต้นทุนการผลิต จากการศึกษาการเปรียบเทียบต้นทุนและผลตอบแทนจากการปลูกข้าวอินทรีย์และข้าวใช้สารเคมีของเกษตรกรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ยืนยันผลว่า การข้าวแบบใช้สารเคมีได้ผลผลิตต่อไร่สูงกว่าข้าวอินทรีย์ แต่ต้นทุนสูงกว่าแบบการปลูกข้าวอินทรีย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [10]

อนึ่ง การส่งเสริมให้คนไทยรู้สึกรักและหวงแหนทรัพยากรชีวภาพของชาติไว้ ไม่ว่าจะเป็นข้าวหอมมะลิ หรือ พันธุ์พืชอื่น ๆ ไม่ให้สูญหาย หรือมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับในสากล ทุกภาคส่วนควรได้ตระหนักถึงสถานการณ์การแย่งชิงทรัพยากรชีวภาพ ของชาวต่างชาติ รวมไปถึงคู่แข่งอย่าง เวียตนาม กัมพูชา ลาว และประเทศอื่น ๆ ที่จะมาเป็นคู่แข่งสำคัญในตลาดสินค้าเกษตรในอนาคตอันใกล้นี้ จึงควรส่งเสริมให้ข้าวหอมมะลิเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีมูลค่าสูง เป็นพืชเศรษฐกิจอย่างแท้จริง ต้องการให้เกิดศูนย์อนุรักษ์ รักษา วิจัยและกระจายพันธุ์ข้าวไปยังเกษตรกรหลาย ๆ แห่งทั่วประเทศ เพื่อช่วยเกษตรกรให้ได้พันธุ์ข้าวที่ดีส่งเสริมให้เกษตรกรสามารถผลิตข้าวได้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่มีการเจือปนสารเคมี และเป็นพื้นฐานแห่งการขยายตลาดค้าข้าวหอมมะลิในประเทศต่างๆ เพิ่มขึ้น [11]

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาคุณสมบัติทางเคมีและคุณสมบัติทางโภชนการเปรียบเทียบระหว่างแปลงทดลองเป็นสิ่งที่ควรศึกษา อีกทั้งควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเปรียบเทียบผลผลิตในรอบปีที่ผ่านมาเพื่อเปรียบเทียบกับผลผลิตในปัจจุบันและควรดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเนื่องตลอดระยะเวลาอย่างน้อย 3-5 ปีเพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพดินในแปลงทดลองว่ามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลวอย่างไรและควรมีการจัดทำแผนกิจกรรมแบบเชิงลึกเพื่อการพัฒนาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวหอมมะลิด้วยกระบวนการอินทรีย์ร่วมด้วย [12]

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยส่วนหนึ่งภายใต้ชุดโครงการวิจัยและพัฒนาชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่โดยเครือข่ายมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศ เรื่องยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) พ.ศ. 2561. (2561, 30 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก. หน้า 1-73.
2. กลุ่มชุดดิน 62 กลุ่ม, กรมพัฒนาที่ดิน 2558 เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2561 http://www.ldd.go.th
3. Suwannaporn, P. Linnemann, A. Consumer preferences and buying criteria in rice: a study to identify market strategy for Thailand Jasmine Rice Export. **Journal of Food Products Marketing**, 14(4), 33-53. 2008.
4. กองสำรวจดินและวิจัยทรัพยากรดิน กรมพัฒนาที่ดิน http://oss101.ldd.go.th/soilr/main.html.
5. อินทิรา มุงเมือง, บุญสม วราเอกศิริ. รูปแบบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวหอมมะลิอินทรีย์ในจังหวัดเชียงราย พะเยา และเชียงใหม่. **Journal of Management Science Chiangrai Rajabhat University**, 12(1).117-40. 2017.
6. Rittinon, C. Uruyos, M. Effect of Leadership on Organic Farming Adoption Decision. **Applied Economics Journal**, 24(1). 2017.
7. พักตร์ เพ็ญภูมิพันธ์, สมชาย ชคตระการ, วรภัทร ลัคนทินวงศ์. การเปรียบเทียบระหว่างปุ๋ยเคมีและปุ๋ยอินทรีย์คุณภาพสูง ต่อคุณภาพข้าวพันธุ์สุพรรณบุรี1. **Thai Science and Technology Journal**, 24(5), 753-65. 2016.
8. Wongpornchai, S. Sriseadka, T. Choonvisase, S. Identification and quantitation of the rice aroma compound, 2-acetyl-1-pyrroline, in bread flowers. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**;51(2), 457-62. 2003.
9. Grimm, C.C. Champagne, E.T. Lloyd, S.W. Analysis of 2-acetyl-1-pyrroline in rice by HSSE/GC/MS. **Cereal Chemistry**, 88(3), 271-77. 2011.
10. อภิวัฒน์ อินทร์นก, พักตร์เพ็ญ ภูมิพันธ์, อรประภา เทพศิลปวิสุทธิ์. ผลของระยะเวลาการเก็บรักษาต่อคุณภาพข้าวขาวดอกมะลิ 105 ที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยอินทรีย์และปุ๋ยเคมี. **Thai Journal of Science and Technology**, 5(3), 233-45. 2016.
11. จุฑาทิพย์ สองเมือง, สุทธิ ชัยพฤกษ์, สัญจิตา อรชุนเลิศไมตรี. **โครงการเปรียบเทียบต้นทุนและผลตอบแทนจากการปลูกข้าวอินทรีย์และข้าวใช้สารเคมีของเกษตรกรในอำเภอ ลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี.**
12. นวพรรษ การะเกตุ. **การศึกษาภาพอนาคตของสื่อมวลชนในบทบาทการสร้างเสริมคุณค่าให้กับข้าวหอมมะลิไทย.**

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Model Development of Health Promotion Competency of Sirindhorn College of Public Health Students Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[1] ธีรศักดิ์ พาจันทร์[2] ประทีป กาลเขว้า[3]

Saowaluk Seedaket[1] Teerasak Phajan[2] Prateep Kankhwao[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และ 2) เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยประยุกต์ใช้การจัดการเรียนรู้แบบโครงการและการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ โดยแบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหาและแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2 สร้าง และหาคุณภาพของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบ การเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและระยะที่ 4 ขยายผลการวิจัยและตรวจสอบยืนยันรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการประสิทธิผลใช้รูปแบบการเรียนการสอนคือนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชั้นปีที่ 4 จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายข้อมูลทั่วไป สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบผลสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ได้จากรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก มีองค์ประกอบหลัก 5 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิด/หลักการของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) เนื้อหาสาระการเรียนรู้ 4) กิจกรรมการเรียนการสอน และ 5) การประเมินผล ผลการสังเคราะห์การจัดการเรียนรู้แบบโครงการและการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ ได้แนวทาง การกิจกรรมการเรียนการสอนที่ผู้วิจัย เรียกว่า PAPPRE Model ประกอบด้วย 1) ขั้นการวางแผนเรียนรู้ (Planning) 2) การวิเคราะห์งาน (Analyzing) 3) ขั้นผลิตชิ้นงาน (Production) 4) ขั้นนำเสนอผลงาน (Presentation) 5) ขั้นสะท้อนคิด (Reflection) และ 6) ขั้นประเมินผล (Evaluation) ซึ่งในภาพรวมของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D.= 0.61) และมีค่าดัชนีประสิทธิผล (The Effectiveness Index: E.I.) เท่ากับ 0.7987 สำหรับผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น พบว่า นักศึกษามีคะแนนสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการเรียน เท่ากับ เท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D.= 0.35) และ 4.53 คะแนน (S.D.= 0.36) ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยหลังการเรียนด้วยรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.56 คะแนน (95% CI = 1.29 to 1.82; p-value < 0.001) และจากข้อมูลการตรวจสอบยืนยันรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ **(Connoisseurship)** พบว่ารูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สามารถเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาได้

คำสำคัญ : สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ, การจัดการเรียนรู้แบบโครงการ, การจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ, สาธารณสุขชุมชน

Abstract

The objectives of this research were 1) to develop the educational management model for improve health promotion competency of Sirindhorn College of Public Health students Under Praboromarajchanok Institute and 2) to examine the effectiveness of the educational management model for

[1] ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 40000, E-mail: ooyja_ommy@hotmail.com

[2] วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 40000, E-mail: tphajan@gmail.com

[3] วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, 40000, E-mail: kankhwao@hotmail.com

improve health promotion competencies of Sirindhorn College of Public Health students Under the Praboromarajchanok Institute By applying project-based learning management and collaborative learning By dividing the research into 4 phases. Research methodology composed of 4 phase following. The 1st phase was studying the situation, analyze the problems and guidelines for the development of health promotion competencies. The 2nd was creating and evaluating the quality of the teaching and learning model for enhance health promotion capacities. The 3rd phase was studying the effectiveness of teaching and learning model to enhance health promotion capacities and the 4th phase was expanding the research results and accuracy verifying by experts through connoisseurship. Research sample for effectiveness evaluating were 20 Bachelor year 4 students of Public Health Program in Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province. Data collection operated by questionnaires for quantitative data, and in-depth interview with research participation for qualitative data collection. Quantitative data analysis of descriptive statistics and paired t-test statistics for comparing health promotion competencies before and after implementing the model. For qualitative data, the content analysis was used.

The research results found that teaching and learning model for enhance health promotion competencies obtained from the educational management model to improve the health promotion competencies of Sirindhorn College of Public Health students under the Praboromarajchanok Institute were 5 main elements: 1) Concepts / Principles of model 2) Objectives of model 3) Learning content 4) Teaching activities and 5) Evaluation. The results of the synthesis of project-based teaching and learning management and learning together obtain guidelines for teaching and learning activities that the researcher called the PAPPRE model, consisted of 1) Learning Planning (Planning) 2) Analyzing 3) Production Process 4) Presentation Process (Presentation) 5) Reflection and 6) Evaluation, which in the overview of the teaching and learning model to enhance the competencies of health promotion was appropriate at a high level with an average of 4.30 points (S.D. = 0.61) and the Effectiveness Index (E.I.) equal 0.7987 point. As the results of implementing the teaching model, students had the score of health promotion competencies before and after learning equal to 2.97 points (SD = 0.35) and 4.53 points (SD = 0.36) respectively (from full score of 5 points). After learning with the developed teaching model, students had an average score of health promotion competencies higher than before at the level of 0.05 statistical significant with an average score of 1.56 points (95% CI = 1.29 to 1.82; p-value <0.001) and from the data Verify the format by a qualified person (connoisseurship) found that the educational management model for improving health promotion competencies of the Sirindhorn College of Public Health students under the Praboromarajchanok Institute met the effectiveness criteria.

Keyword: health promoting competencies, project-based learning, collaborative learning, Community public health program

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริม ให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม พัฒนาปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เป็นที่ยอมรับว่าการสร้างเสริมสุขภาพมีความ สำคัญทำให้เกิดผลลัพธ์ ทางสุขภาพประกอบดีมากมาย เช่น ความต่อเนื่องในการดูแลรักษาสุขภาพ การจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม ช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดีในระดับสูงสุด และมี คุณภาพชีวิตที่ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้ ประกาศกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion) ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี โดยสนับสนุนให้ประชาชนทั้งในระดับบุคคลและ ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพและส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตของสุขภาพพร้อมทั้งขยายแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพไปทั่วโลก ประเทศไทย การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม” นำไปสู่นโยบายสุขภาพด้านการสร้างสุขภาพร่วมกับ การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพประกอบดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ ลดการเจ็บป่วย หรือหากเจ็บป่วยก็เกิดภาวะ แทรกซ้อนน้อยลง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้นเพื่อ ตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพประกอบเน้นการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น การจัดการเรียนการสอนสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน[1]

สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ (Heath promoting competencies) เป็นสมรรถนะที่สำคัญของนักวิชาการสาธารณสุข [2] ซึ่งภายหลังสำเร็จการศึกษา นักศึกษาจะต้องปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ในหน่วยงาน

บริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีความสามารถในการนำความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น สถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรดังกล่าวจำเป็นต้องเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพให้นักศึกษา อันจะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพในอนาคต

การจัดการศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยสร้างคนจากชุมชนเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน [3] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นสถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เปิดสอนหลักสูตรระดับปริญญาตรี โดยสมทบร่วมกับมหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเทคนิคเภสัชกรรม และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้น สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ในปัจจุบันวิทยาลัยฯดำเนินงานของภายใต้ ปรัชญา คือ “จัดการศึกษาผสานความรู้สู่ชุมชน พัฒนากำลังคนอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งมีปณิธานคือ “วิทยาลัยมีความมุ่งมั่นที่จะผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานในชุมชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” โดยเฉพาะหลักสูตรสาธารณสุข ศาสตรบัณฑิต โดยเฉพาะสาขาสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเมื่อสำเร็จการศึกษา จะดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องมีสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการสำรวจเกี่ยวกับปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ยังขาดทักษะในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ ในสถานการจริงและบริบทของสภาพปัญหาจริงของชุมชน ถึงแม้จะมีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาที่เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพ ก็ตาม ดังนั้นเพิ่มเสริมสมรรถนะดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะ ควรจัดให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ [4] เน้นส่งเสริมผู้เรียนให้เกิดประสบการณ์ตรงหรือเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงและเรียนรู้จากสภาพแวดล้อม กลุ่มเพื่อนที่ร่วมดำเนินงาน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบโครงการ (Project based learning) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ศึกษาอย่างลึกซึ้ง ผ่านกระบวนการสร้างชิ้นงานด้วยการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยวิธีการแสวงหาวิธีการและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้ปฏิบัติจริง ฝึกคิดและตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหางานที่เกิดขึ้นในกระบวนการผลิตชิ้นงาน อันจะทำให้เกิดความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ การทำงาน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้เรียนรู้การทำงานร่วมกับคนอื่น อันจะส่งผลต่อความสามารถของตนเอง และพัฒนาทักษะทางสังคมได้อีกด้วย [5] และแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative learning)ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยกันเป็นกลุ่มเล็กๆ ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน แต่ละคนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นกำลังใจแก่กันและกัน คนที่เรียนเก่ง จะช่วยเหลือคนที่เรียนอ่อนกว่า สมาชิกในกลุ่มไม่เพียงแต่รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองเท่านั้น แต่จะต้องรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ความสำเร็จของแต่ละบุคคลคือ ความสำเร็จของกลุ่มด้วย ซึ่งการทำงานในยุคปัจจุบันและในอนาคต นักศึกษาจะต้องสามารถทำงานร่วมกับคนอื่นหรือทำงานเป็นทีมได้ [6, 7]

จากเหตุผลดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้การจัดการเรียนรู้แบบโครงการและการจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ อันจะส่งให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในสถานการณ์จริงในชุมชน ทำงานร่วมกับคน

อื่นได้ดีและส่งผลให้เกิดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพประกอบมีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยมีขั้นตอนการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สภาพปัญหาสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรม ราชชนก ศึกษาจากการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่ม ผู้บริหารวิทยาลัย อาจารย์ผู้สอนด้านการส่งเสริมสุขภาพและสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก วิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี และวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 คน ระหว่างเดือน มกราคม 2560 – พฤษภาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Research :R1)

ระยะที่ 2 สร้างและหาคุณภาพของรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างเดือน มิถุนายน 2560-พฤษภาคม 2561 สังเคราะห์รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ประกอบด้วย การจัดการศึกษาแบบบูรณาการ ชุมชนแห่งการเรียนรู้ เชิงวิชาชีพ การจัดการศึกษาที่เน้นสมรรถนะและการจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอน 1) วิเคราะห์บริบทและวางแผน 2) สร้างเครือข่ายการจัดการศึกษา 3) จัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม และ4)ประเมินแบบเสริมพลัง ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการคิดเชิงระบบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ แบบร่วมแรงร่วมใจ การโค้ชและการเรียนรู้แบบโครงการ จากนั้นผู้วิจัย ได้นำรูปแบบไปตรวจสอบคุณภาพและได้นำรูปแบบ ไปทดลองใช้โดยได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนอีก 1 รูปแบบ ขึ้นมารองรับ ซึ่งสามารถออกแบบการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

2.1 สังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนการสอนให้เกิดสมรรถนะ โดยสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบจัดการเรียนการสอนของ Khamanee (2012)[8] Cram (1998) [9] Dick & Carry (1989)[10] Joyce & Weil (1996) [11] และ Anderson (1997)[12] สังเคราะห์การจัดการเรียนรู้แบบโครงการ ของ Trakulsarit (2008) และ Dittasakul (2006) สังเคราะห์การจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ ของ Jones & Creese (2000)[6] Khamanee (2012)[8] และ Mingsiritham (2001)[13]

2.2 ร่างรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ (ฉบับร่างที่ 1); (Development :D1)

2.3 นำรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนการสอน (Research :R2) โดยใช้แบบประเมินมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับและใช้เกณฑ์เฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานไม่เกิน 1 จึงจะถือว่ามีความเหมาะสม โดยใช้แบบประเมินการเรียนการสอนขององค์ประกอบการเรียนการสอนฯ ลักษณะคำถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เหมาะสมมากที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อยและเหมาะสมน้อยที่สุด ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

2.4 ปรับแก้รูปแบบการเรียนการสอนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ (ฉบับร่างที่2) (Development: D2)

2.5 หาค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.) ของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข ภาคเรียนที่ 1/ 2560 จำนวน 45 คน (Research :R3) วิเคราะห์หาค่าดัชนีประสิทธิผล (The Effectiveness Index: E.I.) ของรูปแบบการเรียนการสอน เกณฑ์ที่ยอมรับค่าดัชนีประสิทธิผลจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป[14]

$$E.I. = \frac{\text{ผลรวมของคะแนนสอบหลังเรียน} - \text{ผลรวมของคะแนนสอบก่อนเรียน}}{(\text{จำนวนนักเรียน} \times \text{คะแนนเต็ม}) - (\text{ผลรวมของคะแนนก่อนเรียน})}$$

2.6 ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์ก่อนไปทดลองใช้จริงภาคสนาม (Development: D3)

ระยะที่ 3 ศึกษาผลของรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ (Research :R4) ระหว่างเดือน มิถุนายน 2561-ธันวาคม 2561 ที่วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นวิทยาลัยที่มี การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้มีสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพและมีบริบทการจัดการเรียนการสอนภายใต้นโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อื่นๆ

3.1 การเตรียมการทดลองใช้รูปแบบการเรียนสอนที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 จัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น โดยนำไปทดลองสอนเป็นเวลา 16 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการเรียน กับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุข ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 20 คน

3.3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอน โดยใช้แบบวัดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์ใช้แบบวัดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของ ศิริพร ขัมภลิขิต (2551) [15] ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และการประยุกต์ใช้การวิจัยและการจัดการความรู้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 32 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t -test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการสอน นำเสนอค่า Mean difference พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% (95% Confidence interval) และค่า p-value

ระยะที่ 4 ขยายผลการวิจัยและตรวจสอบยืนยัน รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) ระหว่างเดือน มกราคม 2562 – พฤษภาคม 2562 จำนวน 6 คน โดยใช้การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ จดบันทึกประเด็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความถูกต้องในเชิงวิชาการและความเป็นประโยชน์ของรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (HE 6001003)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

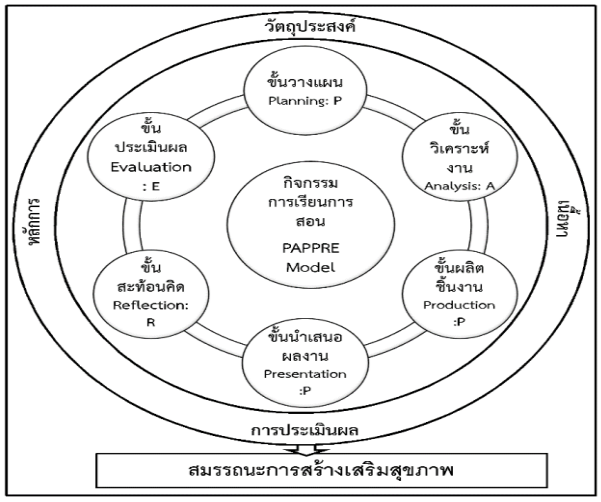
1.1 แนวคิดหรือหลักการของรูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และปฏิบัติงานร่วมกัน โดยจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการเรียนรู้ มีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

1.2 วัตถุประสงค์ของรูปแบบ มุ่งพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างเพื่อนในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มและผู้สอน โดยให้ผู้เรียนสามารถอธิบายความสำคัญ กำหนดวัตถุประสงค์การประเมิน ออกแบบการประเมินผล เขียนรายงานการสรุปผลการประเมินผลโครงการ ได้ถูกต้อง

1.3 เนื้อหาสาระการเรียนรู้ ประกอบด้วยหลักการ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์ใช้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เป็นกรอบในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ อันประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ 5 ประการ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น สะท้อนถึงสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพประกอบพึงประสงค์ อันประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยและการจัดการความรู้ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

1.4 กิจกรรมการเรียนการสอน โครงสร้างของกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน ที่ได้จากการสังเคราะห์การจัดการเรียนรู้แบบโครงการและแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบแรงร่วมใจ สรุปเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนในการวิจัยครั้งนี้ เรียกว่า PAPPRE Model ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผนเรียนรู้ (Planning) ขั้นการวิเคราะห์งาน (Analyzing) ขั้นผลิตชิ้นงาน (Production) ขั้นนำเสนอผลงาน (Presentation) ขั้นสะท้อนคิด (Reflection) และขั้นประเมินผล (Evaluation) เชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

1.5 การประเมินผล สังเกตพฤติกรรมในชั้นเรียนและในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรมการเรียนการสอน การนำเสนอผลงาน การตรวจสอบรายงาน/ชิ้นงานหรือการสอบและประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากคะแนนสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยและการจัดการความรู้ ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สรุปรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้การจัดการเรียนรู้แบบโครงการและการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ

ความเหมาะสมและค่าดัชนีประสิทธิผล (The Effectiveness Index: E.I.) ของรูปแบบการเรียน การสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ จากการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ในประเด็น หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการจัดการเรียนการสอนและการวัดและประเมินผล พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D.= 0.61) และมีค่าดัชนีประสิทธิผล (E.I.) เท่ากับ 0.7987 นั้นแสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 79.87 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ดัชนีประสิทธิผล (E.I) ของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ

จำนวนนักศึกษา (คน)	ผลรวมคะแนน (คะแนน)		ดัชนีประสิทธิผล
	คะแนนก่อนเรียน	คะแนนหลังเรียน	
45	4,456	6,668	0.7987

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 160 คะแนน (32 ข้อๆละ 5 คะแนน)

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอน ที่พัฒนาขึ้น

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวนร้อยละ 65.00 โดยอายุเฉลี่ยของนักศึกษาทั้งหมด คือ 23.45 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.11) อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 38 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 95.00

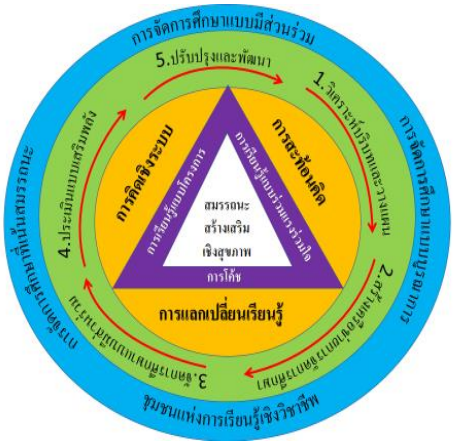
2. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า นักศึกษามีคะแนนสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการเรียน เท่ากับ เท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D.= 0.35) และ 4.53 คะแนน (S.D.= 0.36) ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยหลังการเรียนด้วยรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.56 คะแนน (95% CI = 1.29 to 1.82; p-value < 0.001) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ (n=20)

ประเด็น	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) (ช่วงเชื่อมั่น 95%)	t	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
สมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ	2.97	0.35	4.53	0.36	1.56 (1.29 to 1.82)	12.26	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ประกอบด้วย การจัดการศึกษาแบบ บูรณาการ ชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ การจัดการศึกษาที่เน้นสมรรถนะ และการจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอน 1) วิเคราะห์บริบทและวางแผน 2)สร้างเครือข่ายการจัดการศึกษา 3)จัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม และ4)ประเมินแบบเสริมพลัง ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการคิดเชิงระบบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ การโค้ชและการเรียนรู้แบบโครงการ ดังภาพประกอบ 2

ผลการตรวจสอบยืนยันรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) สะท้อนถึงรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาวิทยาลัย

สาธารณสุขสิรินธร สถาบัน พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความเหมาะสม สามารถเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาได้ อีกทั้งยังเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักศึกษา อาจารย์ผู้สอนและชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการศึกษา ที่เกิดขึ้นกับอาจารย์ผู้สอน ได้แก่ ปรับวิธีการเรียนการสอนตามสภาพจริงตามปรัชญา ทฤษฎี หลักการ แนวคิดทางการศึกษา วิธีการสอน อย่างเป็นระบบ มีลักษณะเป็น Active learning ผ่านการจัดการเรียนรู้แบบโครงการ (Project based learning) การจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative learning) เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ใช้กระบวนการคิด กระบวนการเรียนรู้ ลงมือปฏิบัติที่เอื้อ ให้เกิดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการศึกษา ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา ได้แก่ การมีสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพ และการวิจัยและการจัดการความรู้ การทำงานเป็นทีม ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาตนเองโดยการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง ประเมินพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ/ประชาชน/ชุมชน วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สอนและให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคลทั่วไป จัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงด้านสุขภาพได้

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการศึกษา ที่เกิดขึ้นกับชุมชน พบว่าผู้นำชุมชน ให้ความเห็นสอดคล้องกันคือ ชุมชนพอใจในระดับมากเพราะได้รับประโยชน์จากการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว เนื่องจากหลังจากที่นักศึกษาสำรวจข้อมูลพบปัญหาด้านสุขภาพแล้ว จะเชิญชวนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การแก้ปัญหาด้วยและในขณะเดียวกันชุมชนก็พร้อมที่จะให้ความร่วมมือและเข้ามาช่วยเหลือตลอดเวลา จึงกล่าว ได้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้การจัดการเรียนรู้แบบโครงการและการจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจเป็นรูปแบบการเรียนการสอน ที่สามารถสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างวิทยาลัยกับชุมชน ได้อีกทางหนึ่ง

การขยายผลการวิจัย ผู้บริหารวิทยาลัยในเครือข่ายสาธารณสุขศาตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สะท้อนถึงรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นนี้เหมาะสำหรับการพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา ในบริบทและสถานการณ์ปัจจุบันที่ควรเสริมสร้างการเรียนรู้แบบ Active learning โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน นอกจากนี้ยังสะท้อนว่า จะพิจารณานำรูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสร้างเสริมสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในวิทยาลัย

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุข สิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย การจัดการศึกษาแบบบูรณาการชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ การจัดการศึกษาที่เน้นสมรรถนะ และการจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอน 1) วิเคราะห์บริบท และวางแผน 2) สร้างเครือข่ายการจัดการศึกษา 3) จัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วมและ 4) ประเมินแบบเสริมพลัง ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการคิดเชิงระบบ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ การโค้ชและการเรียนรู้แบบโครงการ ซึ่งเป็นรูปแบบที่อาจารย์ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษา เกิดความสนใจและกระตือรือร้น รวมทั้งวางแผนดำเนินกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งนักศึกษา อาจารย์ และชุมชน ตามเป้าหมายที่วางไว้[16] อีกทั้งมุ่งเน้น ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการกระทำ และได้ประสบการณ์จริง เป็นการเรียนรู้อย่างลุ่มลึก[17]

2. กระบวนการพัฒนาของรูปแบบการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งนี้ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจาก การวิเคราะห์สังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอน พบว่า องค์ประกอบของรูปแบบจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 1) แนวคิดหรือหลักการของ

รูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบ 3) เนื้อหาสาระการเรียนรู้ 4) กิจกรรมการเรียนการสอน และ 5) การประเมินผล สอดคล้องกับแนวคิดของ Khamanee (2012)[8] Cram (1998)[9] Dick & Carry (1989)[10] Joyce & Weil (1996)[11] และ Anderson (1997)[12] และสังเคราะห์การออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มุ่งเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ โดยสังเคราะห์ 2 แนวคิด คือ 1) การจัดการเรียนรู้แบบโครงการ (Project base learning) เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบโครงการมุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้ศึกษาอย่างลึกซึ้งผ่านกระบวนการสร้างชิ้นงานด้วยการวางแผนอย่างเป็นระบบ โดยวิธีการแสวงหาวิธีการและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้ปฏิบัติจริง ฝึกคิดและตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหางานที่เกิดขึ้นในกระบวนการผลิตชิ้นงาน อันจะทำให้เกิดความรู้ ทักษะที่พึงประสงค์รวมถึงประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้เรียนรู้การทำงานร่วมกับคนอื่น อันจะส่งผลต่อความสามารถของตนเองและพัฒนาทักษะทางสังคมได้อีกด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ Trakulsarit (2008)[18] และ Dittasakul (2006)[19] 2) สังเคราะห์การจัดการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative learning) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยกันเป็นกลุ่มเล็กๆ ซึ่งแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย สมาชิกที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน แต่ละคนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นกำลังใจแก่กันและกัน คนที่เรียนเก่ง จะช่วยเหลือคนที่เรียนอ่อนกว่า สมาชิกในกลุ่มไม่เพียงแต่รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเองเท่านั้นแต่จะต้องรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ความสำเร็จของแต่ละบุคคล คือ ความสำเร็จของกลุ่มด้วย ซึ่งการทำงานในยุคปัจจุบันและในอนาคต นักศึกษาจะต้องสามารถทำงานร่วมกับคนอื่นหรือทำงานเป็นทีมได้[6, 8, 13] และสอดคล้องกับ Simmatun, Sanrach & Arrerach, (2010)[19] Malithong (2005)[20] และ Arreerard (2006)[21] ที่กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า การเรียนรู้ร่วมกัน เป็นวิธีการเรียนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้เรียนได้ทำงานร่วมกัน ได้แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ร่วมกัน มีการจัดแบ่งหน้าที่กันและยอมรับในหน้าที่ของกันและกัน เพื่อทำกิจกรรมให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายการเรียน รวมทั้งนำแนวคิดการประเมินผลโครงการมาเป็นตัวแปรสำคัญในการออกแบบครั้งนี้ ซึ่งผลการสังเคราะห์ทั้งการจัดการสอนแบบโครงการและการจัดการเรียนการสอนแบบเรียนรู้ร่วมกัน เป็นแนวทางการกิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งผู้วิจัยเรียกว่า PAPPRE Model ประกอบด้วย 1) ขั้นการวางแผนเรียนรู้ (Planning) 2) การวิเคราะห์งาน (Analyzing) 3) ขั้นผลิตชิ้นงาน (Production) 4) ขั้นนำเสนอผลงาน (Presentation) 5) ขั้นสะท้อนคิด (Reflection) และ 6) ขั้นประเมินผล (Evaluation) อันจะส่งผลให้เกิดสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ

3. ความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ จากการประเมินพบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการจัดการเรียนการสอนและการวัดและประเมินผลและมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D.= 0.61) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะองค์ประกอบรูปแบบที่ใช้เป็นโครงการการพัฒนานั้น ได้มาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้อย่างเป็นระบบจึงทำให้เหมาะสมกับผู้เรียน สอดคล้องกับผลวิจัยของ Onthanee (2008)[22] Preedeekun (2011)[23] และ Mongkolrat and other (2012)[24] ที่พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนที่สร้างขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และ 5) การวัดและประเมินผล เช่นเดียวกัน

4. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า นักศึกษามีคะแนนสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการเรียนเท่ากับ เท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D.= 0.35) และ 4.53 คะแนน (S.D.= 0.36) ตามลำดับ (จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยหลังการเรียนด้วยรูปแบบ การเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.56 คะแนน (95% CI = 1.29 to 1.82; p-value < 0.001) ทั้งนี้อาจเกิดจาก ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนสังเคราะห์การจัดการเรียนรู้แบบโครงการ ของ Trakulsarit (2008)[18] และ Dittasakul (2006)[19] และ สังเคราะห์แนวคิดการจัดการเรียนการเรียนรู้แบบร่วมแรงร่วมใจ ของ Jones & Creese (2000)[6], Khamanee (2012)[8] และ

Mingsiritham (2001) [13] มีแนวทางการกิจกรรมการเรียนการสอน ที่เรียกว่า PAPPRE Model ประกอบด้วย 1) ขั้นการวางแผนเรียนรู้ (Planning) 2) การวิเคราะห์งาน (Analyzing) 3) ขั้นผลิตชิ้นงาน (Production) 4) ขั้นนำเสนอผลงาน (Presentation) 5) ขั้นสะท้อนคิด (Reflection) และ 6) ขั้นประเมินผล (Evaluation) ซึ่งเป็นการจัดประสบการณ์ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเรียนรู้จากสถานการณ์/ปัญหา การลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความเข้าใจและทักษะที่พึงประสงค์ได้ อีกทั้งการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยกันเป็นกลุ่มเล็กๆ ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกที่มีความรู้ความสามารถแตกต่างกัน แต่ละคนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นกำลังใจแก่กันและกัน คนที่เรียนเก่งจะช่วยเหลือคนที่เรียนอ่อนกว่า จึงทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Intarapanich (2010)[25] และ Tapprasan[26] (2010) ที่ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหาร ฝ่ายวิชาการหรือหัวหน้าหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน ควรมีนโยบายสนับสนุน หรือส่งเสริมให้ผู้สอน ได้นำไปบูรณาการในรายวิชาของสาขาที่รับผิดชอบ เนื่องจากการเรียนรู้ด้วยการสอน แบบโครงการและการจัดการเรียนการสอนแบบเรียนรู้ร่วมกัน เน้นส่งเสริมผู้เรียนให้เกิดประสบการณ์ตรงหรือเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริงและเรียนรู้จากสภาพแวดล้อม กลุ่มเพื่อนที่ร่วมดำเนินงาน ฝึกคิดและตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหางานที่เกิดขึ้นในกระบวนการผลิตชิ้นงาน อันจะทำให้เกิดความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพการทำงาน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้เรียนรู้การทำงานร่วมกับคนอื่น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การแบ่งปันทรัพยากรการเรียนรู้ รวมทั้งการเป็นกำลังใจแก่กันและกัน คนที่เรียนเก่งจะช่วยเหลือคนที่เรียนอ่อนกว่า เกิดการทำงานเป็นทีม อันจะส่งผลต่อความสามารถของตนเองและพัฒนาสมรรถนะการประเมินที่ต้องการรวมถึงทักษะทางสังคมได้อีกด้วย

2. ผู้สอนที่จะจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น ชิ้นนี้ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการเรียน การสอนได้ เนื่องจากผู้สอน จะต้องให้การเสริมศักยภาพแก่ผู้เรียนตลอดกระบวนการเรียนการสอน จึงต้องเตรียมการในการแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้เรียน เตรียมคำพูดที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น และลงมือปฏิบัติงานได้จนงานสำเร็จลุล่วงด้วยดี

3. ในการเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ควรเน้นผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกัน กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อไม่ให้ผู้ที่เรียนอ่อนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อขยายผลการใช้รูปแบบการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

2. ควรนำรูปแบบการเรียนการสอนที่ใช้เรียนรู้ด้วยการสอนแบบโครงการและการจัดการเรียนการสอนแบบเรียนรู้ร่วมกันไปศึกษาปรับปรุงพัฒนาเพื่อสร้างเสริมคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านอื่นๆ ให้แก่นักศึกษาและทำการศึกษาผลที่ได้รับเพื่อให้ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้การเรียนการสอนแบบโครงการและการเรียนการสอนแบบเรียนรู้ร่วมกัน จำแนกตามระดับความสามารถของผู้เรียน เนื่องจากระดับความสามารถของผู้เรียนอาจส่งผลต่อการรับรู้/พัฒนาสมรรถนะที่แตกต่างกัน อันจะส่งผลต่อการออกแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.วิชัย วงษ์ใหญ่ และ รศ.ดร.มารุต พัฒผล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ดร.มกราพันธุ์ จูฑะรสก ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นพ.สมควร หาญพัฒนชัยกูร หัวหน้าสำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และ ดร.วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น สถาบัน พระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และขอพระขอบคุณ ชาวบ้านชุมชนบ้านเล็บเงือก ตำบลโคกสำราญ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่นและชาวบ้าน ชุมชนบ้านท่าพระยาณรงค์ ตำบลศรีสูงสำราญ อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นแหล่งเรียนรู้ศึกษาชุมชน นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน ที่ให้ความร่วมมือตลอดการทำวิจัย จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

7. ทิศนา แขมมณี. **ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ.** (พิมพ์ครั้งที่ 7) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2550.

5. วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. **แนวทางการจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม ไอ ที ปริ้นติ้ง, 2551.

4. วาสนา ประวาสพฤกษ์. **หลักการและเทคนิคการประเมินทางการศึกษา.** กรุงเทพฯ: เดอะมาสเตอร์กรุ๊ฟ, 2544.

15. ศิริพร ขัมภลิขิต และคณะ. **การวิเคราะห์หลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ.** กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.

3. สถาบันพระบรมราชชนก. **คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก.** นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์, 2554.

2. สภาการสาธารณสุขชุมชน. **พรบ.วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน**,2556. ค้นจาก https://ccph.or.th/

1. อำพล จินดาวัฒนะและคณะ. **การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย.** กรุงเทพฯ, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2551.

12. Anderson, T.P. **Using model of instruction.** In C.R. Dills and A.J. RomisZowski (Eds.) Instructional development paradigms. Englewood Cliffs, NJ.: Education Technology Publications, 1997.

21. Arreerard W. (2006). **The development of a model of collaborative intelligent computer assisted instruction using computer network**. Thesis Ph.D. in computer education, King Mongkut's University of Technology North Bangkok. 2006.

9. Cram, Stanley Bruce. **The Impact of Service-Learning on Moral Development and Self Esteem of Community College Ethics Students.** UMI Proquest Digital Dissertation: AAT 983445, 1998.

10. Dick, W. & Carry, L. **The Systematic Design of Instruction.** Illinois : Scott Foreman and Company, 1989.

19. Dittasakul S. **Results of operating learning process in order to boost grade 12 th students' self-discipline.** Proceedings of 44th Kasetsart University Annual Conference: Education, Social Sciences, Agricultural Extension and Communication, Humanities and Home Economics, 2006.

25. Intarapanich P. **A development of science instructional activities based on a scaffolded instructional approach to improve science learning outcome of Mathayamsuksa I students under of the office of Sakon Nakhon Educational Service Area.** Master of education degree in curriculum and instructional, Sakon Nakhon Rajabhat University, 2010.

6. Jones, S and Creese, L.E. **E-education: creating partnership for learning.** In the Seventh International Literacy and Education Research Network (LERN) Conference on Learning. N.P.: RMIT University, 2000.

11. Joyce, B. , and Weil, M**. Models of teaching.** 4th ed. Boston : Allyn and Bacon, 1996.

8. Khamanee T. **The science of teaching: knowledge for an effective learning**. Process management. Bangkok : Chulalongkorn University Press, 2012.

20. Malithong K. (2005). *ICT for Education*. Bangkok: Arun Printing, 2005.

13. Mingsiritham, K. Source community learning networks. **Journal of Education, Silpakorn University.** 7-8(1-2), 2001. 16-25.

24. Mongkolrat, T., Kaewurai, W., Kijkuakul, S. & Vibulrungson, S. (2012). A development of an Instructional Model Focused on Competency-Based Learning Thai Language Reading and Writing for Mathayom Suksa 1 Students. **Journal of Education Naresuan University,** Extra Volume, 2012. 35-46.

22. Onthanee A . **The development of the instructional model to enhance learning facilitator's competence based on knowledge management approach for teacher students**. Thesis Ph.D. in curriculum and instruction, Naresuan University, 2008.

14. Prachanban P. **Research Methodology in Social Science.** Phitsanulok: Rattanasuwan printing, 2010.

16. วัฒนา มัคคสมัน. **การสอนแบบโครงการ.** กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2550

17. กุลยา ตันติผลาชีวะ. **รูปแบบการเรียนการสอนปฐมวัยศึกษา.** กรุงเทพฯ : บริษัทเอดิสันเพรสโปรดักส์, 2545

23. Preedeekun A. **The development of a listening and speaking english skills instructional model based on communicative approach and brain-based learning principles to enhance communicative competence of Rajabhat Unversity students.** Thesis Ph.D. in curriculum and instruction, Naresuan University, 2011.

19. Simmatun P, Sanrach C, Arrerach W. Evaluation of developed collaborative learning instructional model via computer network based on constructivist theory for undergraduate students. **RMU.J.** 4(1),2010. 141-152.

26. Tapprasan S. **The development of a model of blended learning using collaborative learning techniques with scaffold system.** Thesis Ph.D. in computer education,King Mongkut's University of Technology North Bangkok, 2010.

18. Trakulsarit W. **Approach to project based learning.** Bangkok: Department limited M.I.T. Printing, 2008.

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี.

The Development of a Palliative Care Model for End of Life Patients in a Community at Dong Hong Hae Health Promoting Hospital, Ubon Rajchathani Province

บรรเทิง พลสวัสดิ์[1],มุกดา หนุ่ยศรี[2],ปนัดดา ปริยทฤฒ[3]

Bunterng Polsavat[1],Mukda Nuysri[2],Panadda Priyatruk[3]

(Received: February 18 ,2019 ; Accepted: March 20 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์1)เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี และ2)เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนไปใช้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้ให้บริการ9 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ4 คน เครือข่ายชุมชน 8 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วยญาติของผู้ป่วยระยะสุดท้าย 8 คนและผู้ให้บริการ9 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก(2002)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจของญาติมี 2ส่วน ได้แก่ 1)ปัจจัยส่วนบุคคล 2)ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯส่วนแบบสอบถามผู้ให้บริการมี 3 ส่วน ได้แก่1)ปัจจัยส่วนบุคคล 2)ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯและ3)ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯแบบสอบถามของญาติส่วนที่ 2มีค่าความเที่ยง0.83และแบบสอบถามของผู้ให้บริการส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยง0.81และ 0.94 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติวิลคอกซันซายน์แรงค์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการตีความจากข้อมูลการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1)องค์ประกอบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 5 ระบบ ได้แก่ ระบบทรัพยากรบุคคล ระบบการเงิน งบประมาณ ระบบวัสดุอุปกรณ์ ระบบการบริหารจัดการและระบบการสนับสนุน 2) องค์ประกอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและด้านการแพทย์ทางเลือก และ3)องค์ประกอบผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพชีวิต ด้านการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี และด้านชุมชนเข้มแข็งภายหลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนนาน 6 เดือน พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการตามรูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (**p**<.05) ทีมผู้ให้บริการพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (**p**<.05) และผู้ให้บริการมีความเห็นว่า สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนที่พัฒนาขึ้นได้ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =3.49, S.D.=0.303)

สำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

Abstract

This research and development aimed:1) to develop a palliative care model for end of life patients in acommunity at Dong Hong Hae Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani Province and 2) to study the effects of applying thepalliative care model for end of life patients in the community. The sample of the development phase comprised 9 health care personnel, 4 end of life patients and caregivers,and 8 persons from community networks. The sample of applicationphasecomprised 8 caregivers and 9 health care personnel. They were selected by purposive sampling. The model of this study was developed based on World Health Organization palliative care model (2002).Data collecting tools includedinterviewguidelines for in-depth interview and focus groupand 2 questionnaires: one for caregivers and the other for health care personnel. The former composed of 2 parts: demographic data and satisfaction of palliative care model. The latterconsistedof 3 parts: demographic data, satisfaction of palliative care model, and opinions in practice according tothe palliative care model. The reliabilities of the second part of the caregiver questionnaires and the second and third part of the health care personnel questionnaire were 0.83, 0.81 and 0.94

[1] นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

respectively. Descriptive statistics and Wilcoxon signed rank test were used for quantitative data analysis and content analysis was used for qualitative data analysis.

Results showed that the palliative care model for end of life patients in community includedthree components.1)The system of careconsisted of a Human Resource system, Budget system , Materail system , Management system , and a Support system . 2) The process of care consisted of the holistic nursing process,modern medicine, andalternative medicine.3)The outcomes of care consisted of quality of life,death with dignity, and strong community. After applying the palliative care model for end of life patients in community for 6 months, caregiver's satisfaction score was statistically significant higher than before ($p<.05$). Healthcare personnel' satisfaction score was statistically significant higher than before ($p<.05$). Healthcare personnel expressed that they couldpractice followingthe guidelines of the model at the highest level ($\overline{X}$ =3.49, S.D.=0.303)

Keyword: The Development of a Palliative Care Model for End of Life Patients in a Community

บทนำ

จากสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ติดต่อกันมากกว่า 10 ปี คือ โรคมะเร็ง เฉลี่ยปีละ 6 หมื่นคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[1] แม้วิทยาการทางการแพทย์ของไทยจะก้าวหน้าไปมาก แต่โรคเรื้อรังเหล่านี้ก็ยากที่จะรักษาให้หายขาด อีกทั้งค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาโรคยังสูงมาก ผู้ป่วยจำนวนมากต้องทุกข์ทรมานกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตในระยะท้าย หรือได้รับความทุกข์ทรมานเพราะอาการเจ็บปวดเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้[2] ผู้ป่วยระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตทรุดลงไปเรื่อยๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด [3] ผู้ป่วยระยะท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก เป็นต้น [4] ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามปัจเจกบุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ[5] นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ โรคมะเร็งระยะท้าย โรคไตวายระยะสุดท้าย โรคระบบประสาทระยะสุดท้าย โรคปอดระยะสุดท้ายและโรคหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย ซึ่งแต่ละโรคเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการและภาวะแทรกซ้อน อันเป็นความทุกข์ทรมานทั้งของผู้ป่วยและญาติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละโรคมีความต้องการทางด้านร่างกายที่แตกต่างกันไป ส่วนความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมักคล้ายคลึงกัน ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริงอย่างมีความสุขและ สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบประชากร 5,318 คน จากสถิติการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2556-2558 พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) โรคมะเร็ง 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคเบาหวาน 4) โรคไตวาย และ 5) วัณโรคปอด ซึ่งโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบัน ใน พ.ศ.2555-2558 มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 38 คน ซึ่งส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะท้าย รองลงมาคือโรคไตวายระยะท้าย และโรคหลอดเลือดสมองระยะท้าย[6] ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนที่ชัดเจน จะเป็นการดูแลเยี่ยมบ้านตามปกติ ถ้าเกินความสามารถก็จะส่งต่อไปดูแลที่โรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น แต่สุดท้ายเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายก็ต้องกลับมาดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านแบบเบ็ดเสร็จและองค์รวม(Holistic care)ได้แก่ กาย จิตสังคมและสิ่งแวดล้อม[7] หน่วยบริการที่ต้องดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ผู้วิจัยได้มีแนวคิดใน การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโดยบุคลากรหลายฝ่าย รวมทั้งผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่าและเสียชีวิตอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ท่ามกลางญาติพี่น้องโดยนำหลักการ

ดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก[8] มาประยุกต์ใช้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

ครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในช่วง เดือน พฤศจิกายน 2559 ถึงเดือน กันยายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย เครือข่ายชุมชนและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ออกมาให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ คัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการพัฒนารูปแบบฯ สำหรับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่(1) กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ จำนวน 9 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 2 คน และญาติหรือผู้ดูแลหลัก จำนวน 2 คน (3) เครือข่ายชุมชนได้แก่ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนด้านผู้นำทางศาสนา ตัวแทน อสม. จิตอาสา ตัวแทนญาติผู้ป่วย และมัคทายกวัด รวม 8 คน และ2) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาผลการนำรูปแบบฯไปใช้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่(1) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย จำนวน 8 คน (2) กลุ่มผู้ให้บริการ จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 ชุด ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1)ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์และแนวทางสนทนากลุ่ม มี 5 ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ 1 ใช้สำหรับสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ฉบับที่ 2 ใช้สัมภาษณ์ทีมผู้ให้บริการ ฉบับที่ 3 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม ทีมผู้ให้บริการ ฉบับที่ 4 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มเครือข่ายชุมชนและฉบับที่ 5 แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มเครือข่ายชุมชนและทีมผู้ให้บริการ 2)ชุดที่ 2 ฉบับที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลตามรูปแบบฯ ฉบับที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯ เครื่องมือชุดที่2 ฉบับที่1 และฉบับที่2 ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงและความเที่ยงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1.00, 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83, 0.81 และ 0.94 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 6/2560 ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ โดย 1) สัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 คน 2) สัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 คน 3) สัมภาษณ์แพทย์ 1 คน 4) สัมภาษณ์เภสัชกร 1 คน 5) สนทนากลุ่ม ในกลุ่มเครือข่ายผู้ใช้บริการ จำนวน 8 คน และ 6) สนทนากลุ่ม ในทีมผู้ให้บริการ จำนวน 8 คน สรุปประเด็นคืนข้อมูลกลับเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการยกร่างรูปแบบฯ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ มายกร่างรูปแบบฯ ให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน จากนั้นนำยกร่างที่ได้ให้ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายชุมชนร่วมกันพิจารณาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นำยกร่างรูปแบบฯที่ผ่านการปรับปรุงแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาความสอดคล้องเหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหา และนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องแห่ จังหวัดอุบลราชธานีและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจริงในชุมชน

ระยะที่ 3 นำรูปแบบที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้ในชุมชน โดยใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายจำนวน 8 คนที่รักษาตัวที่บ้าน ดำเนินการจนครบตามเกณฑ์การวิจัย คือ เยี่ยมบ้าน 3 ครั้งต่อครอบครัว เยี่ยมสัปดาห์ละ 1ครั้ง รวม 8 ครอบครัว ซึ่งก่อนจะนำรูปแบบฯไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการสอบถามความพึงพอใจของญาติและความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการก่อน

ระยะที่ 4 ประเมินผล ภายหลังทดลองใช้รูปแบบฯกับผู้ป่วยและญาติจริงในชุมชน มีการประเมินความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการ และประเมินความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น และสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ เพื่อหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขหลังทดลองใช้รูปแบบฯ จากนั้นผู้วิจัยและทีมผู้ให้บริการปรับปรุงรูปแบบฯให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 5 การสรุปผล โดยการสรุปผลรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น หลังทดลองใช้ และได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์แล้ว ได้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของญาติและผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ตีความจากข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

1.รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน หรือ Donghonghae Palliative Care Model ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบมีลักษณะเป็นวงกลม 3 ชั้น ต่อกันขึ้นไป ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ระบบการดูแล (System of Care) ประกอบด้วย 5 ระบบ ได้แก่ ระบบทรัพยากรบุคคล ระบบการเงินหรืองบประมาณ ระบบวัสดุอุปกรณ์ ระบบการบริหารจัดการ และระบบสนับสนุน ซึ่งการบริหารจัดการระบบการดูแลทุกระบบอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารศูนย์ปันรักปันสุข(ศูนย์ดูแลแบบประคับประคอง)ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องแห่ อสม.ผู้นำชุมชน จิตอาสา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา ผู้สูงอายุ ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จำนวน 10-15 คน มีวาระ 2 ปี มีการประชุมทุก 3 เดือน ประเมินผลการดำเนินงานปีละ 1 ครั้ง โดยระบบทั้ง 5 ระบบมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบทรัพยากรบุคคล (Human Resource System) มีการพัฒนาบุคลากรทั้งส่งบุคลากรเข้าอบรมและจัดอบรมเอง ด้าน อสม. และจิตอาสา ทีมผู้ให้บริการจัดอบรมพัฒนาทักษะ บางส่วนส่งเข้ารับการอบรมกับเครือข่ายฯที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น และจัดอบรมฟื้นฟูปีละ 1 ครั้ง จัดทำโครงการและจัดหาแหล่งงบประมาณในการจัดอบรม

2. ระบบการเงินหรืองบประมาณ (Budget System) คณะกรรมการศูนย์ปันรัก ปันสุข มีบทบาท ในการวางแผนบริหารจัดการงบประมาณเพื่อให้เพียงพอในการดำเนินงานในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยจัดทำแผนงานโครงการ ผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน

3. ระบบวัสดุอุปกรณ์ (Material System) คณะกรรมการศูนย์ปันรัก ปันสุข มีบทบาทในการจัดหาสถานที่ในการจัดเก็บวัสดุ อุปกรณ์และสถานที่ประสานงานต่าง ๆ และมีการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระดมทุนจัดหาอุปกรณ์การแพทย์เพิ่มให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย แสวงหาเครือข่ายการยืมใช้ร่วมกัน ศูนย์ปันรัก ปันสุข กำหนดเกณฑ์ในการยืมวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ วางแผนการซ่อมแซมวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ที่ชำรุดและจัดหาทดแทน ทำต่อเนื่องทุกปี

4. ระบบการบริหารจัดการ (Management System) มีหน่วยงานที่รับผิดชอบคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ร่วมกับคณะกรรมการบริหารศูนย์ปันรัก ปันสุข ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ กำหนดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน กำหนดคุณลักษณะของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการดูแล และผู้รับผิดชอบงานในแต่ละด้าน พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน โดยการบริการผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนแบ่งเป็น 3 ระบบย่อย ดังนี้

4.1. ระบบประสานงานการรับผู้ป่วยใหม่และส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ระบบการประสานงานการรับผู้ป่วยใหม่เข้าสู่การดูแลของชุมชน มี 2 กรณี คือ (1) การรับผู้ป่วยใหม่จากโรงพยาบาลในเครือข่าย กลับเข้ามาดูแลในชุมชนและ(2) การรับผู้ป่วยใหม่จากในชุมชน เมื่อมีผู้ป่วยระยะท้ายเกิดขึ้นในชุมชน ให้ อสม.เป็นผู้แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพร้อมรายละเอียดการรักษาและประวัติผู้ป่วยเท่าที่ทราบและอุปกรณ์ที่จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องใช้ที่บ้าน

2) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นและญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ให้ประสานงานกับทีมผู้ให้บริการเพื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน หรือหากเป็นนอกเวลาราชการก็ใช้โทรศัพท์หรือใช้ไลน์กลุ่มปรึกษากับทีมผู้ให้บริการซึ่งมีรายละเอียดอยู่ในคู่มือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแล และประสานรถส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็นหรือผู้ป่วยหรือญาติต้องการ

4.2. ระบบการบริการและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย มี 2 ระบบย่อยได้แก่ 1) ระบบการบริการ เมื่อรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้ในการดูแลแล้ว อสม.และทีมผู้ให้บริการแนะนำการบริการและการใช้บริการสุขภาพ และประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวม และประเมินผล ให้คู่มือการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ดูแลให้แก่ผู้ดูแล และ2) ระบบการเยี่ยมบ้าน จัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมเยี่ยมบ้าน 2 ทีม เยี่ยม 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายมี PPS. (Palliative Performance Scale for adult Suandok: PPS Adult suandok) > 30% เยี่ยม 1-2 ครั้งต่อเดือน เยี่ยมร่วมกับอสม. 1 ครั้งต่อเดือน และทีม อสม. จิตอาสาและเครือข่ายในชุมชนเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และในกรณีที่ผู้ป่วยระยะท้ายมีระดับ PPS.(Palliative Performance Scale for adult Suandok: PPS Adult suandok) < 30% ทีมผู้ให้บริการเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทีมอสม. จิตอาสาและเครือข่ายในชุมชนเยี่ยม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านสามารถปรับได้ตามสถานการณ์และอาการของผู้ป่วย

4.3. ระบบการให้คำปรึกษา มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่ จัดทำช่องทางการสื่อสาร โดยใช้ระบบกลุ่มไลน์ (Line group)และ 2) การให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

5. ระบบการสนับสนุน (Support System) มี 4 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านการสนับสนุนการบริหารยา 2)ด้านการสนับสนุนครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจ 3)ด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณโดยสนับสนุนสื่อ เช่น เทปธรรมะ หนังสือธรรมะ ดีวีดีธรรมะ เป็นต้น ส่วนการให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว มีการสนับสนุน 2 แนวทาง ได้แก่ การให้กำลังใจจากกลุ่มผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการให้กำลังใจจากพระภิกษุหรือผู้นำทางศาสนา 4) ด้านการสนับสนุนการทำพินัยกรรมชีวิต ทีมผู้ให้บริการและเครือข่ายชุมชนแนะนำการเข้าถึงสิทธิ์ในการรับบริการ การเลือกที่จะเสียชีวิตและเลือกแนวทางการรักษา การช่วยฟื้นคืนชีพ ตามแนวทางของกฎหมาย

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการในการดูแล (Process of Care) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการให้ความสำคัญของการดูแลบนพื้นฐานความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าการรักษาโรคให้หายขาด มีการตัดสินใจในการดูแลโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีแนวทางการดูแลฯของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ที่จัดทำขึ้น จะดูแลตั้งแต่รับแจ้งข่าวว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายกลับเข้ามาอยู่ในชุมชน มีการวางแผนการดูแลร่วมกันในทีมผู้ให้บริการ และทีมเครือข่ายชุมชน แบ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลร่วมกัน ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และดูแลตั้งแต่รับทราบการป่วยจนถึงเสียชีวิตและหลังเสียชีวิต

2. ด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นการรักษาตามแนวทางของแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการดูแลแบบประคับประคอง โดยจัดให้ทีมผู้ให้บริการให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาด้านยา

การรักษาด้วยวิธีการหลายอย่าง เช่น การให้เคมี การฉายรังสี การฝังแร่ การให้ยารับประทาน เป็นต้น และพัฒนาความรู้แก่ทีมผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับแนวทางการรักษาที่ใช้วิธีการใหม่อยู่เสมอ

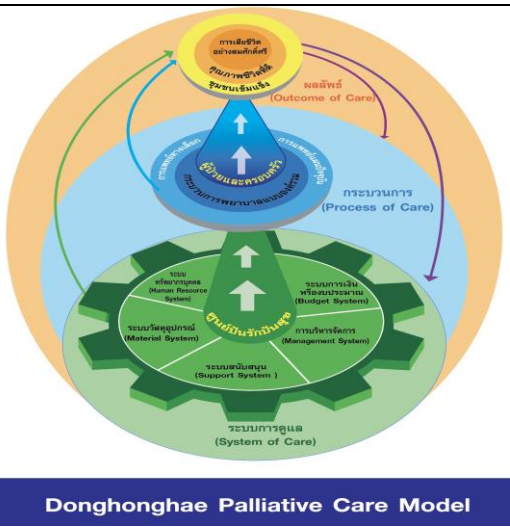
3. ด้านการแพทย์ทางเลือก เป็นการรักษาแบบทางเลือกตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่แสวงหาแนวทางการรักษาเมื่อรับทราบว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ซึ่งทีมผู้ให้บริการได้จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรและการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมและจัดให้มีแพทย์แผนไทยเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำด้านสมุนไพรที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย และพัฒนาความรู้แก่ทีมผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันกับแนวทางการรักษาของแพทย์ทางเลือกที่ค้นพบอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 3 ผลลัพธ์ (Outcome of Care) แบ่งได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการให้การดูแลตามรูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีอาการทุกข์ทรมานจากอาการระยะท้ายของโรค

2. ด้านการเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี จากการดูแลตามรูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางคนที่รัก ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้านที่รัก ปราศจากอุปกรณ์ช่วยพยุงชีวิต และไม่ทุกข์ทรมานตามประสงค์ของผู้ป่วย

3. ด้านชุมชนเข้มแข็ง จากการดูแลตามรูปแบบฯ พบว่า เครือข่ายชุมชนทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในทุกด้านอย่างองค์รวมตามบทบาทหน้าที่ ตั้งแต่ผู้ป่วยกลับมาบ้านจนกระทั่งเสียชีวิตและหลังเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ดูแลกันเองได้ จากการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน หรือ Donghonghae Palliative Care Model สามารถสร้างเป็นรูปแบบได้ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

2. การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบของญาติและผู้ให้บริการ รวมถึงความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น หลังใช้รูปแบบฯ พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลตามรูปแบบฯสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในด้านความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และในด้านความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลฯ การดำเนินงานตามรูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.46, S.D. = 0.305) ด้านการให้คำปรึกษาและการประสานงานโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.67, S.D. = 0.500)

สรุปและอภิปรายผล

1.การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี ได้พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในมุมมองของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลในชุมชน ซึ่งรูปแบบที่เกิดขึ้นเป็นการมีส่วนร่วมระหว่างทีมผู้ให้บริการ เครือข่ายชุมชน ผู้ป่วยและญาติ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ร่วมกับหลักแนวคิดการ

ดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก[8] โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) องค์ประกอบการจัดระบบการดูแล แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ระบบทรัพยากรบุคคล ระบบการเงิน งบประมาณ ระบบวัสดุอุปกรณ์ ระบบบริหารจัดการและระบบการสนับสนุน 2)องค์ประกอบกระบวนการดูแล มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ด้านการแพทย์แผนปัจจุบันและด้านการแพทย์ทางเลือก และ3)องค์ประกอบผลลัพธ์ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านการเสียชีวิตอย่าสมศักดิ์ศรี และด้านชุมชนเข้มแข็ง กระบวนการขั้นตอนการดูแลเริ่มจากผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลเข้ามาอยู่ที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมผู้ให้บริการและภาคีเครือข่ายที่ผ่านการพัฒนาองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนดขึ้น สรุปว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ เริ่มที่ชุมชนและจบลงที่ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ที่เน้นการดูแลโดยชุมชนและครอบครัวด้วยการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชนคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(2558) [10] สอดคล้องกับ อุปทิน รุ่งอุทัยสิริ (2551) [11]ที่พบว่า มีการกำหนดนโยบาย การจัดตั้งศูนย์การดูแลประคับประคอง และกำหนดทีมดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และสอดคล้องกับ ชลิยา วามะลุน(2551) [12] ซึ่งพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีแนวทางและการประสานงานที่ชัดเจน โดยมีการกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสอดคล้องกับทัศนีย์ เทศประสิทธิ์(2557) [13] ซึ่งพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย ซึ่งพัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย คู่มือการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในเครือข่าย ด้านผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น และการศึกษาของสุวภรณ์ แนวจำปา(2554)[14] ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายควรได้รับการดูแลด้วยการแพทย์เชิงพหุลักษณ์ครอบคลุมทุกมิติ เช่น ยา สมุนไพร การดูแลรักษาแบบองค์รวม มีวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลรักษา การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันเท่าที่จำเป็น ผู้ป่วยควรจะมีสิทธิที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี และสอดคล้องกับการศึกษาของ จรูญศรี มีหนองหว้า (2555)[15]ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของชุมชน ที่ภาษาอีสานเรียกว่า “เบิ่งแยง” มีความหมายถึง “การอยู่ก็สบาย ไปก็สงบ” มีแบบแผน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การตุ้มโฮม 2) การปฏิบัติกับของรักษา 3) การซอมใจ และ 4) การตายงาม การศึกษาของ สรัญญา กุมพล(2555)[16] ซึ่งพบว่า เครือข่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม และสอดคล้องกับ ประวีณา ปรีดี(2556)[17] ที่ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ Palliative care ทั้งในโรงพยาบาลและในศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary care unit) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเป็นองค์รวม โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สวัสดีนฤนาท (2557)[18]ที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) หลักการของรูปแบบการดูแล 2) โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3) กระบวนการดูแล และ 4) การติดตามและประเมินผลลัพธ์

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติต่อรูปแบบฯพบว่า ก่อนทดลองใช้รูปแบบฯ ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก($\overline{X}$ =4.45, S.D.=0.256) และหลังทดลองใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.84, S.D.=0.346) ซึ่งหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประวีณา ปรีดี(2556)[17]ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับทัศนีย์ เทศประสิทธิ์(2557)[13] ที่พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะ

สุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.60; SD ± .498) และ ฐิติมา โพธิศรี(2550)[3]ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากต่อบริการการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย (M=3.8) และอัญชลี วิเศษชุนหศิลป์(2556)[19]ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และ ประวีณา ปรีดี(2556)[17]ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และ วาสนา สวัสดีนฤนาท(2557)[18]ที่พบว่า ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก (M = 4.24, SD = 0.62) และสอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ กองกาย(2560) [20] ที่พบว่า ญาติ/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.43; SD ±0.65) และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา จันทนุย(2560) [21]ที่พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ในระดับมากที่สุด คือการได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.52) และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ($\bar{X}$ = 4.56)

3.ด้านความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลฯอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.46, S.D. = 0.305) สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ลิ้มเจริญ(2559)[22]ที่พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$ = 73.13, S.D. =11.41)

ข้อเสนอแนะ

1.ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ญาติผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ มีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ จึงสมควรนำรูปแบบการดูแลฯไปใช้ในหน่วยบริการการแพทย์ปฐมภูมิหรือ PCC.(Primary care cluster)ซึ่งมีความพร้อมและนำไปใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

2. ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลฯมีประสิทธิผลในการสร้างความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการทั้งญาติและทีมผู้ให้บริการ จึงควรพัฒนารูปแบบฯให้ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่รักษาไม่หายนอกเหนือจากโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. วินัย สวัสดิวร. **Palliative care การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง.** วารสารก้าวใหม่; 2558
2. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. **เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.จังหวัดขอนแก่น; 2553.
3. ฐิติมา โพธิศรี. **การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน.** รายการการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
4. สถาพร ลีลานันทกิจ. **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.กรุงเทพฯ; 2547.
5. โรงพยาบาลสงฆ์. **แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง.** กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงห่องแห่. **รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2556 –2558.** สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี; 2558.
7. สุรีย์ ธรรมิกบวร. **การพยาบาลองค์รวม: กรณีศึกษา การพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยมะเร็ง การพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.** ธนาเพรส.กรุงเทพฯ; 2554.
8. World Health Organization.**WHO definition of palliative care .In: National cancer control programs: policies and managerialguidelines.2nd** ed.WHO.Geneva; 2002.
9. Borg WR,Gall MD.**Education Research:An Introduction(4 th Ed.).**NewYork,Longman,Inc; 1983.

10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตพ.ศ.2557-2559 ตามมติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่ 2. 17 ธันวาคม 2556 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพคอารีน่า เมืองธานี จังหวัดนนทบุรี.** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี; 2558.

11. อุปทิน รุ่งอุทัยศิริและคณะ. **การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด.** วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2(2), 1021; 2551

12. ชลิยา วามะลุนและคณะ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมในศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี.** ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี; 2551.

13. ศนีย์ เทศประสิทธิ์,พิมลรัตน์ พิพม์ดี,ศศิพินทุ์ มงคลไชย,พวงพะยอม จุลพันธ์และยุพยงค์ พุฒธรรม. **การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี**.จังหวัดอุดรธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.23(1),80-90; 2557

14. สุวภรณ์ แนวจำปา. **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายเชิงพุทธบูรณาการ.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา; 2554.

15. จรูญศรี มีหนองหว้าและคณะ. **อยู่ก็สบาย ไปก็สงบ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในสังคมวัฒนธรรมอีสาน.** วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 24(2), 37-93; 2555

16. สรัญญา กุมพล. **การดูแลสุขภาพองค์รวมในผู้ป่วยระยะท้าย แบบมีส่วนร่วมตามแนววิถีพุทธในบริบทวัฒนธรรม:กรณีศึกษาพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดขอนแก่น**. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.179-201; 2555

17. ประวีณา ปรีดี. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์**; 2556.

18. วาสนา สวัสดีนฤนาทและคณะ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.** วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.144-155; 2557

19. อัญชลี วิเศษชุนหศิลป์และคณะ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองร่วมกับสหวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษพระปทุมวรราชสุริยวงศ์ 5 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี.** รายงานการวิจัยฉบับสมบรูณ์ “การพยาบาลที่เป็นเลิศ:กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน”สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556, 2-3 สิงหาคม 2556 ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ แอนด์คอนเว็นชั่นเซ็นเตอร์ จังหวัดอุบลราชธานี:20-31; 2556

20. กาญจนา จันทะนุยและคณะ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนตำบลยางศรีสุราช จังหวัดมหาสารคาม**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 10(2): 293-298; 2560.

21. ทิพวรรณ กองกาย. **การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชนโรงพยาบาลนาคู จังหวัดกาฬสิน**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 10(3): 57-66; 2560.

22. ปาริชาต ลิ้มเจริญ,วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์,วารินทร์ บินโฮเซ็น. **คุณภาพการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก**. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 34(1), 113-121; 2559

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง

Local Wisdom for Curing the Bone Fracture and Dislocation of Ethnic Groups in the Greater Maekong Sub-region

เพ็ญจันทร์ วันแสน[1] อุษา กลมพันธ์[2] อัจฉรา ภาณุรัตน์[3] สิงหา จันทริวงษ์[4]

Phenchan Wansaen[1] Usa Klompun[2] Achara Phanurat[3] Singha jantriwong[4]

(Received: February 2 ,2019 ; Accepted: March 13 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data Analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยที่เคยกระดูกหักรักษากับหมอพื้นบ้าน และบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ในประเทศไทยจำนวน 50 คน ราชอาณาจักรกัมพูชา 10 คน และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 10 คน รวม 70 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขงทั้ง 3 ประเทศ พบว่า หมอพื้นบ้านมีการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนโดย 1) การวินิจฉัยกระดูกหัก ทั้งสามประเทศวินิจฉัยกระดูกหัก จากอาการเฉพาะที่ การซักประวัติและการตรวจร่างกาย 2) การรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนทั้งสามประเทศ มีขั้นตอนการรักษา คือ การไหว้ครูก่อนการรักษา การดึงกระดูกที่หักให้เข้าที่ แล้วใช้น้ำมันเลียงผาหรือน้ำมันงานวดตำแหน่งที่กระดูกหักวันละ 2 ครั้ง เช้า เย็น ในราชอาณาจักรกัมพูชาใช้น้ำมันเลียงผา ส่วนในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวใช้น้ำมันงา และการดามกระดูกที่หักด้วยไม้ไผ่ เหลาเป็นซี่เล็กๆ แล้วใช้เชือกมัดให้แน่น 3) ความเชื่อและพิธีกรรม หมอพื้นบ้านในสามประเทศ มีความเชื่อและพิธีกรรมตามหลักพุทธศาสนา โดยมีการท่องสวดมนต์บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า นะโม ตัสสะ ภะคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ 3 จบ แล้วท่องคาถาสมานกระดูก เสร็จแล้วเป่าด้วยน้ำหมาก 3 คำ และการยกครูเมื่อรักษาหาย ประกอบด้วย กรวยดอกไม้ 5 คู่ ธูป 1 ห่อ เทียน 5 คู่ เหล้าขาว 1 ขวด และเงินตามกำลังศรัทธา และ 4) การใช้สมุนไพรและอาหาร ใน 3 ประเทศ พบว่า ในประเทศไทยใช้ ใบบอน หรือใบมะละกอเทศ ในการประคบบริเวณที่กระดูกหัก ราชอาณาจักรกัมพูชาใช้ขมิ้น และ ลูกไก่ดำ อายุ 1 วัน โดยการบดเนื้อไก่ให้ละเอียด ส่วนสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวใช้ ว่านจอด ว่านชน และเครือดองไชต้มแล้วใช้ประคบตำแหน่งที่มีการหักและเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยต้องเดินทางมาที่บ้านหมอพื้นบ้านเพื่อนวดและเป่าคาถาทุกวัน ระยะเวลาการหายประมาณ 7 วัน ถึง 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและตำแหน่งที่มีการหักของกระดูก อาหารที่เป็นข้อห้าม ซึ่งหมอพื้นบ้าน เรียกว่า “ของแสลง” ที่แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดในระหว่างที่รักษาโดยให้เหตุผลว่า ทำให้กระดูกติดช้า ใช้ระยะเวลารักษานานขึ้น มี 3 กลุ่ม 1.) อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อควาย อาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ดิบ เช่น ลาบ ก้อย อาหารทะเลทุกชนิด สัตว์ปีกทุกชนิด กุ้ง หอย ปู ปลาไหล 2.) อาหารตามวิธีการปรุง ได้แก่ อาหารหมักดอง เช่น ผักดองทุกชนิด ปลาร้า ทำให้เกิดโทษกับร่างกาย เกิดความไม่สุขสบาย เช่น แสบร้อน ปวดบริเวณกระดูกหัก 3.) กลุ่มเครื่องบริโภคประเภทอื่นๆได้แก่ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่อัดกรดแก๊ส ทุกชนิด เบียร์ สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากทำให้ร่างกายเสียสมดุล และฟื้นฟูช้า

คำสำคัญ : ภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน,กลุ่มชาติพันธุ์, อนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง

Abstract

This study conducted by using Survey Research and Qualitative data Analysis aim to study Local Wisdom for Curing the Bone Fracture and Dislocation of Ethnic Groups in the Greater Maekong Sub -region. The 70 Key Informants were selected by using Purposive Sampling . which categorized from three different nationalities (50 Thais,10 Cambodians and 10 Laos).Semi-Structured interview forms and In-depth interviews were used in collecting the Qualitative data. The data was Analyzed with Content Analysis.

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[2] อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[3] อาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[4] อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

ask the history of injury causes and physical examine. 2) The local treatment : All three countries have step of treatment. Worshipping the teacher : Before curing the patient, Pulling bones that are broken or moving into place: In three countries, they used different kinds of oil to lubricate the skin and relocate the bones into proper position: applying twice a day in the morning and evening. Cambodia : Chamois oil. Thailand and Laos PDR : Sesame oil or chamois oil or rice oil. Bone splinting : using a sharp of bamboo stick. 3) Beliefs and rituals, All three countries the curing of folk healers there are beliefs and rituals as follows : Reciting prayers and spells to heal the bones. Then blowing with betel nut water three times. Teacher ceremony : When the injury had been disappeared, the folk healers would perform the teacher ceremony on the patient by preparing 5 pairs of flowers, 1 pack of incense , 5 pairs of candles, 1 bottle of white wine and money according to the faith. 4) Herbal medicine and foods . The use of herbal medicine in three countries as followed . In Thailand : Herbal medicine : sesame oil, chamois oil and herbal compress, is used in patients to reduce muscle pain and cure bone fracture. In Cambodia: Calophyllum Inophyllum L, Black lingzhi, Bridelia ovata decne leaves, Iron wood, Parasitic trees, Kenaf and black chicks aged 1 day.In Laos PDR. : Chamois oil or sesame oil is used to massage the position where bones are broken. Eleutherine Bulbosa and Streptocaulon Juventas, mixed and extracted these two herbal ingredients through boiling process, are used as wound compress. The patient must travel to massage, prayers and spells at folk healers home every day. Bone healing period of 7 days to 1-2 months, Depending on the severity and location of the fractures. Foods, Patients are prohibited to have their meal containing ; also they are required to follow the medication process with folk healers strictly. Types of foods could be separated into three groups. (1) Meat and animal products : beef, buffalo meat, food prepared from raw meat, seafood , all kinds of poultry such as shrimp, shellfish, crabs and eels. (2) Fermented food such as pickles : this may cause food poisoning and discomfort like burning which could slow the bone recovery. (3) Drinks : sparkling water including compressed gas drinks, beer and alcoholic beverages. This would cause the loss of physical balance, resulting in slower recovery.

Key word : Local Wisdom for Curing the Bone Fracture and Dislocation, Ethnic Groups, The Greater Maekong Sub -region.

บทนำ

กระดูกเป็นอวัยวะที่ประกอบเป็นโครงร่างของสัตว์ที่มีกระดูกสันหลัง มีหน้าที่เป็นโครงสร้างของร่างกาย เคลื่อนไหวร่างกาย สะสมแร่ธาตุ และสร้างเม็ดเลือด กระดูกประกอบด้วยเนื้อกระดูกที่มีความแข็งแรง แต่มีน้ำหนักเบา คิดเป็นร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยกระดูกชิ้นต่าง ๆ จำนวน 206 ชิ้น ซึ่งกระดูกแต่ละชิ้นจะเชื่อมต่อกันด้วยข้อต่อ เส้นเอ็นยึดข้อ กล้ามเนื้อ กระดูกอ่อน และอวัยวะต่างๆ เข้าด้วยกัน จำนวนของกระดูกอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ทารกแรกเกิดจะมีกระดูกจำนวนประมาณ 300 ชิ้น ซึ่งต่อมากระดูกบางชิ้นจะมีการเชื่อมรวมกันระหว่างการเจริญเติบโต เช่นส่วนกระเบนเหน็บและส่วนก้นกบของกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ในทารกแรกเกิดยังมีโครงสร้างของกระดูกอ่อนจำนวนมากเพื่อให้มีการสร้างกระดูกระหว่างการเจริญเติบโต และจะมีการพัฒนาไปเป็นกระดูกทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดช่วงวัยรุ่น กระดูกมีหน้าที่ค้ำจุนโครงสร้างของร่างกายเป็นที่ยึดเกาะของกล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ สำหรับการเคลื่อนไหว ป้องกันอวัยวะภายในที่สำคัญ เช่น กะโหลกศีรษะที่ห่อหุ้มสมอง หรือกระดูกซี่โครงป้องกันปอดและหัวใจจากการกระทบกระเทือนรวมทั้งเป็นแหล่งผลิตเม็ดเลือด เป็นแหล่งเก็บสะสมแคลเซียมที่สำคัญของร่างกาย โดยการควบคุมของฮอร์โมนและวิตามินบี 3 กระดูกมีความแข็งแกร่งมากกว่าคอนกรีตเสริมเหล็กขนาดเดียวกันประมาณ 4 เท่า ทั้งนี้เพราะอะตอมของแคลเซียมและฟอสฟอรัส เรียงตัวอัดแน่นอย่างเป็นระเบียบในลักษณะของผลึก[1] สาเหตุสำคัญที่ทำให้กระดูกหัก และข้อเคลื่อนหลุด ได้แก่ อุบัติเหตุด้านการจราจร การบาดเจ็บจากการทำงาน และการหกล้มในผู้สูงอายุ ลักษณะการหักของกระดูก มี 2 ชนิด คือ การหักอยู่เฉพาะภายในของผิวหนัง (Closed fracture) และการหักแบบมีการเคลื่อนของชิ้นกระดูกออกมาภายนอกของผิวหนัง (Open fracture and dislocation) ซึ่งเกิดจากกรณีที่บาดเจ็บรุนแรง [2] นอกจากนี้ภาวะกระดูกหักยังพบได้ง่ายในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชาย รวมทั้งสตรีวัยหมดประจำเดือน โรคของกระดูกที่จัดว่าร้ายแรง ได้แก่ เนื้องอกและมะเร็งของกระดูก สำหรับในประเทศไทยมีรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2544 พบว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพศหญิงประมาณ 6.7 ล้านคน พบว่าเป็นโรคกระดูกพรุน ซึ่งเป็นสาเหตุของกระดูกหัก[3]

โดยอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี เพิ่มจาก 1529 ต่อ แสนประชากร ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 180 ต่อ แสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 อัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปีมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 100 (600 : แสนประชากร เป็น 1,200 : 100,000) และมีอัตราการตายหลังภาวะกระดูกข้อสะโพกหักภายในหนึ่งปีร้อยละ 20 และภายใน 3 ปีประมาณร้อยละ 50 ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษากระดูกสะโพกหักต่อผู้ป่วย 1 ราย ประมาณ 120,000 บาท[4] สถิติผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหักและ แตกร้าว มีจำนวนมากเป็นอันดับ 4 ของการบาดเจ็บจากการทำงาน[5] เมื่อเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้มีกระดูกหักและข้อเคลื่อน ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ ได้ เพราะผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและเคลื่อนไหวลำบาก รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อปี เป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นพนักงานต้องหยุดพักงาน ซึ่งส่งผลกระทบกับรายได้ของครอบครัว และสถานประกอบการก็ต้องจ้างพนักงานเพิ่ม อันเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศชาติ การรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนในปัจจุบันมีวิธีการรักษาหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดยึดกระดูกด้วยโลหะในกรณีที่กระดูกหักและชิ้นกระดูกที่หักมีการเคลื่อนจากตำแหน่งเดิม การผ่าตัดใส่ข้อเทียม ในรายที่กระดูกหักรอบข้อสะโพก หรือผ่าตัดดามกระดูกด้วยโลหะทั้งกระดูกหักที่แขน ขา และกระดูกสันหลัง ส่วนในผู้ป่วยที่กระดูกหัก แต่ไม่มีการเคลื่อนหลุดของกระดูกจากตำแหน่งเดิม รักษาโดยวิธีการเข้าเฝือกปูน ปัญหาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนที่พบในปัจจุบัน ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ เนื้อเยื่อกระดูกติดเชื้อ เรื้อรัง ส่งผลให้ต้องรักษาโดยการตัดอวัยวะส่วนนั้นออก ส่วนในกรณีที่รักษาด้วยวิธีการเข้าเฝือก มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ อาการคันเนื่องจากแพ้เฝือก และเฝือกกดรัดผิวหนัง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสบร้อนผิวหนังที่อยู่ภายในเฝือก และเกิดแผลกดทับ ส่วนค่ารักษาพยาบาลในการผ่าตัดแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่กระดูกหัก จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องไปรักษากับหมอพื้นบ้าน ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยกระดูกหักมีความเชื่อการรักษาแบบภูมิปัญญาพื้นบ้าน[6] หลังจากการรักษาในโรงพยาบาล และขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ญาติของผู้ป่วยได้นำหมอพื้นบ้านมารักษาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กันไปทั้ง 2 วิธี ถึงแม้ว่าการแพทย์ปัจจุบันจะมีความทันสมัยทางเทคโนโลยี และบุคลากรทางการแพทย์ก็ตาม แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยหลายรายมีความเชื่อในการรักษาภูมิปัญญาโบราณหมอพื้นบ้านถือว่ามีความสำคัญต่อสังคมไทย และประเทศในเขตอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง เป็นมรดกทางปัญญาของบรรพบุรุษที่ทรงคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อของคนไทย[7] และถือได้ว่าหมอพื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งอิงหลักธรรมชาติที่เรียบง่าย หาง่าย ผลข้างเคียงน้อย ยั่งยืน ประหยัด และพึ่งตนเองได้[8] ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาที่ช่วยแก้ปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนได้เป็นอย่างดี แม้ว่าปัจจุบันหมอพื้นบ้านบางคนจะเลิกทำการรักษาหรือลดบทบาทการรักษาลงก็ตาม แต่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ได้มีการปรับตัวให้เข้ากับยุคสมัยและยังคงบทบาทในการรักษาโรคตามที่ตนเองถนัด โดยไม่เรียกร้องค่ารักษาใด ๆ จากผู้ป่วยหมอพื้นบ้านที่รักษาผู้ป่วยโรคกระดูกจากอุบัติเหตุ โดยใช้พิธีกรรมทางไสยศาสตร์เสกเป่าเวทมนตร์คาถาลงในน้ำสะอาด เรียกว่า “น้ำมนต์” แล้วใช้ รักษาผู้ป่วยโดยการดื่ม อาบ ทา หรือประพรม บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บต่อเนื่องกัน 5-7วัน หรือมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการหักของกระดูกและอายุของผู้ป่วย[9] รูปแบบและวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับการได้รับถ่ายทอดวิชาความรู้มาจากครูอาจารย์ผู้สอน ซึ่งมีความแตกต่างกัน และ การบำบัดรักษาโรคกระดูกของหมอน้ำมนต์แต่ละคนจะมีพิธีกรรมการรักษาแตกต่างกัน โดยมีลักษณะเฉพาะของหมอน้ำมนต์แต่ละคนที่ได้ศึกษาวิชาความรู้จากบูรพาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ ซึ่งองค์ความรู้เหล่านี้ซ่อนอยู่ในปราชญ์ระดับกลุ่มชาติพันธุ์ เพราะมีรหัสภาษาและพิธีกรรมรวมทั้งศาสนาผีที่สืบทอดกันมาระหว่างรุ่นต่อรุ่น เช่น การท่องคาถาก่อนการรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีการถ่ายทอดกันจากครูผู้สอนในแต่ละชาติพันธุ์ที่แตกต่างกัน รวมทั้งพิธีกรรมก่อนการรักษาก็เช่นเดียวกัน เช่น

การยกครูเมื่อรักษาจนอาการหายเป็นปกติ และปราชญ์ต้องรักษาศีล 5 อย่างเคร่งครัด

จากการศึกษาข้อมูลทั้งในประเทศไทย ราชอาณาจักรกัมพูชา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวพบว่าประชาชนบางส่วนมีความเชื่อถือและศรัทธาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน โดยใช้วิธีการภูมิปัญญาพื้นบ้าน มีการใช้สมุนไพรต่างๆ เป็นจำนวนมาก จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่กระดูกหักที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้จะเห็นได้ว่าทุกคนมีความเชื่อว่าการรักษากระดูกหักกับหมอพื้นบ้านที่เคยพบเห็นจากบรรพบุรุษหายเป็นปกติ อวัยวะส่วนที่หักสามารถใช้งานได้ โดยเฉพาะในแถบชานเมือง เช่น ในเมืองอัลลองเวง จังหวัดอุดรมีชัย ราชอาณาจักรกัมพูชา และในแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งวิธีตรวจวินิจฉัย การรักษา พิธีกรรมและความเชื่อ มีลักษณะคล้ายคลึงกันใน 3 ประเทศ ส่วนการใช้ยาสมุนไพรมีความแตกต่างกัน แล้วแต่ท้องถิ่น และครูที่ถ่ายทอดความรู้ให้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแพทย์โบราณ หรือภูมิปัญญาการแพทย์ดั้งเดิม มีความสำคัญต่อการสาธารณสุขเพราะเป็นการดูแลประชาชนแบบองค์รวม คือ ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตวิญญาณ รวมทั้งการ ป้องกัน ส่งเสริม รักษา และฟื้นฟูสภาพของประชาชน องค์ความรู้การรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนในกลุ่มชาติพันธุ์ (Ethnic groups) ต่างๆ มีอัตลักษณ์ความเชื่อและศาสนาเดิม อันเป็นเงื่อนไขสืบทอดภูมิรู้ดังกล่าวให้คงอยู่และพิสูจน์ถึงผลของการรักษาสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งกลุ่มชาติพันธุ์ดังกล่าวอยู่ในเขตอารยธรรมของลุ่มน้ำโขง จุดเด่นของการรักษาแบบแผนโบราณ คือ การประหยัดค่าใช้จ่าย ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล วัสดุที่ใช้ในการรักษามีอยู่ในท้องถิ่นไม่ต้องซื้อหา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่อุปกรณ์การแพทย์สมัยใหม่ และไม่ต้องจากบ้านของตนเองไปรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังมีญาติพี่น้องดูแลช่วยเหลือ ส่วนการแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้อุปกรณ์การแพทย์ทางตะวันตกซึ่งมีต้นทุนการรักษาสูง อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาไม่เหมาะกับสภาพอากาศในเขตร้อน และต้องพึ่งวัสดุทางการแพทย์จากต่างประเทศ ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ถ้าขาดวัสดุอุปกรณ์เพราะไม่สามารถผลิตได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาการนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้ผู้ป่วยไม่สมัครใจที่จะรักษาด้วยวิธีการรักษาแผนปัจจุบัน แต่ไปรักษาด้วยวิธีแบบภูมิปัญญาพื้นบ้าน จะเห็นได้จากการมีหมอพื้นบ้านในทุกภาคของประเทศไทย ราชอาณาจักรกัมพูชาและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประชาชนก็มีความเชื่อถือและศรัทธาการรักษากระดูกหักแบบภูมิปัญญาพื้นบ้านเช่นเดียวกัน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง ตั้งแต่การวินิจฉัยโรค ขั้นตอนการรักษา ความเชื่อและพิธีกรรม และยาสมุนไพรและอาหารที่ใช้ในการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน ในกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง ได้แก่ ประเทศไทย ราชอาณาจักรกัมพูชา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data Analysis) กระดูกหักในงานวิจัยนี้ หมายถึง กระดูกแขน ขา กระดูกไหปลาร้า กระดูกสันหลัง ที่แตกร้าว แต่ชิ้นกระดูกไม่เคลื่อนหลุด และข้อเคลื่อน หมายถึง กระดูกชิ้นที่หักเคลื่อนหลุดจากตำแหน่งเดิม สามารถวินิจฉัยได้โดยการตรวจร่างกายของหมอพื้นบ้านจากการคลำดูบริเวณตำแหน่งที่หัก รวมทั้งการสังเกต เช่น อาการบวม การโก่งงอผิดรูป และการเกยกันของชิ้นกระดูกที่หัก หรือการดูจากฟิล์มเอกเซย์ (กรณีที่ผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันมาก่อน)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หมอพื้นบ้านที่รักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน ผู้ป่วยกระดูกหักและข้อเคลื่อนที่เคยรับการรักษากับหมอพื้นบ้าน และบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ไทยเขมรในจังหวัดสุรินทร์ ไทยลาวในจังหวัดร้อยเอ็ด เยอในจังหวัดศรีสะเกษ เวียตในจังหวัดนครพนม และภูไทในจังหวัดยโสธรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย กลุ่มชาติพันธุ์เขมรในราชอาณาจักรกัมพูชา และกลุ่มชาติพันธุ์ลาวในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทยในเขตภาคะวันออกเฉียงเหนือที่มีอาณาเขตใกล้เคียงลุ่มน้ำแม่โขง โดยแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามกลุ่มชาติพันธุ์จำนวน 7 กลุ่ม ได้แก่ ไทยเขมรในจังหวัดสุรินทร์ 10 คน ไทยลาวในจังหวัดร้อยเอ็ด 10 คน เยอในจังหวัดศรีสะเกษ 10 คน เวียตในจังหวัดนครพนม 10 คน และภูไทในจังหวัดยโสธร 10 คน กลุ่มชาติพันธุ์เขมร เมืองอัลลองเวง จังหวัดอุดรมีชัยในราชอาณาจักรกัมพูชา 10 คน และกลุ่มชาติพันธุ์ลาวเมืองจำปาสัก แขวงจำปาสักสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 10 คน รวมจำนวน 70 คน มีขอบเขตด้านเนื้อหาหลัก คือ การตรวจวินิจฉัย การรักษาความเชื่อและพิธีกรรม และการใช้ยาสมุนไพรและอาหาร

การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยประกอบด้วย หมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยกระดูกหักและข้อเคลื่อนที่เคยรับการรักษากับหมอพื้นบ้านและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สมุดบันทึกงานสนาม (Field note) เครื่องบันทึกเสียง และ กล้องถ่ายภาพ

วิธีเก็บรวบรวบข้อมูล

เก็บรวบรวบข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Participation and non participation observation) ช่วงระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม 2560 – มกราคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาจัดกลุ่มคำและวิเคราะห์ตามเนื้อหาโดยกำหนดเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย ขั้นตอนการรักษา ความเชื่อและพิธีกรรม ยาสมุนไพรและอาหารในการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา ภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขง ในการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียดข้อค้นพบ ดังนี้

1. การวินิจฉัย ทั้งสามประเทศใช้เกณฑ์การวินิจฉัยกระดูกหักและข้อเคลื่อนดังนี้

1.1 อาการแสดงเฉพาะตำแหน่ง ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการบวม ฟกช้ำ อาการผิดรูป เช่น โก่ง หรืองอ ความยาวของแขนหรือขาไม่เท่ากัน การเคลื่อนไหวจะมีเสียงการเสียดสีของกระดูก

1.2 การซักประวัติ โดย การสอบถามอาการ สาเหตุการบาดเจ็บ เกิดขึ้นอย่างไร เมื่อไหร่

1.3 การตรวจร่างกาย โดยการดู การคลำ สัมผัส การขยับตำแหน่งที่มีการอาการปวด ที่สงสัยว่ามีการหักและเคลื่อนของกระดูก

2. การรักษา หมอพื้นบ้านทั้งสามประเทศ ใช้วิธีการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน ดังนี้

2.1 การไหว้ครู ก่อนการรักษาต้องมีการไหว้ครู โดยเตรียม ดอกไม้ 5 คู่ เย็บเป็นกรวยโดยใช้ใบตอง ธูป 1 ห่อ เทียน 1 ห่อ ซึ่งเป็นการบูชาครูก่อนรักษา

2.2 การดึงกระดูก หรือจัดกระดูกที่หักหรือเคลื่อนให้เข้าที่ ทาด้วยนำมันเลียงผาในราชอาณาจักรกัมพูชา ส่วนในประเทศไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวใช้น้ำมันงา หรือ น้ำมันเลียงผา หรือน้ำมันจากการกวนข้าวทิพย์ทาบริเวณกระดูกหัก วันละ 2 ครั้ง ในช่วงเช้า และเย็น

2.3 การดามกระดูก หลังจากการดึงกระดูกเข้าที่แล้วใช้ไม้ไผ่เหลาเป็นซี่กลมๆ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร ความยาวขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่กระดูกหักแล้วใช้เชือกมัดยึดเข้าด้วยกัน ในการดามกระดูกเพื่อป้องกันกระดูกเคลื่อนหลุดจาดแนวกระดูกที่ได้ดึงจัดกระดูกให้เข้าที่แล้ว

3. ความเชื่อและพิธีกรรมในการรักษาของหมอพื้นบ้านในสามประเทศ มีความเชื่อและพิธีกรรมตามหลักพุทธศาสนา และตามที่ตนเองได้รับการถ่ายทอดวิชาการักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนจากครูดังนี้

3.1 การท่องคาถาสมานกระดูก โดยมีการท่องสวดมนต์บทนอบน้อมพระพุทธเจ้า นะโม ตัสสะ ภะ คะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ 3 จบ แล้วท่องคาถาสมานกระดูก “อัฐิ มิมัสมิง กาเย เกศา โลมา นะขา ทันตา ตะโจมังนะหารู อัฐิมิญชัง วักกัง หะทะยัง ยะ กะนัง ถิโลมะกัง ปัปผาสัง อันตัง อันตะคุณัง อุทะริยัง กะริสัง ปิตตัง เสมหัง ปุพโพ โลหิตัง เสโท เมโท อัสส จะสา เขโฬสิง ฆาณิกา ละสิกา มุตตัง” หรือใช้บทสวด ต่อกระดูก “ อัฐิ มัสมิง โลขานะ เกศา

โลมา ขัตขา ตันโจ เอากระดูกมาต่อ เอาเนื้อมาตั้ง เอาหนังมาติด พุทธัง รังสิต ธัมมังรังสิต สังฆังรังสิต ทุกสะ อักโส นโม พุทธายะ" เสร็จแล้วเป่าด้วยน้ำหมาก 3 คำ

3.2 การยกครูเมื่อรักษาหาย ประกอบด้วย กรวยดอกไม้ 5 คู่ ธูป 1 ห่อ เทียน 5 คู่ เหล้าขาว 1 ขวด และเงินตามกำลังศรัทธา

4. ยาสมุนไพรและอาหาร

4.1 ยาสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพร ใน 3 ประเทศ มีการใช้ยาสมุนไพรดังนี้

1) ประเทศไทย ยาสมุนไพรที่ใช้ ประกอบด้วย น้ำมันงา น้ำมันเลียงผา หรือในคนไข้ที่ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อจะใช้สมุนไพรประคบลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ส่วนประกอบ ได้แก่ ใบหนาด ส้มป่อย หญ้านางแดง กระดูกไก่ดำ กระดูกไก่แดง กระดูกไก่ขาว รางจืด ตะไคร้ ขมิ้น และผิวมะกรูด

2) ราชอาณาจักรกัมพูชา มีการใช้สมุนไพรที่ใช้ในได้แก่เหล้าขาว ไพร บันเทียบะไบ (จอด) กราบช้างเกรียบ กรำไร ควาญช่าง เขากระทิง วัวป่า เห็ดหลินจือดำ ไม้แดง ใบสกา กาฝากต้นมะเฟือง เปลือย(ปอแก้ว) เตียบไตรเซาะ สระเลยปะเทย (เฉพาะใบ) ลูกไก่ดำ อายุ 1วัน

3) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวรักษาแผลด้วยสมุนไพรน้ำมันเลียงผาหรือน้ำมันงา นวดตำแหน่งที่กระดูกหัก ใช้สมุนไพร ได้แก่ ว่านชน ว่านจอด และเครือดองไซ ต้มยาผสมกันแล้วประคบบาดแผล

4.2 อาหารอาหารที่เป็นข้อห้าม ซึ่งหมอพื้นบ้าน เรียกอาหารนี้ว่า "ของแสลง" ถือเป็นข้อห้ามสำคัญที่มีการแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดในระหว่างที่รักษากับหมอพื้นบ้าน ในการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อน จากการค้นพบในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) อาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ หมอพื้นบ้าน กำหนดให้ผู้ป่วยงดรับประทานเนื้อสัตว์เมื่อหายป่วยแล้วก็สามารถรับประทานได้ ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อควาย อาหารที่ปรุงจากเนื้อสัตว์ดิบ เช่น ลาบ ก้อยอาหารทะเลทุกชนิด สัตว์ปีกทุกชนิด กุ้ง หอย ปูปลาไหล

2) อาหารตามวิธีการปรุง ได้แก่ อาหารหมักดอง เช่น ผักดองทุกชนิด ปลาร้า ทำให้เกิดโทษกับร่างกาย เป็นผลให้เกิดความไม่สุขสบาย เช่น แสบร้อน ปวดบริเวณกระดูกหักกระดูกติดช้า

3) กลุ่มเครื่องบริโภคประเภทอื่นๆ ได้แก่ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่อัดกรดแก๊ส ทุกชนิด เบียร์ สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากทำให้ร่างกายเสียสมดุลจึงเป็นผลให้ฟื้นฟูร่างกายช้าและ หมอพื้นบ้าน ให้เหตุผลที่ห้ามว่า ทำให้กระดูกติดช้า ใช้ระยะเวลารักษานานขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อค้นพบภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำแม่โขงใน 3 ประเทศ ได้แก่ ประเทศไทย ราชอาณาจักรกัมพูชา และ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พบว่า การวินิจฉัยกระดูกหักและข้อเคลื่อนใช้เกณฑ์การวินิจฉัยเหมือนกัน ได้แก่ การดูจากอาการเฉพาะที่ การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย การรักษา ในสามประเทศใช้วิธีการรักษาเหมือนกัน ได้แก่ การไหว้ครูก่อนรักษา การดึงจัดกระดูกให้เข้าที่ การดามกระดูกด้วยไม้ไผ่ ส่วนการใช้น้ำมันทาหรือนวดในตำแหน่งกระดูกหักหลังการดึงจัดกระดูก มีความแตกต่างกัน โดยในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้น้ำมันงา ส่วนราชอาณาจักรกัมพูชา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวใช้น้ำมันเลียงผา ความเชื่อและพิธีกรรม ในสามประเทศมีความเชื่อเกี่ยวกับพิธีกรรม เช่น การไหว้ครู และการยกครู เมื่อรักษาหาย โดยเชื่อว่า การไหว้ครูจะทำให้การรักษาสำเร็จ เพราะมีครูช่วยเหลือในการรักษา และการยกครู เป็นการตอบแทนพระคุณครูที่ให้การช่วยเหลือจนการรักษาหายเป็นปกติ การใช้ยาสมุนไพรในสามประเทศ มีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนในแต่ละประเทศ ที่มีทรัพยากรในท้องถิ่น และความรู้ด้านยาสมุนไพร และระบบนิเวศในแต่ละพื้นที่ต่างกัน รวมทั้งการใช้ยาสมุนไพรและอาหารที่ต้องงดรับประทานขณะรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ปิยนุช ยอดสมสวย[10] ที่ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การรักษาของหมอพื้นบ้านเริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย โดยจะใช้ศาสตร์พื้นบ้านของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่จะใช้สมุนไพรตำรับร่วมกับการใช้คาถา สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวัฒน์ ทิพย์จ้อย[9] ที่ศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านที่รักษาโรคกระดูกหักจากอุบัติเหตุ โดยมี

ขั้นตอนและวิธีการรักษา ก่อนการรักษาหมอจะบอกกล่าวให้ผู้ป่วยเตรียมสิ่งของได้แก่ ขันธ์ 5 ค่าคายสำหรับใช้บูชาครูจะเสกเป่าเวทมนตร์คาถาลงในน้ำมนต์แล้วนำมาพ่นบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บต่อเนื่องกันประมาณ 7-15 วัน หรืออาจมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคกระดูกและอายุของผู้ป่วย สอดคล้องกับสิริรัตน์ จันทรมโน [11]ศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้านในการรักษาผู้สูงอายุกระดูกหัก พบว่าภูมิปัญญา หรือความรู้การรักษากระดูกหัก ของหมอพื้นบ้านได้รับมาจากการสืบทอดของบรรพบุรุษ จากครู (ผู้ล่วงลับ) จึงไม่มีตำราเรียน ได้รับการสอนแบบตัวต่อตัว และการใช้ประสบการณ์ของผู้สอนจากการรักษา ผู้สูงอายุจะมีกระดูกหักที่พบบ่อยได้แก่ แขนหัก ขาหัก ไหล่หลุด ขั้นตอนการรักษา ก่อนรักษา มีพิธีกรรม ได้แก่ การตั้งขันครู ค่าครูตามที่ครูสั่งไว้ห้ามเรียกร้อง ขั้นตอนการวินิจฉัย ใช้การตรวจร่างกาย โดยการสังเกต การคลำ การรักษาใช้น้ำมันประสานกระดูกร่วมกับคาถากำกับ ใช้การเข้าเฝือกไม้ไผ่ และสอดคล้องกับการวิจัยของ คนากร สุรการากุล [12] ที่ศึกษาภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้านอำเภอปลายพระยาจังหวัดกระบี่ ผลการศึกษาพบว่าหมอกระดูกพื้นบ้านนับถือศาสนาพุทธสามารถอ่านออกเขียนได้ ได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการรักษาโรคกระดูกจากบิดา หมอกระดูกพื้นบ้านทุกคนมีกระบวนการรักษา 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนก่อนการรักษา 2) ขั้นตอนการรักษา3) ขั้นตอนเสร็จสิ้นการรักษาและมีรูปแบบในการรักษา คือ มีการจัดกระดูกการใช้น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันงา มีการดามกระดูกด้วยไม้ไผ่ มีการใช้ยาสมุนไพรและใช้คาถาอาคมร่วมด้วย ผู้ที่มารับการรักษาส่วนใหญ่จะเป็นประชาชนที่อยู่ในพื้นที่และพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงมาด้วยอาการบาดเจ็บทางกระดูก เช่น กระดูกหักแตกร้าว ข้อเคลื่อนเลื่อนหลุด เป็นผู้ที่เคยรับการรักษาจากโรงพยาบาลมาแล้วและผู้ที่มารับการรักษาโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำองค์ความรู้ภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนมาบูรณาการใช้เป็นในการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนในการรักษาร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

2. ควรส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันโดยมีจุดเด่นที่เน้นการใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่น ประหยัด เรียบง่าย สามารถพึ่งตนและถ่ายทอดองค์ความรู้เกื้อกูลผู้อื่นได้

3. ควรมีการจัดการภูมิปัญญาเพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาการรักษากระดูกหักและข้อเคลื่อนสู่คนรุ่นหลัง

\ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอราบกขอบคุณ คณาจารย์ที่ปรึกษาดังรายนามต่อไปนี้ รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา ภานุรัตน์ ศาสตราจารย์นายแพทย์กระแส ชนะวงศ์ ดร.สิงหา จันทริยวงษ์ ดร.อุษา กลมพันธ์ และดร.พฤษชาติ ทปแป

เอกสารอ้างอิง

1 วรรณี สัตยวิวัฒน์.**การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.**ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส. กรุงเทพมหานคร,2553.

2 ไชยสิทธิ์ อินทุวงศ์. **การพยาบาลออร์โธปิดิกส์และเวชศาสตร์ฟื้นฟู.** โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.กรุงเทพมหานคร ,2530.

3 สัตยา โรจนเสถียร และคณะ. “การศึกษากระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร**” วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.** ปีที่ 28 (ฉบับที่ 3) ก.ค. - ก.ย. 2554.

4 พัชรินทร์ ชนะพาห์.**“**โรคกระดูกพรุนในเพศชายร้ายแรงกว่าที่คิด”.**วารสารสาธารณสุขศาสตร์.**ปีที่ 41 (ฉบับที่ 3): กันยายน –ธันวาคม หน้า 283-291, 2554.

5 สำนักงานประกันสังคม.**สถานการณ์สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2553-2557**. สำนักงานเงินกองทุนทดแทน กระทรวงแรงงาน, 2558.

6 กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสุรินทร์.**รายงานแบบประเมินตนเองปี2557**. สุรินทร์, 2557.

7 สมพร ภูติยานันต์. **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพ, 2542.

8 ยิ่งยง เทาประเสริฐ. **วิถีการดูแลรักษาสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา.** พิมพ์ครั้งที่ 3 . สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานภาค. กรุงเทพมหานคร, 2546.

9 วรวัฒน์ ทิพจ้อย. “ภูมิปัญญาของหมอน้ำมนต์พื้นบ้านในการรักษาโรคกระดูกจากอุบัติเหตุศึกษาเฉพาะนายประเสริฐ ผลาพฤกษ์”.**วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต.** ปีที่ 2 (ฉบับที่ 2) : พฤษภาคม-สิงหาคม หน้า189-202, 2557.

10 ปิยนุช ยอดสมสวย.“ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านอำเภอองครักษ์จังหวัดนครนายก”.**ธรรมศาสตร์เวชสาร**. ปีที่ 13 (ฉบับที่ 2) : เมษายน-มิถุนายน หน้า212-217,2556.

11 สิริรัตน์ จันทรมโน.**“**ภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้านในการรักษาผู้สูงอายุกระดูกหัก”.**วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. ปีที่ 9 (ฉบับที่ 1) :มกราคม-มีนาคมหน้า 15-19, 2559.

12 คนากร สุรการากุล.“ภูมิปัญญาของหมอกระดูกพื้นบ้าน อำเภอปลายพระยาจังหวัดกระบี่”. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**ปีที่ 3 (ฉบับที่ 2) : เมษายน – มิถุนายนหน้า 231-240, 2558.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

รูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

A counseling Model For Increasing Coping Ability of Caregivers Of Chronic Disease Patients in the community

ณรงค์ จันทร์แก้ว [1] ชลการ ทรงศรี [2]

Narong Chankeaw[1], Cholakarn Songsri[s]

(Received: February 7 ,2019 ; Accepted: February 28 ,2019)

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายประการโดยที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบทางร่างกายจิตใจและสังคมซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและสุขภาพที่แย่ลง พวกเขาเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงประเภทที่ 3 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงประเภทที่ 3 มีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวบรวมข้อมูลวิจัยโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินความเครียด (ST5) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้าของไทย (9Q) แบบประเมินภาวะวิตกกังวล แบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลและแบบสอบถามประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงประเภทที่ 3 ในทุกด้านโดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (x = 3.64, S.D.= 0.80) ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มากที่สุด (x= 3.78, S.D.= 0.67) ความเหมาะสมของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด(x= 4.55 SD 0.51) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการให้คำปรึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) คะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังให้คำปรึกษาพบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) หลังให้คำปรึกษาพบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

คำสำคัญ: รูปแบบการให้คำปรึกษา ความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstracts

The chronic illness involved several situations to patients and their families. Its effect impact stress of their families. Caregivers taking care of chronic patients at home are prone to suffer from its negative physical, psycho-emotional and social effects, which could lead to chronic stress and deteriorating health, they are a risk group that must not be overlooked. The purpose of this action research was to studies the counseling model for coping ability among caregivers of chronic disease with bed-ridden – type-3 patients. The sample consisted of caregivers of chronic disease with bed-ridden patients type3 were 107 persons. Purposive sampling was applied. Research data were collected by using questionnaires about personal information, stress assessment (ST5), Thai depression test (9Q), anxiety state, the assessment need of the caregivers, and the coping ability questionnaires. The cronbach 's alpha coefficient were 0.88. The data were analyzed by using descriptive and t-test statistics.

The results of the study were as follows: The participants' needs it was reported that overall needs was at moderate level ($\bar{X}$ = 3.64, SD = 0.80) with the following orders: information about medical and nursing treatments of the patients ($\bar{X}$ = 3.78, SD = 0.67). The appropriateness of the overall counseling model for coping ability was at a high level ($\bar{X}$ = 4.55, SD=0.51). The comparison of the mean score before and after the consultation showed that : The mean score of stress level of caregivers of chronic disease with bed-ridden patients type3 after receiving counseling was significantly lower than before receiving in the program (p<.05). The mean score of depression level after receiving counseling was significantly lower than before participating in the program (p<.05). The mean score of anxiety level after

[1]MD. นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

[2]Ph.D. พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

receiving counseling was significantly lower than before participating in the program (p<.05). The mean score of coping ability of caregivers was significantly higher than before participating in the program (p<.05).

Key Words: A counseling Model, Coping Ability, Caregivers of Chronic Disease

บทนำ

กลุ่มโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคน 36 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี โดยมีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15 ปีข้างหน้าที่ประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาห์สหรัฐฯ เวทีสมัชชาสุขภาพ องค์การอนามัยโลกในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2556 ได้มีการประกาศ แผนปฏิบัติการระดับโลกเพื่อการป้องกันและควบคุม NCDs ปี พ.ศ. 2556 – 2563 (The Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013 – 2020) เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมาย การควบคุมป้องกันโรคที่จะต้องบรรลุ ในปี พ.ศ. 2568 ร่วมกัน[1] โรคเรื้อรัง (chronic diseases) หมายถึง โรคที่มีระยะ เวลาการดำ เนินโรคยาวนานจากวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผู้สูงอายุ เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้น[2] โรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่ท้าทายทั้งในระดับประเทศและระดับโลก โดยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม[3] ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในเชิงของการควบคุมการป้องกันและการรักษาพยาบาลนับเป็นมูลค่ามหาศาล[4] และบุคคลในครอบครัวต้องรับบทบาทของ “ญาติผู้ดูแล” กล่าวได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านแทนบุคลากรสุขภาพ[5] อย่างไรก็ตามในระหว่างดูแล ญาติผู้ดูแลต้องประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งส่งผลลบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเอง[6] ซึ่งจะส่งผลลบต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง[7] การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเหตุนี้ญาติผู้ดูแลจึงเป็นลุ่มเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจและไม่ควรมองข้าม นับว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจาก ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองมีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยเรื้อรังจะเป็นอะไรไปในระหว่างที่ตนไม่อยู่ต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม ความกังวลในอาการของผู้ป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปจึงใส่ใจให้กับการดูแลจนขาดความสนใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ยังมีความทุกข์ใจเมื่อไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการดีขึ้นได้ เกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) เมื่อ ผู้ป่วยเรื้อรังมีอาการเลวลง[8] นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ให้ความร่วมมืออื่นๆ ญาติผู้ดูแลในกลุ่มภรรยาจะได้รับผลกระทบมากที่สุดเนื่องจากจะรู้สึกว่าความห่วงใยและ เอื้ออาทรฉันสามีภรรยาเปลี่ยนไปซึ่งจะสร้างความ ทุกข์ใจให้กับญาติผู้ดูแลได้มาก[9] ผู้ป่วยเรื้อรังบางราย ที่ไม่สมารถควบคุมอาการของโรคได้ต้อง เข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อฐานะ เศรษฐกิจของครอบครัวซึ่งเป็นการเพิ่มความเครียด ให้กับญาติผู้ดูแล และส่งผลให้มีความกังวลถึงอนาคต ข้างหน้า[10] นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องลาออกจากงานเพื่อรับหน้าที่ดูแล ส่วนญาติผู้ดูแล ที่ยังคงทำงานอยู่จะส่งผลกระทบต่องานโดยต้องลางานบ่อยขึ้น ใช้เวลางานไปทำธุระส่วนตัวมากขึ้น มาทำงาน สายหรือกลับบ้านเร็วขึ้น[11] ญาติผู้ดูแล มักมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) ไม่มีสมาธิ (lack of concentration) นอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากภาระจากการดูแล (sleep deprivation) หรือนอนหลับยากขึ้น การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (poor self-esteem) และ ต้องลดทอนบทบาททางสังคมลง[12] (withdraw of family or friends) การวิจัยยังพบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมน้อยจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่ม ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนมาก[13] จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับผลกระทบด้านลบทั้งร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังในระหว่าง ให้การดูแลซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง[14] มีผู้กล่าวว่า ญาติผู้ดูแล คือ “ผู้ป่วยซ่อนเร้น” (hidden patient) เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ควรมองข้าม[15] อย่างไรก็ตามการรับหน้าที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมิได้

หมายความว่าจะเกิดผลลบเพียงอย่างเดียวการวิจัยในระยะหลังๆ ได้ศึกษาผลกระทบเชิงบวกที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลด้วย พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยา มีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้สามีมีอาการดีขึ้นและทำให้สามีอยู่บ้านไม่ไปไหน มีโอกาสได้พบปะลูกหลานมากขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของสามีได้และภูมิใจที่สามารถจัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ ผลกระทบที่สำคัญของผู้ดูแลที่มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม[16] (Hall & Docherty, 2000) ทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผลกระทบทางด้านร่างกายได้แก่ พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ รู้สึกเป็นภาระ ทุกข์ใจ ท้อแท้เบื่อหน่าย วิตกกังวล[17] และผลกระทบทางสังคมพบว่าผู้ดูแลมีเวลาสังสรรค์กับเพื่อนลดลง มีเวลาให้กับส่วนรวมน้อยลง[18] รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยและไม่อยากอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดีของผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล ถ้าผู้ดูแลสามารถในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลก็จะมีความสุขเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและผู้ป่วย[19]

ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ดูแล แสดงออกถึงการจัดการในด้านความคิดและการแสดงออก เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือความตึงเครียดของจิตใจ เพื่อที่จะบรรเทาหรือคลี่คลายปัญหาในเรื่องการควบคุมตนเองด้านความคิด และพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์และมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น Garland and Bushc[20] และ Jalowice ได้ศึกษา วิธีการเผชิญปัญหามี 2 ด้านคือ 1) ด้านการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และ 2) ด้านการแก้ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการผสมผสานทั้งแบบมุ่งจัดการกับปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบมีทั้งผลดีและผลเสีย ขึ้นกับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคลนั้นเผชิญ[21](Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่ง Jalowice (1987) ได้พัฒนาแนวคิดที่นำกลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นการประเมินวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคล ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและจารุวรรณ จินดามงคล (2541)[22] ได้พัฒนาแนวทางการวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งแสดงออกมาในรูปพฤติกรรมที่พยายามขจัดสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกายจิตใจมีประกอบด้วย 6 ด้านคือ 1) การเผชิญหน้าในการแก้ปัญหา คือ การพยายามแก้ไขปัญหาเผชิญหน้ากับสถานการณ์ 2) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การเปรียบเทียบในทางที่ดี พยายามมองในแง่มุมที่ดีของสถานการณ์ 3) การแก้ไขอารมณ์ตึงเครียด คือการปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหาหรือระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น 4) การบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด คือการพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์โดยทำให้รู้สึกดีขึ้น 5) การใช้การประคับประคองจากผู้มีประสบการณ์ และ 6) การพึ่งพาตนเอง

โรงพยาบาลโพนพิสัยให้บริการผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างและต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดที่บ้านโดยผู้ดูแล และจากการสำรวจข้อมูลพบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ โดยเป็นผู้ป่วยประเภทที่ 3 โดยเป็นผู้ป่วยที่ติดเตียง และจำเป็นต้องมีผู้ดูแล จำนวน 107 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง 42 ราย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยล้างไตทางช่องท้อง 38 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รับการรักษาโดยฟอกเลือด 22 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3 ราย และโรคหัวใจขาดเลือดร่วมกับหัวใจวาย 2 ราย ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยนี้ต้องได้รับการดูแลจากญาติอย่างใกล้ชิด จากการทบทวนเบื้องต้นพบส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์คือเป็น สามี ภรรยา เป็นบุตร หรือ ปู่ย่า ตา ยาย หรือบุคคลในครอบครัว ในบทบาทของแพทย์ประจำของโรงพยาบาลโพนพิสัย ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลโพนพิสัย เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบุคคลสำคัญที่อาจมีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยในอนาคต หรือ ผู้ป่วยซ่อนร้อนได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลโดยเฉพาะถ้าเขาเหล่านั้นยังไม่สามารถเผชิญปัญหาที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตลอดชีวิตของเขา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาหรือพัฒนาแนวทางเพื่อดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยเฉพาะการเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ผู้วิจัย

จึงมองเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหาของกลุ่มญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ และผลลัพธ์นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอโพนพิสัย

2. เพื่อประเมินผลรูปการให้คำปรึกษาเพื่อการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอโพนพิสัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยวิจัยรูปแบบการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ.2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2562 มีการดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.1. ผู้ร่วมวิจัย (Participants) ผู้ร่วมวิจัยครั้งนี้มีผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 107 คน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 3 ทุกคน (ผู้ป่วยติดเตียง) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลโพนพิสัย สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีความสะดวกและยินดีเข้าร่วมโครงการ

1.2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีเครื่องมือดังนี้

1) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตโดยจะถามถึงประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง ระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบสอบถามเพื่อค้นหาอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดเตียง ที่มีอาการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ที่สอบถาม"โดยในขณะที่ถาม/ประเมิน ถ้าผู้ถูกถามไม่เข้าใจให้ถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามจะตอบตามความเข้าใจของเขาเอง

3) แบบประเมินระดับวิตกกังวลของ สปิลเบอร์เกอร์ (1970) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีทั้งข้อที่มีความหมายเชิงลบ 13 ข้อ ข้อที่เป็นความหมายเชิงบวก [7]

4) แบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบสอบถามนี้เป็นข้อความและรายการให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบว่า มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับใด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ และนำแบบสอบถามมาแปลงเป็นระดับคะแนน

5) แบบสอบถามประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งแบบวัดนี้ ประกอบไปด้วยความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของ Jalowice coping scale (Jaloweic, 1987) โดยมีคำถามทั้งหมด 40 ข้อ

1.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (ContentValidity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปพิจารณาปรับปรุง ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบวัดทั้งหมดไปใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางกาย 30 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability test) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการตลอดโครงการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้องรังเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยที่ยินยอมโดยสมัครใจ หลังจากผู้ดูแลให้ความยินยอมแล้วจึงทำการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูล

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการหาค่าทางสถิติเชิงพรรณาโดย

วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การพัฒนารูปการให้คำปรึกษาเพื่อการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอโพนพิสัยโดยการประชุมกลุ่มเพื่อการสะท้อนข้อมูล สรุปข้อมูลที่ได้มา พร้อมกับยกร่างพัฒนารูปการให้คำปรึกษา และการตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องของรูปแบบ

2.1 **ผู้ร่วมวิจัย** มีผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อการเผชิญปัญหาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการและระดมสมอง เพื่อหาแนวทาง ทั้งหมด 25 คน การตรวจสอบรูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 11 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) รูปแบบการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 1.1)การฟังอย่างใส่ใจ LADDER (L= Look มองประสานสายตา ตั้งใจฟัง, A= Ask ซักถามจุดที่สงสัยในประเด็น, D= Do Not Interrupt ไม่แทรกหรือขัดจังหวะ, D = Do Not Change The Subject ไม่เปลี่ยนเรื่อง ,E = Emotion ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์, R = Response แสดงสีหน้าท่าทางตอบสนอง) 1.2) ระบายความรู้สึก 1.3) ให้กำลังใจ 1.4) การเสริมพลังอำนาจ 1.5) การสร้างความเข้มแข็งทางใจ 1.6) Progressive muscle relaxation(PMR) เป็นเทคนิคในการลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วิธีการคือให้บุคคลหลับตา เกร็งคลายกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย โดยเริ่มทีละส่วนของร่างกาย จากขา ท้อง หน้าอก แขน และหน้าตามลำดับ ซึ่งในแต่ละส่วนร่างกายให้เกร็ง 10 วินาที แล้วผ่อนคลาย 20 วินาที ใช้เวลาประมาณครั้งละ 20-30 นาที 1.7) Autogenic training(AT) เป็นวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย และควบคุมการหายใจ แรงดันโลหิต การเต้นของหัวใจ และอุณหภูมิของร่างกาย เป็นการฝึกที่ใช้การจินตนาการและใช้คำพูด ที่ช่วยให้ร่างกายรู้สึกอบอุ่น หนัก และผ่อนคลาย บุคคลจะเรียนรู้แบบฝึก จากการอ่านหรือสังเกตครูฝึก จากนั้นฝึกปฏิบัติด้วยตนเองเป็นเวลาหลายๆ นาที หลายๆ ครั้งในแต่ละวัน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 4-6 เดือน ผลที่ได้รับ คือ AT ช่วยลดอาการไมเกรน ความดันโลหิตสูง หอบหืด โรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และนอนไม่หลับ 1.8) Diaphragmatic Breathing เป็นการหายใจโดยใช้การขยายตัวของท้องมากกว่าหน้าอก ซึ่งเป็นการกำหนดการเคลื่อนไหวของการหายใจที่จะนำไปสู่การตอบสนองทางร่างกาย เช่น ลดการใช้ออกซิเจน ลดชีพจร ลดความดันโลหิต เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าวิธีการนี้ช่วยลดความอ่อนล้าจากการเปลี่ยนถ่ายเซลล์ ลดความวิตกกังวล 1.9) การฝึกสมาธิ

2) แบบประเมินความเหมาสมของรูปแบบ เป็นข้อความและรายการให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับโดยมีเกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นการนำเอาคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน มาแปลงเป็นคะแนน

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบรูปแบบการให้คำปรึกษาต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ประสาน นัดวันเวลา กับผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม ไปขออนุญาตพบผู้ทรงคุณวุฒิ ด้วยตัวเองตามวันเวลาที่นัดหมาย พร้อมกับชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้พอสังเขป และชี้แจงการตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้นัดหมายเพื่อ ทราบวันเวลาในการมารับแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ตอบแบบสอบถามเรียบร้อยกลับคืนเพื่อดำเนินการต่อไป

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ผลการพิจารณาประเด็นการประเมินรูปแบบการให้คำปรึกษาต่อ

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการนำรูปแบบการให้คำปรึกษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจริงตามแผนที่วางไว้เป็นเวลา 18 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมการให้คำปรึกษา 18 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินผล ซึ่งผู้ร่วมวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 3 จำนวน 107 คน

3.1 ผู้ร่วมวิจัย ในระยะที่ 3 มีผู้ร่วมวิจัย ทั้งหมด 107 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้รับบริการสุขภาพจากการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประเภท 3 จำนวน 107 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต โดยจะถามถึงประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในช่วง ระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา

2) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบสอบถามเพื่อค้นหาอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3) แบบประเมินระดับวิตกกังวลของ สปิลเบอร์เกอร์ (1970) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ มีทั้งข้อที่มีความหมายเชิงลบ 13 ข้อ ข้อที่เป็นความหมายเชิงบวก 7 ข้อ

4) แบบสอบถามประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งแบบวัดนี้ ประกอบไปด้วยความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบวัดทั้งหมดไปใช้กับสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางกาย 30 รายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability test) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูล ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและ ความวิตกกังวล วิเคราะห์โดย ความถี่ ร้อยละ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ข้อมูลความสามารถในการประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลโรคเรื้อรัง วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบ ก่อและหลังให้คำปรึกษา โดยสถิติ Paired-Samples Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียงประเภท 3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 87 คนร้อยละ 78.50 เป็นเพศชายจำนวน 23 คนร้อยละ 21.50 มีอายุมากกว่า 51 ปี ร้อยละ 47.70 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.40 จบประถมศึกษาร้อยละ 51.41 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 51.40 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10000 บาท ร้อยละ 65.40 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น บุตรผู้ป่วยร้อยละ 33.60 เป็นสามี / ภรรยา ร้อยละ 27.10 เป็นญาติ (ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา)ร้อยละ 18.70 นอกนั้นจะเป็นบิดา/มารดา พี่ น้อง ร้อยละ 6.50 และอื่นๆอีก ร้อยละ 7.50

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลโรคเรื้อรัง

ด้าน	$\overline{X}$	S.D.	ความต้องการการดูแล
1. ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย	**3.78**	**0.67**	ปานกลาง
2.ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ	**3.33**	**0.68**	ปานกลาง
3. ความต้องการด้านการการดูแลสุขภาพ	**3.42**	**0.70**	ปานกลาง
4. ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ	**3.72**	**0.68**	ปานกลาง
5. ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้าน	**3.49**	**0.89**	ปานกลาง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการในการดูแลของผู้ดูแลโรคเรื้อรัง

ด้าน	$\overline{X}$	S.D.	ความต้องการการดูแล
6. ความต้องการด้านการเงิน	**3.54**	**0.89**	ปานกลาง
7. ความต้องการด้านการพักผ่อน	**3.09**	**0.84**	ปานกลาง
8. ให้มีการสอนวิธีการผ่อนคลายความเครียด	**3.21**	**1.01**	ปานกลาง
9. ให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากทีมโรงพยาบาล รพ.สต.และ อบต. ผู้นำชุมชน	**3.53**	**0.87**	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	**3.46**	**0.80**	ปานกลาง

จากตารางความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกด้านโดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.64, S.D.= 0.80) เมื่อพิจารณาความต้องการรายด้านพบตามลำดับคือความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.78, S.D.= 0.67) ความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ($\overline{X}$ = 3.72, S.D.= 0.68) ความต้องการด้านการเงิน($\overline{X}$ = 3.54, S.D.= 0.89) ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากทีม ($\overline{X}$ = 3.53, S.D.= 0.87) น้อยที่สุดคือการต้องการพักผ่อน($\overline{X}$ = 3.09, S.D.= 0.84)

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

รายการประเมิน	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
1.สภาพปัญหาและความจำเป็นของรูปแบบการให้คำปรึกษา	4.64	0.50	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมของแนวคิดของการให้คำปรึกษา	4.45	0.69	มาก
3. สอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ	4.45	0.52	มาก
4.เนื้อหาของรูปแบบการให้คำปรึกษา	4.45	0.52	มาก
5. การจัดเรียงลำดับเนื้อหา เข้าใจง่าย	4.45	0.52	มาก
6. เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติจริง	4.55	0.52	มากที่สุด

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

รายการประเมิน	$\overline{X}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
7.การฟังอย่างใส่ใจ LADDER	4.55	0.52	มากที่สุด
8..การระบายความรู้สึก	4.55	0.52	มากที่สุด
9. การให้กำลังใจ	4.64	0.50	มากที่สุด
10. การเสริมพลังอำนาจ	4.55	0.52	มากที่สุด
11. การสร้างความเข้มแข็งทางใจ	4.59	0.50	มากที่สุด
12. เทคนิคในการลดความเครียดและวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Progressive muscle relaxation(PMR)	4.64	0.50	มากที่สุด
13 การผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลายและควบคุมการหายใจ Autogenic training(AT)	4.55	0.52	มากที่สุด
14 .การหายใจโดยการขยายตัวของท้อง(Diaphragmatic Breathing)	4.64	0.50	มากที่สุด
15 .การฝึกสมาธิ	4.55	0.52	มากที่สุด
เฉลี่ยรวม	**4.55**	**0.51**	**มากที่สุด**

จากตารางพบว่า ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับ ความเหมาะสมของรูปแบบการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุดโดยที่มีค่าเฉลี่ย 4.55 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 0.51 เมื่อแยกรายด้าน พบว่าด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุดคือ สภาพปัญหาและความจำเป็นของรูปแบบการให้คำปรึกษา การระบายความรู้สึก และ การหายใจโดยใช้การขยายตัวของท้อง ซึ่งเป็นการกำหนดการเคลื่อนไหวของการหายใจ (Diaphragmatic Breathing) ($\overline{X}$ = 4.64, S.D.= 0.50) ด้านการเป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติจริง การใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ LADDER เทคนิคการระบายความรู้สึก การเสริมพลังอำนาจการผ่อนคลายด้วยตนเองโดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย และควบคุมการหายใจ Autogenic training(AT) การฝึกสมาธิ ($\overline{X}$ = 4.55, S.D.= 0.52) และการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ($\overline{X}$ = 4.59, S.D.= 0.50) ส่วนด้านที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ามีความ

เหมาะสมมากคือความเหมาะสมของแนวคิดของการให้คำปรึกษา ($\overline{X}$ = 4.45, S.D.= 0.69) ด้านความสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ด้านเนื้อหาของรูปแบบการให้ตำปรึกษา และด้านการจัดเรียงลำดับเนื้อหาเข้าใจง่าย ($\overline{X}$ = 4.45, S.D.= 0.52)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

ระดับคะแนนการประเมินความเครียด	ก่อนการให้คำปรึกษา			หลังให้คำปรึกษา		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
0 – 4 คะแนน	70	65.42	น้อย	107	100	น้อย
5 - 7 คะแนน	25	23.36	ปานกลาง	0	0	0
8 คะแนนขึ้นไป	12	11.21	มาก	0	0	0

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ระดับความเครียด	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		df	t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	.79	.48	.10	.18	106	19.12	.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 และ 4 พบว่าก่อนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรัง พบมีความเครียดในระดับมากจำนวน 12 คน ความเครียดปานกลาง 25 คน คิดเป็นร้อยละ 11.21 และ 23.6 9 ตามลำดับ ส่วนหลังการให้คำปรึกษาพบความเครียดระดับน้อยร้อยละ ร้อยของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้คำปรึกษาพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	ก่อนการให้คำปรึกษา			หลังการให้คำปรึกษา		
	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
น้อยกว่า 7 คะแนน	65	60.75	ไม่มีอาการ	107	100	ไม่มีอาการ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังการให้คำปรึกษา

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	ก่อนการให้คำปรึกษา			หลังการให้คำปรึกษา		
	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
7 - 12 คะแนน	35	32.71	น้อย	0	0	น้อย
13-18 คะแนน	3	2.80	ปานกลาง	0	0	ปานกลาง
19 คะแนน ขึ้นไป	4	3.74	รุนแรง	0	0	รุนแรง

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		df	t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	.64	.46	.02	.06	106	15.04	.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 และ 6 พบว่าก่อนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรัง พบมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจำนวน 4 คน ซึมเศร้าระดับปานกลาง 3 คน คิดเป็นร้อย 3.74 และ 2.80 ตามลำดับ ส่วนหลังการให้คำปรึกษาพบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ ร้อยมีค่าคะแนนน้อยกว่า 7 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังให้คำปรึกษาพบมีค่าเฉลี่ยของคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	ก่อนการให้คำปรึกษา			หลังการให้คำปรึกษา		
	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
0-19 คะแนน	0	0	ไม่วิตกกังวล	0	0	ไม่วิตกกังวล
20- 40 คะแนน	47	43.93	ต่ำ	90	84.11	วิตกกังวลต่ำ
40-60 คะแนน	60	56.7	ปาน	17	15.88	วิตกปาน

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า	ก่อนการให้คำปรึกษา			หลังการให้คำปรึกษา		
	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล	จำนวน	ร้อยละ	การแปลผล
			กลาง			กลาง
60-80คะแนน	0	0	สูง	0	0	วิตกสูง

ตาราง 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังก่อนและหลังให้คำปรึกษา

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		df	t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
	2.02	.35	1.76	.18	106	11.00	.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 และ 8 พบว่าก่อนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรัง พบมีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลาง 60 คน ระดับต่ำ 47 คน คิดเป็นร้อย 56.7 และ 43.93 ตามลำดับ ส่วนหลังการให้คำปรึกษาพบภาวะวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความวิตกกังวลระดับต่ำร้อยละ 84.11 วิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 15.88 และเมื่อเปรียบเทียบพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ความสามารถในการเผชิญปัญหา	ก่อนให้คำปรึกษา		หลังให้คำปรึกษา		df	t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
การแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียด	.65	.72	2.2	.69	106	20.51	.00
การบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียด	.62	.58	2.32	.53	106	26.13	.00
การประคับประคองความตึงเครียด	1.14	.48	2.05	.37	106	19.54	.00
การพึ่งพาตนเอง	1.76	.42	2.71	.33	106	21.72	.00
การเผชิญหน้ากับปัญหา	1.42	.46	2.30	.43	106	16.68	.00
การมองเหตุการณ์ในแง่ดี	1.61	.43	2.70	.27	106	22.59	.00
เฉลี่ยรวม	1.2	.42	2.38	.34	106	26.88	.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 พบว่าก่อนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรัง พบมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับพอใช้โดยมีค่าเฉลี่ย 1.2 ด้านการแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียดในระดับไม่ดีมีค่าเฉลี่ย 0.65 การบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียดในระดับไม่ดีมีค่าเฉลี่ย 0.62 การประคับประคองความตึงเครียดในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 1.14 การพึ่งพาตนเองความตึงเครียดในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 1.76 การเผชิญหน้ากับปัญหาความตึงเครียดในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 1.42 การมองเหตุการณ์ในแง่ดีในระดับพอใช้มีค่าเฉลี่ย 1.61 ตามลำดับ ส่วนหลังการให้คำปรึกษาพบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ย 2.38 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียดในระดับดี(2.2) การบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียดในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 2.32 การประคับประคองความตึงเครียดในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.05 การพึ่งพาตนเองความตึงเครียดในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 2.71 การเผชิญหน้ากับปัญหาความตึงเครียดในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.30 การมองเหตุการณ์ในแง่ดีในระดับดีมีค่าเฉลี่ย 2.70 หลังให้คำปรึกษาพบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 51 ปี ส่วนมากมี

อาชีพเกษตรกรรม การศึกษาในระดับประถมศึกษา และยังพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยถึงแม้ว่าผลการวิจัยจะพบความต้องการของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ชุนหบดีและคณะ[23] พบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องการด้านข้อมูลความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และยังสอดคล้องกับสมจิต พรมจันทร์และคณะ[24] พบการพัฒนาระบบการดูแลอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ ต้องมีการให้ข้อมูลความรู้ตลอดจนการอบรมฟื้นฟูสมรรถผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องการให้ผู้ป่วยรู้ว่าเขารักและเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยต้องให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยรู้คุณค่าของผู้ดูแล ต้องการได้รับการอภัยจากผู้ป่วยเมื่อทำผิดพลาด และต้องการเวลาในการการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจเมื่อเกิดอาการท้อแท้ ซึ่งสอดคล้องกับฤทัย แสนสี[25] พบว่าผู้ดูผู้ป่วยมีความต้องการประคับประคองจิตใจในระดับมากโดยเฉพาะต้องการได้รับความเป็นกันเองจากเจ้าหน้าที่รับฟังปัญหาในการดูแลผู้ป่วยความต้องการด้านการเงินระดับสูงอธิบายได้ว่าผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยและความช่วยเหลือในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ สอดคล้องกับการวิจัยของยศพร เหลืองโสมนภาและคณะ[26] การสนับสนุนเรื่องเงินทุนและความมั่นคงทางอาชีพ รายเป็นความต้องการมากที่สุดและนอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากทีมสุขภาพเพื่อประเมินและช่วยแบ่งเบาภาระของพวกเขาและสร้างความมั่นใจในการดูแล

สถานการณ์ความเครียดพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดเป็นประจำรู้สึก เบื่อเซ็ง (4.7%) รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวายและมีสมาธิลดลง 3 คน(2.8%) มีพบปัญหาการนอนหลับเป็นประจำ (1.9%) ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นบ่อยครั้งคือรู้สึกหงุดหงิดว้าวุ่นใจ ไม่อยากพบปะผู้คน (15 %) ส่วนภาวะเครียดที่เกิดขึ้นบางครั้งรู้สึกเบื่อ เซ็ง (70.1%) มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ มีสมาธิน้อยลง (55.1%) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี และคณะ[20] พบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ช่วยตนเองได้น้อยมีความเครียดเพราะผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องทำกิจกรรมให้เกือบทั้งหมด ผู้ดูแลต้องใช้เวลาดูแลมากขึ้นและการดูแลที่ยาวนานขึ้นสอดคล้องกับวัจนา ลีละพัฒนและสายพิณ หัตถีรัตน์[27] พบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา เป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลายาวนานในการดูแล ก่อให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ประกอบกับส่วนผู้ดูแลยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ติดเตียงน้อยโดยที่จากงานวิจัยพบผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลอยู่ระหว่าง 1-5 ปี เท่านั้นนอกจากนี้ผลวิจัยก่อนการให้คำปรึกษายังพบผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า ปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 6.54 และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับคำปรึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (X = 2.02, SD =0.35) และมีผลของค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับพอใช้ แสดงว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในระดับที่ปรับตัวจัดการกับการดูแลผู้ป่วยได้บ้างประกอบกับผู้ป่วยที่ดูแลมีระดับการพึ่งพาอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าก่อนการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้องรัง พบมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับไม่ดีถึงพอใช้ โดยเฉพาะด้านการแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียด อธิบายได้ว่าผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงการทำงานเดิมมาดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง และอีกทั้งจากงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลอยู่ในวัยแรงงาน ในผู้ดูแลที่มีความเครียดสูง ความกังวลสูง อาจจะมีผลกระทบส่งผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และการทำงาน จึงจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุข

รูปแบบให้คำปรึกษาที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วยการฟังอย่างใส่ใจ การระบายความรู้สึกการให้กำลังใจ การเสริมพลังอำนาจ การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การลดความเครียด และวิตกกังวลโดยใช้การเกร็งผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายด้วยตนเอง โดยการสั่งร่างกายให้รู้สึกผ่อนคลาย การหายใจโดยใช้การขยายตัวของท้องมากกว่าหน้าอก และการฝึกสมาธิ ดังที่หลุยส์ เกียร์รี่ที่ได้เสนอวิธีในการพัฒนาความสามารถการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคไว้ 10 วิธี และสอดคล้องกับรูปแบบการแก้ปัญหาแบบมีประสิทธิภาพที่เรียกว่า the

LEAD Consequence ซึ่งจะช่วยให้ตัดสินใจได้ดี มีความชัดเจน และแข็งแกร่งขึ้น นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา L = Listen to your CORE response เป็นการพูด หรือบอกให้ตัวเองได้รู้ว่า ขณะนี้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคใดขึ้นกับตัวเอง และต้องตอบสนองต่ออุปสรรคนั้นด้วยความเข้มข้นระดับใด จึงจะแก้ปัญหาหรืออุปสรรคได้ E = Explore all origins and ownership of the result เป็นการค้นหาว่าสิ่งใดคือต้นตอ สาเหตุของอุปสรรคที่เกิดขึ้น ระบุให้ชัดเจนว่า ตนเองทำสิ่งใดที่เฉพาะเจาะจงลงไป เพื่อให้สามารถทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ตัดสินใจว่าสิ่งใดอยู่ในความรับผิดชอบของเรา และสิ่งที่อยู่นอกเหนือความรับปิดชอบหรือการตัดสินใจของเรา A = Analyze the evidence คือ การวิเคราะห์ให้เกิดความชัดเจนโดยการหาหลักฐานหรือภาวะแวดล้อมมาสนับสนุนว่าสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมจริงๆ มีอะไรบ้าง อุปสรรคจะเข้ามาสู่ชีวิตอีกนานเท่าใด ทำอย่างไรจึงจะไม่ทำให้ปัญหาอยู่ในชีวิตนานจนเกินไป พร้อมทั้งวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในการแก้ไขและศักยภาพของตนเอง D = Do Something เป็นการเลือกวิธีการและลงมือดำเนินการเพื่อให้อุปสรรคอยู่กับเราให้น้อยที่สุด ด้วยการหาวิธีที่จะสามารถควบคุมไม่ให้อุปสรรคเข้ามามีบทบาทต่อชีวิต โดยใช้เวลาในการให้คำปรึกษา 18 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้าและค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะวิตกกังวลหลังให้คำปรึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) ส่วนความสามารถในการเผชิญปัญหาของพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลังการได้รับคำปรึกษาภาพรวมทุกด้านอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ย 2.38 ด้านการแก้ไขอารมณ์ความตึงเครียดในระดับดี (2.2) การบรรเทาอารมณ์ความตึงเครียด (2.32) การประคับประคองความตึงเครียด (2.05) การพึ่งพาตนเองความตึงเครียด(2.71) การเผชิญหน้ากับปัญหาความตึงเครียด(2.30) การมองเหตุการณ์ในแง่ดี (2.70) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังให้คำปรึกษาพบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถทำให้ผู้ดูแล ได้ฝึกและเรียนรู้ทักษะการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของตนเองให้มีความเหมาะสม โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีผู้ให้คำปรึกษาตามรูปแบบ 9 ขั้นตอน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุวรรณา มหาณรงค์ชัย[28] ที่ศึกษาผลของกลุ่มตามแนวเหตุผล อารมณ์พฤติกรรมที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาหลังการทดลองนักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับเจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ [29] พบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาหลังการทดลองคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษาสูงขึ้น กิติยา สุขพินิจ[30] ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ และการปรับตัวทางสังคมสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้ เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาตนเองได้อย่างมั่นใจ และสามารถพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตได้และรูปแบบการให้คำปรึกษานี้ยังสอดคล้องกับวิทยา นาควัชระได้เสนอแนวคิดในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคคือการคิดว่า ความอดทน จะสามารถทนต่ออุปสรรค และความคับแค้นใจได้ เมื่อพบเจออุปสรรคต้องอดทน การสร้าง ”ความภาคภูมิใจในตัวเองตามความเป็นจริงให้ได้ “ ด้วยการรู้จักค้นหาและชื่นชม “ความดีพื้นฐาน” ของตนเองให้ได้ การรู้จักสร้างจินตนาการหรือความเชื่อที่ดีๆ เสมอ เช่น เชื่อว่าอุปสรรคที่มีอยู่ลดลง หรือจะสามารถแก้อุปสรรคได้ โดยคิดซ้ำเพื่อให้เกิดความเชื่อ เมื่อเราเชื่อว่าชีวิตนี้จะดีขึ้นในอนาคตแล้วเราจะเกิดกำลังใจ เกิดพลังในการอดทนรอคอยวันดีๆและสิ่งดีๆจะเกิดความคิดสร้างสรรค์ที่ดีต่อไป รู้จักพัฒนาความเชื่อให้เกิดความเป็นไปได้ โดยคิดว่า การที่เราจะมีชีวิตที่ดีนั้น เราต้องเปลี่ยนแปลงตัวเองบางอย่าง ให้เหมาะสมขึ้นดีขึ้น โดยการลดสิ่งที่ไม่ดีในตัวออกไป เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมได้ดี สามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้ดีขึ้น ในส่วนของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีความเครียด ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับที่พอใช้ได้

หรือมีปัญหาด้านจิตใจในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเองและยังสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆได้อย่างเหมาะสมก็ยังจะต้องป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ในอนาคตเช่นเดียวกัน ในกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลางหรือสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ คับข้องใจและยังทำใจยอมรับการเป็นผู้ดูแลที่ยาวนานไม่ได้ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา บุคลากรด้านสาธารณสุขควรให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำตามรูปแบบการให้คำปรึกษา 9 ขั้นตอน ที่พัฒนาขึ้นหรือได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดด้วยการพูดคุยหรือปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิดเพื่อระบายความรู้สึกหรือคลี่คลายที่มาของปัญหาหรือใช้หลักการทางศาสนาเพื่อคลายความกังวลหรือหาแนวทางในการดูแลที่เหมาะเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดที่รุนแรงและนำไปสู่การเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล ภาระของผู้ดูแลเพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาเพื่อเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวที่เหมาะสม

2. กลุ่มตัวอย่างที่ยังพบความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ ควรมีการส่งทีมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและให้การดูแลช่วยเหลือประคับประครองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการเผชิญปัญหา รวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1 ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ http://k4ds.psu.ac.th/ncd/ เข้าถึงเมื่อ **20 สิงหาคม 2561**

2. Bentzen N, editor. WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee; **2003**

3. World Health Organization. Chronic diseases and their common risk factors. Geneva, Switzerland; **2005.**

4. World Economic Forum. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva, Switzerland; 2011.

5. Allison S, et al. Active carers: Living with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Palliat Nurs. **2008; 14(8): 368-72.**

6. Hafsteinsdottir T B, et al. Education needs of patients with stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. Patient Ed Counsel. **2010; 12:1-10.**

7. Younhmee K, & Ratche LS. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative's cancer diagnosis. Psycho-Oncol. **2009; 19: 431-40**

8. Jean-Philippe, R. Ranjit, N, & Christopher C. Caregiver burden among nocturnal home hemodialysis patients. Hemodialysis Int. **2012; 16(2): 214-9.**

9. Berg, D. The hidden client' women caring for husband with COPD: Their experience of quality of life. J Clin Nurs; **2002 11(5), 613-21.**

10. Smith CE, Piamjariyakul U, Yardrich D M, Ross V M, Gajewski B, & William A R. Complex home care: Part3-Economic impact on family caregiver quality of life and patients' clinical outcome. Nursing Economics. **2012; 28(6): 393-414.**

11. Jung-Won L, & Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review of caregiver literature. Health Qual life Outcome. **2012; 34: 147-56.**

12. Shiouh-Chu S, Hengh-Sin T, & Shu-Yuan L. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. J Nurs Schol. **2012; 44(3), 223-31.**

13. Nijboer C, Tepelaar R, Triemstra M, & Van den Bos, GA. (2001). The role of social and psychological resources in caregiving of cancer patients. Cancer. **2001; 91:1029-39.**

14. Schoenmakers B, Buntinx F, & Delepeleire L. Factor determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia: A systematic literature review. Maturitas. **2010; 9: 191-200.**

16. Hall, M. J. and Docherty, N.M. (2000) Parent coping styles and Schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. Family Process 39:435-444.

17. เวทินี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และ เปรมฤทัย ศรีจันหล้า.ยุทธวิธี ในการดูแล บุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ .วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย. **2544.**

18. สายใจ ก้าวอนันตคุณ.ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา .วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. **2548.**

19. Liu Wei-feng, Zang Wei-min, Huang Run-quan. Research on the coping style and its related factors in caregivers of patients with schizophrenia. Journal of Clinical Nursing . **2010; 18: 311-319.**

20. Galand, L.M. and Bush,C.TCoping Behavior and Nursing. Virginia:Reston Publishing**, 1982.**

21. Lazarus, R.S. and Folkman,S. Stress Appraisal and Coping. New York:Springer Publishing Company, **1984.**

22. จารุวรรณ จินดามงคล. ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต้องความสามารถในการ เผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท .วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, **2541.**

23. อรุณี ชุนหบดี. และคณะ. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี. **2556; 24(1): 1-7.**

24. สมจิต พรมจันทร์.และคณะ การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. **2558; 2(1): 37-51.**

25. ฤทัย แสนสี. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, **2549.**

26. ยศพล เหลืองโสมนภาและคณะ. คุณภาพชีวิต ปัญหาและความต้องการของ ผู้พิการในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 28(2): 98-109.

27. วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิณ หัตถีรัตน์. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. **2558.** สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2560 http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/article_4

28. สุวรรณา มหณรงค์ชัย ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามแนวเหตุผล อารมณ์ พฤติกรรม และการปฏิบัติธรรมที่มีต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง. **2546.**

29. จนจิรา เกียรติสินทรัพย์ ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถการเผชิญ ปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, **2548.**

30. กิติยา สุขพินิจ. การให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์ส เพื่อพัฒนาอัตมโนทัศน์และการปรับตัวทางสังคม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ที่มีความสามารถในการ ปรับตัวทางสังคมต่ำ .วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **2547.**

การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร

Development of Academic Affair With Effectiveness Administration Model Private schools Affiliated With Under Sakon Nakhon Primary Educational Service Area

วิภาภรณ์ สร้อยคำ[1], วาโร เพ็งสวัสดิ์[2], พิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์[3]

Wipaporn Soykam[1], Waro Phengsawat[2], Pisut Kitisriworapan[3]

(Received: February 25 ,2019 ; Accepted: March 21 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 366 คนได้แก่ ผู้บริหาร จำนวน 67 คน ครูวิชาการจำนวน 67 คน และครูผู้สอน จำนวน 232 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ขอบข่ายของการบริหารงานวิชาการ มี 8 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตรของสถานศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ สื่อการเรียนการสอน การวัดผลและประเมินผลการศึกษา การนิเทศการศึกษา การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา และการวิจัยและการพัฒนาส่วนกระบวนการบริหารงานวิชาการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Do) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบประเมินผล (Check) และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง/ นำไปใช้(Action) ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนเอกชน มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านผู้บริหาร ด้านครูและบุคลากร ด้านสภาพทั่วไป/ สภาพแวดล้อม และด้านชุมชน 2) ผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่า โดยรวมมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือกระบวนการบริหารงานวิชาการตามวงจรคุณภาพ ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการ ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ

คำสำคัญ : การบริหารงานวิชาการ, ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการ

Abstract

The objectives of this study were to develop and assess the academic affairs administration model for private schools under the Primary Educational Service Area Offices in Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of 366 persons, namely 67 school directors, 67 academic teachers and 232 teachers. A 5-level rating scale questionnaire was a tool of choice in this study. Statistics implemented in data analysis were percentage, mean and standard deviation.

The study found that: 1) The author's effective academic affairs administration model for private schools under the Primary Educational Service Area Offices in Sakon Nakhon Province comprised 8 scopes in academic affairs administration, namely school curriculum development, learning process development, instructional media, measurement and evaluation, educational supervision, learning resources development, internal quality assurance system and research and development. There were 4 steps of academic affairs administration process according to PDCA quality cycle, which were as follows: step 1 planning (Plan); step 2 implementation (Do); step 3 checking and assessment (Check) and step 4 Improvement and application (Action). The effectiveness of academic affairs administration in private schools consisted of 4 factors, namely directors, teachers and personnel, general conditions/environment and community. 2) From the assessment, the overall appropriateness and possibility of the author's effective academic affairs administration model for private schools under the Primary Educational Service Area Offices in Sakon Nakhon Province was at a high level. Each scope also had appropriateness and possibility at a high level and their importance could be prioritized from the highest to the lowest as follows: PDCA quality cycle academic affairs administration process, academic affairs administration effectiveness and scope of academic affairs administration.

[1] นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชานวัตกรรมการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[2,3] อาจารย์ภาควิชานวัตกรรมการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

บทนำ

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เป็นกระแสแห่งความเป็นโลกาภิวัตน์ (Globalization) เป็นสังคมที่ต้องอาศัยความรู้ (Knowledge Based Society) และเศรษฐกิจฐานความรู้ (Knowledge Based Economy) ซึ่งมีผลให้การบริหารจัดการศึกษาไทยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการแข่งขันและความมุ่งมั่นตามความคาดหวังของสังคม ดังนั้นในกระบวน การบริหารจัดการจึงต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานภาพการณ์ ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ผู้บริหารจะต้องสนใจใฝ่รู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะทำให้การบริหารจัดการขององค์กรอยู่รอด บังเกิดผลดีและบรรลุตามวัตถุประสงค์ [1] การศึกษาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทุกประเทศใช้เป็นนโยบายหลักสำหรับในการพัฒนาประเทศ เพราะการศึกษาเป็นเครื่องมือหนึ่งใน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและประเทศชาติโดยตรง สำหรับประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมาประสบกับปัญหาด้านการศึกษาหลายประการ ปัญหาบางอย่างได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ปัญหาบางอย่างแม้ว่าปรับปรุงแก้ไขแล้ว แต่ก็ยังไม่หมดไป จำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงอยู่เป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ที่ผ่านมาเราจะได้ยินคำว่า “การปฏิรูปการศึกษา” ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงหรือพัฒนาการศึกษาให้ดีขึ้นจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูปการศึกษาครั้งสำคัญ โดยมีบทบัญญัติกำหนดปรัชญา แนวคิด และกรอบการดำเนินการในเรื่องการบริหารจัดการศึกษาเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิรูปการศึกษาทั้งระบบ ซึ่งมีจุดหมายหลักในการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพ และเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ คุณธรรมและจริยธรรมในการดำรงชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข [2]

การศึกษาเอกชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการจัดการศึกษาเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคนในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการแข่งขันทางเศรษฐกิจ การแก้ไขปัญหาสังคม เศรษฐกิจ การเมืองหรือการพัฒนาด้านต่าง ๆ และภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาได้ช่วยเสริมในส่วนที่ภาครัฐดำเนินการไม่ทั่วถึง ช่วยสร้างความหลากหลายในด้านรูปแบบและวิธีการจัดการศึกษา ทำให้เกิดการศึกษาทางเลือกต่าง ๆ ที่ภาคเอกชนช่วยเติมเต็มการเรียนรู้ให้กับเด็กและเยาวชน ดังนั้นการพัฒนาการศึกษาเอกชน จึงเป็นสิ่งสำคัญของการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็งและแข่งขันในเวทีโลก [3] การจัดการศึกษาเอกชนได้มีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระของภาครัฐได้เป็นอย่างมาก ในขณะที่นักเรียนโรงเรียนเอกชนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูงสะท้อนให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ในการจัดการศึกษาสถานศึกษาเอกชน เป็นหน่วยงานที่สำคัญในการแบ่งเบาภาระด้านการจัดการศึกษาของภาครัฐ ด้านการจัดการศึกษาในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับปฐมวัยไปถึงอุดมศึกษาตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พุทธศักราช 2525 แก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2538 ที่กล่าวว่าให้สถานศึกษาเอกชนเปิดทำการสอนได้ทุกระดับเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการลงทุนในด้านการจัดการศึกษาของรัฐบาล และพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พุทธศักราช 2550 ได้กำหนดหลักการบริหารการจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล และมีคณะกรรมการการบริหารเพื่อทำหน้าที่บริหารและจัดการศึกษาโรงเรียนเอกชนให้มีความเป็นอิสระโดยมีการกำกับติดตามการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาเช่นเดียวกับสถานศึกษาของรัฐ นอกจากนี้รัฐพร้อมให้การสนับสนุนด้านเงินอุดหนุนและสิทธิประโยชน์อย่างอื่นรวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่สถานศึกษาเอกชน[4]

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร โดยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสรุปองค์ประกอบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารวิชาการที่มีประสิทธิผล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ การบริหารโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร

2. เพื่อตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูวิชาการและครูผู้สอนในโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ปีการศึกษา 2558 จำนวนทั้งสิ้น 1,228 คน (ข้อมูลจากงานสารสนเทศ กลุ่มนโยบายและแผน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร) จำแนกเป็นผู้บริหาร จำนวน 67 โรงเรียน จำนวน 98 คน ครูที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มบริหารวิชาการของโรงเรียน จำนวน 67 โรงเรียน ครูผู้สอน รวมทั้งสิ้น 1,063 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน และครูในโรงเรียนเอกชน สังกัดสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ปีการศึกษา 2558 จำนวน 366 คน จำแนกเป็น ผู้บริหารโรงเรียนเอกชน จำนวน 67 คน ครูที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มบริหารวิชาการของโรงเรียนเอกชน จำนวน 67 คน และครูผู้สอนในโรงเรียนเอกชน จำนวน 232 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนครเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และผู้เชี่ยวชาญ โดยมีเกณฑ์ค่าดัชนี 0.5 ขึ้นไป ซึ่งผลการประเมินค่า ความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.33-0.84 และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร และใช้การทดสอบเพื่ออ้างอิงค่าเฉลี่ยไปยังกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ของคะแนนความคิดเห็นในรูปแบบแต่ละข้อและต้องมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) อย่างน้อย 3.51 ขึ้นไป

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่า ขอบข่ายงานวิชาการของโรงเรียนเอกชน มี 3 องค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

1.1 องค์ประกอบที่ 1 การบริหารงานวิชาการในโรงเรียนเอกชน ตามขอบข่ายงานวิชาการ 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาหลักสูตรของสถานศึกษา 2) การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ 3) สื่อการเรียนการสอน 4) การวัดผลและประเมินผลการศึกษา 5) การนิเทศการศึกษา 6) การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ 7) การพัฒนาระบบประกันคุณภาพในสถานศึกษา และ 8) การวิจัยและการพัฒนา

1.2 องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการบริหารงานวิชาการเป็นขั้นตอนการดำเนินการบริหารงานวิชาการ ตามวงจรคุณภาพ (PDCA) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินตามแผน (Do) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) และ ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Act)

1.3 องค์ประกอบที่ 3 ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนเอกชนมีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้บริหาร 2) ปัจจัยด้านครูและบุคลากร 3) ปัจจัยด้านสภาพทั่วไป/ สภาพแวดล้อม และ 4) ปัจจัยด้านชุมชน

2. ผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่

การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและองค์ประกอบของรูปแบบจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ กระบวน การบริหารงานวิชาการ ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนเอกชน ขอบข่ายงานวิชาการที่ส่งผลต่อการบริหารงานวิชาการ สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กระบวนการบริหารวิชาการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผน (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการวางแผน (Plan)

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในแต่ละด้าน พบว่า

2.2.1 ด้านผู้บริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้บทบาทการพัฒนาสถานศึกษา บทบาทในการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อการบริหารงานวิชาการด้านวิชาการบทบาทการพัฒนาความเป็นผู้นำทางวิชาการตามลำดับ

2.2.2 ด้านครูและบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้คุณภาพการสอนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามลำดับ

2.2.3 ด้านสภาพทั่วไป/ สภาพแวดล้อม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ สภาพแวดล้อมทางด้านสังคมสภาพแวดล้อมทางด้านจิตภาพ สภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพตามลำดับ

2.2.4 ด้านชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ การมีส่วนร่วมอาชีพและการศึกษาสภาพเศรษฐกิจครอบครัวตามลำดับ

2.3 ชอบข่ายที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในแต่ละด้าน พบว่า

2.3.1 ด้านการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดให้มีวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานของกระทรวงศึกษาธิการมีการจัดทำหลักสูตรที่มุ่งเน้นพัฒนานักเรียนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา มีความรู้และคุณธรรม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขมีการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรขึ้นใช้เองให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และเป็นต้นแบบให้กับโรงเรียนอื่นมีการเพิ่มเติมเนื้อหาสาระของรายวิชาให้สูงและลึกซึ้งมากขึ้นสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ การศึกษาด้านศาสนา ดนตรี นาฏศิลป์ กีฬา การศึกษาที่ส่งเสริม ความเป็นเลิศ ผู้บกพร่อง พิการและการศึกษาทางเลือกมีการเพิ่มเติมเนื้อหาสาระของรายวิชาที่สอดคล้องสภาพปัญหา ความต้องการของผู้เรียน ผู้ปกครอง ชุมชน สังคมและโลกตามลำดับ

2.3.2 ด้านการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่องมีการประสานความร่วมมือกับบิดามารดาและบุคคลในชุมชนทุกฝ่าย เพื่อร่วมกันพัฒนาผู้เรียนตามศักยภาพจัดการเรียนการสอน โดยผสมผสานสาระความรู้ด้านต่างๆ อย่างได้สัดส่วนสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงามและคุณลักษณะอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชามีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สอนสามารถจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม สื่อการเรียน และอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้มีการจัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลมีการฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาศึกษาค้นคว้าพัฒนารูปแบบหรือการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่ก้าวหน้า เพื่อเป็นผู้นำการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับสถานศึกษาอื่นตามลำดับ

2.3.3 ด้านสื่อการเรียนการสอน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการพัฒนาบุคลากรในสถานศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีเพื่อการศึกษามีการพัฒนาและใช้สื่อและเทคโนโลยีทางการศึกษาโดยมุ่งเน้นการพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีทางการศึกษาที่ให้ข้อเท็จจริงเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกิดขึ้นมีการจัดให้มีการร่วมกันกำหนดนโยบายวางแผนในเรื่องการจัดหาและพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาของสถานศึกษาการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
การปฏิบัติงานของบุคลากรในการจัดหา ผลิตใช้และพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีทางการศึกษามีการจัดตั้งเครือข่ายทางวิชาการ ชมรมวิชาการเพื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาพัฒนาห้องสมุดของสถานศึกษาให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของสถานศึกษา และชุมชนตามลำดับ

2.3.4 ด้านการวัดผลและประเมินผลการศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ผู้บริหารสถานศึกษาอนุมัติผลการประเมิน การเรียนด้านต่าง ๆ รายปี/รายภาคและตัดสินผลการเรียนการผ่านช่วงชั้นและจบการศึกษาขั้นพื้นฐานจัดให้มีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดและประเมินผลมีการกำหนดระเบียบการวัดและประเมินผลของสถานศึกษาตามหลักสูตรสถานศึกษาโดยให้สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศมีการจัดทำเอกสารหลักฐานการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบการวัดและประเมินผลของสถานศึกษามีการวัดผล ประเมินผล เทียบโอนประสบการณ์ผลการเรียนและอนุมัติผลการเรียนมีการจัดให้มีการประเมินผลการเรียนทุกช่วงชั้น และจัดให้มีการซ่อมเสริมกรณีที่มีผู้เรียนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินจัดระบบสารสนเทศด้านการวัดผลประเมินผลและการเทียบโอนผลการเรียนเพื่อใช้ในการอ้างอิงตามลำดับ

2.3.5 ด้านการนิเทศการศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการสร้างความตระหนักให้แก่ครูและผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจกระบวนการนิเทศภายใน มีการจัดการนิเทศภายในสถานศึกษาให้มีคุณภาพ ทั่วถึงและต่อเนื่องเป็นระบบมีการจัดระบบนิเทศภายในสถานศึกษาให้เชื่อมโยงกับระบบนิเทศการศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตามลำดับ

2.3.6 ด้านการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดระบบแหล่งการเรียนรู้ภายในโรงเรียนให้เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียนมีการจัดระบบข้อมูลแหล่งการเรียนรู้ในท้องถิ่นให้เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียนของสถานศึกษาของตนเองมีการจัดให้มีแหล่งเรียนรู้อย่างหลากหลายทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษาให้พอเพียงเพื่อสนับสนุนการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองกับการจัดกระบวนการเรียนรู้มีการส่งเสริมให้ครูและผู้เรียนได้ใช้แหล่งเรียนรู้ ทั้งในและนอกสถานศึกษาเพื่อพัฒนาการเรียนรู้และนิเทศ กำกับติดตาม ประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามลำดับ

2.3.7 ด้านการพัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดทำแผนสถานศึกษาที่มุ่งเน้นคุณภาพการศึกษา (แผนกลยุทธ์/ แผนยุทธศาสตร์)มีการจัดทำรายงานคุณภาพการศึกษาประจำปี (SAR) และสรุปรายงานประจำปี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน เสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดและเผยแพร่ต่อสาธารณชนมี การจัดระบบบริหารและสารสนเทศ โดยจัดโครงสร้างการบริหารที่เอื้อต่อการพัฒนางานและการสร้างระบบประกันคุณภาพภายในจัดระบบสารสนเทศให้เป็นหมวดหมู่ ข้อมูลมีความสมบูรณ์ข้อมูลเป็นปัจจุบันมีการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษาตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อรองรับการประเมินคุณภาพภายนอกมีการตรวจสอบและทบทวนคุณภาพการศึกษา โดยดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่องด้วยการสนับสนุนให้ครู ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีการกำหนดมาตรฐานการศึกษาเพิ่มเติมของสถานศึกษาให้สอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษาชาติ มาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐาน มาตรฐานสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและความต้องการของชุมชนมีการดำเนินการตามแผนพัฒนาสถานศึกษาในการดำเนินโครงการ/ กิจกรรมสถานศึกษาต้อง

สร้างระบบการทำงานที่เข้มแข็งเน้นการมีส่วนร่วมและวงจรการพัฒนาคุณภาพของ เดมมิ่ง (Deming Cycle) ตามลำดับ

2.3.8 ด้านการวิจัยและการพัฒนาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการทำงานของนักเรียน ครูและผู้เกี่ยวข้องกับการศึกษามีการพัฒนาคุณภาพการศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยมีการรวบรวม และเผยแพร่ผลการวิจัยเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการศึกษา รวมทั้งสนับสนุนให้ครูนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อพัฒนา การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาการพัฒนาครูและนักเรียนให้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นสำคัญในการเรียนรู้ที่ซับซ้อนขึ้นทำให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิด การจัดการ การหาเหตุผลในการตอบปัญหา การผสมผสานความรู้ แบบสหวิทยาการและการเรียนรู้ในปัญหาที่ตนสนใจตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนครรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ กระบวนการบริหารงานวิชาการ และ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชวัลลักษ์ รติวรภัทรกุล (2559)[5] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ขอบข่ายงานวิชาการที่ต้องพัฒนา กระบวนการบริหารงานวิชาการ และประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการ เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน ต้องใช้รูปแบบที่เน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้การบริหารงานวิชาการประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ เป็น การดำเนินงานในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับ การเรียนการสอนและปรับปรุงการเรียนการสอนให้ดีขึ้นตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผนการพัฒนาการเรียนการสอนการวัดประเมินผลเพื่อให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายหลักสูตรในระดับชาติระดับสถานศึกษาและจุดมุ่งหมายของการศึกษาระดับชาติ ซึ่งการที่จะบรรจุจุดมุ่งหมายในระดับต่างๆ ได้นั้นงานวิชาการจะต้องมีขอบข่ายงานในการนำไปปฏิบัติงานวิชาการถือว่าเป็นงานหลักของสถานศึกษาเนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการพัฒนานักเรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับประวิทย์ อ่อนแก้ว (2548)[6] ที่กล่าวไว้ว่า การบริหารงานวิชาการ เป็นการบริหารกิจกรรมทุกชนิดในสถานศึกษาหรือโรงเรียนเพื่อส่งเสริม ปรับปรุง พัฒนาการเรียนการสอน ให้ได้ผลดีตามเป้าหมายของหลักสูตร และมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้เรียน โดยมีผู้บริหารเป็นผู้ให้คำแนะนำ และเป็นผู้ประสานงานให้ทุกคนทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดบริหารเกี่ยวกับการเรียนการสอน เป็นการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก และการส่งเสริมการจัดหลักสูตรและโปรแกรมการศึกษาให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ และการวัดผลประเมินผล พัฒนา วิภา ทองหงำ (2554)[7] ได้กำหนดขอบข่ายงานวิชาการ ไว้ดังนี้การบริหารและการพัฒนาหลักสูตร บทบาทและหน้าที่ของผู้บริหารงานวิชาการ การจัดงานวิชาการในสถานศึกษา การพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้นักเรียนกับการเรียนรู้การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาสื่อและนวัตกรรม การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษา การนิเทศภายในสถานศึกษา การวัดและประเมินผล การประกันคุณภาพการศึกษาการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิชาการ

1.2 กระบวนการบริหารงานวิชาการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นขั้นตอนการดำเนินการบริหารงานวิชาการประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินตามแผน (Do) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check)

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Act) ซึ่งผู้บริหารสถานศึกษาควรจะใช้หลักวิทยาศาสตร์และหลักวิชาการ โดยใช้วิธีแก้ปัญหาเชิงระบบภายใต้ความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนพัฒนาได้ โดยใช้ระบบ PDCA ของ Deming คือ บุคลากรทุกคนร่วมวางแผน (Plan) ร่วมปฏิบัติ (Do)ร่วมตรวจสอบ (Check) และร่วมปรับปรุงพัฒนา (Action) รวมถึงการใช้เทคนิคเชิงบูรณาการกับกระบวนการดังกล่าว โดยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรรวมถึงพยายามให้บุคลากรปฏิบัติงานให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงในด้านปฏิรูปการเรียนรู้หลักสูตร และระบบการบริหาร นอกจากนั้นผู้บริหารควรเปิดใจกว้าง มีวิสัยทัศน์ต่อการเปลี่ยนแปลง โดยยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีวิสัยทัศน์ในเรื่องการจัดการศึกษาตามแนวพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ สามารถแก้ปัญหาโดยใช้วิจารณญาณภายใต้ข้อมูล ความมีเหตุผลและใช้วิธีปรึกษาหารือร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาข้อยุติร่วมกันซึ่งกระบวนการบริหารดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของ สุเทพ เชาวลิต (2548)[8] กล่าวว่า ไม่ว่าเราจะบริหารกิจการใด ๆ เราจะหลีกหนีไม่พ้น ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ในการทำงานดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Do)ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Action) เช่นเดียวกับ บุญเพ็ง กุละนาม (2550) กล่าวว่า วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบ แต่วงล้อ PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับสูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ปัจจุบันทั้งแรงงานปฏิบัติการ แรงงานที่มีความรู้และผู้บริหารชาวไทยส่วนใหญ่จะรู้จัก PDCA มากขึ้นกว่าอดีต ถึงแม้จะไม่เข้าใจรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์แต่ก็ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและเห็นผลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่งานจะประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ร่วมงาน มุ่งมั่นต่ออุปสรรคอย่างไม่ย่อท้อ เปิดใจเรียนรู้อย่างเสมอพัฒนาตนเองและกลุ่มอยู่ตลอดเวลา

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย

1.3.1 ด้านผู้บริหาร ซึ่งผู้บริหารเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบและเสียสละเพื่อพัฒนางานวิชาการทุ่มเทเสียสละและมีศรัทธาที่แรงกล้าในการบริหารงานวิชาการให้ได้ผลตามเป้าหมายนอกจากนี้ยังสามารถแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำที่บริหารงานด้วยหลักเหตุและผลที่ดีเพื่อให้บุคลากรได้ปฏิบัติตามมีความเป็นนักประชาธิปไตยยอมรับความคิดเห็นศักยภาพความรู้และความสามารถที่แตกต่างกันของบุคลากรในโรงเรียนเพื่อให้การบริหารงานวิชาการของโรงเรียนบรรลุเป้าหมายมีประสิทธิผลในการบริหารงานวิชาการอันเนื่องมาจากผู้บริหารที่ได้รับ การคัดสรรมาอย่างดีสามารถสร้างศรัทธาแก่ผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ปิติชาย ตันปิติ (2547)[9]ได้กล่าวว่า ผู้บริหารสถานศึกษาเป็นผู้นำวิชาชีพในโรงเรียนที่ทำงานร่วมกับคณะกรรมการโรงเรียนและต้องให้วิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและทิศทาง แก่โรงเรียนในการที่จะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ทางการบริหาร รับผิดชอบต่อหน้าที่ด้านวิชาการด้วย มีการปรับปรุงคุณภาพการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ยกระดับมาตรฐานการเรียนการสอนให้โอกาสการเรียนรู้ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน รับผิดชอบการพัฒนานโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ รับผิดชอบต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และ Gibb (1969)[10] กล่าวถึงความสำคัญของปัจจัย ด้านผู้บริหารว่า คนเราต้องมีการนำเอาความสามารถไปแสดงออกไปให้ได้ดีที่สุดภายใต้การนำของผู้นำที่มีความสมารถมีความคิดริเริ่ม มีจินตนาการ มีความคิดที่ก้าวหน้ารวมทั้งมีความรับผิดชอบที่จะพยายามก่อให้เกิดพลังร่วมในการปฏิบัติงาน กระตุ้นให้มีการดำเนินการให้เป็นไปตามแนวคิดที่กำหนดไว้ ประสานพลังต่าง ๆ เข้าด้วยกัน สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับบุคคลในหน่วยงานในหน่วยงานทำให้หน้าที่เป็นต้นแบบในการใช้พลังเหล่านั้น ซึ่งผู้บริหารหรือผู้นำนั้นเป็นเอกลักษณ์ของหน่วยงาน ผู้บริหารที่ดีต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน พยายามทำตัวให้เป็นที่เลื่อมใสศรัทธาของผู้ร่วมงาน หรือผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างแท้จริง ประสิทธิภาพและความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการ อาทิ ความรู้ ความเข้าใจในหลักการบริหาร รวมทั้งประสบการณ์ของผู้บริหาร

1.3.2 ด้านครูและบุคลากรซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้เรียนมีความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อหน้าที่การจัดการเรียนการสอนมีความอดทนและความเสียสละในการจัดการเรียนการสอนได้รับการส่งเสริมและมีแรงจูงใจในการนำประสบการณ์ด้านการสอนมาพัฒนาการเรียนการสอนและศรัทธาในวิชาชีพที่จะทำหน้าที่ให้เพื่อความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการของลูกศิษย์และปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมแก่ศิษย์ทำให้ครูมีกำลังใจและเต็มใจที่จะทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดของ อัครพงศ์ เทพิน (2556)[11] ที่กล่าวว่าครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการสร้างบรรยากาศทั้งจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางบุคคล ทั้งนี้ ครูซึ่งเป็นบุคคลที่คอยดูแลเด็กในขณะอยู่โรงเรียน จะต้องมีความสามารถในการจัดกิจกรรมมีทักษะในการสื่อสาร มีบุคลิกภาพที่อบอุ่น มีความเมตตา รักเด็ก ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นมีความสนุกสนานเมื่อมาโรงเรียน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและสติปัญญาของนักเรียนให้เจริญเติบโตเหมาะสมกับวัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุดาพร ทองสวัสดิ์และสุจิตรา จรจิตร (2556) [12] กล่าวว่า ปัจจัยด้านครูที่มีประสิทธิภาพและเอื้อต่อความสำเร็จในการบริหารสถานศึกษาที่ดีจะต้องมีชีวสังคมที่ดี และมีความเป็นมืออาชีพในด้านการสอนรวมทั้งมี การบริหารการสอนที่ดีด้วยการจัดกระบวนการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการสอนและการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนการสอนผู้เรียนและกระตุ้นให้ผู้ปกครองมามีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการเรียนการสอน

1.3.3 ด้านสภาพทั่วไป/ สภาพแวดล้อมเป็นสภาวะอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนแล้วส่งผลถึงความรู้สึกของบุคคล เป็นสภาพการณ์ที่ไม่อาจมองเห็นหรือจับต้องได้แต่เป็นภาพสะท้อนทางความรู้สึกของบุคคลการจัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ดีของโรงเรียนจะมีส่วนในการเสริมสร้างความคิด จิตใจและคุณธรรมต่าง ๆ อันพึงประสงค์ได้ โรงเรียนที่สะอาด สดชื่น ร่มรื่น เรียบง่าย สงบแจ่มใส มีชีวิตชีวาวัสดุอาคารสถานที่ที่ได้รับการดูแลมีความเป็นปัจจุบันพร้อมที่จะให้ครูและนักเรียนได้ใช้ตลอดเวลาย่อมจะทำให้ครูและนักเรียนได้รับอิทธิพล ทำให้เป็นคนละเอียดอ่อน จิตใจแจ่มใสรักสวยรักงาม รักความสะอาด รักความสงบ เรียบง่าย ทำให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นไปด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ เจษฎา จันทรัตนา (2552)[13]; วนันพรณ์ ชื่นพิบูลย์(2552)[14]; วีระเทพ เนียมหัตถี (2553)[15] และอรพันธุ์ ประสิทธิ์รัตน์ (2543) [16] กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวตัวเรา ทั้งที่เป็นรูปธรรมสามารถจับต้องและมองเห็นได้ และเป็นนามธรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ สภาพแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม (Concrete Environmental) หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ได้แก่ สภาพต่าง ๆ ที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น อาคาร สถานที่ โต๊ะ เก้าอี้ วัสดุ อุปกรณ์หรือสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ตามธรรมชาติ อันได้แก่ ต้นไม้ พืช ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ส่วนสภาพแวดล้อมที่เป็นนามธรรม (Abstract Environment) หรือสภาพแวดล้อมทางด้านจิตวิทยา (Psychological Environmental) ได้แก่ ระบบคุณค่าที่ยึดถือซึ่งเป็นส่วนสำคัญของวัฒนธรรม ของกลุ่มสังคมข่าวสาร ความรู้ ความคิดตลอดจนความรู้สึกนึกคิดและเจตคติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นของตัวเองหรือคนอื่นก็ตาม 1.3.4 ด้านชุมชนกล่าวคือชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมชุมชนเป็นแหล่งขัดขวางพฤติกรรมและชุมชนเป็นแหล่งปลูกฝังค่านิยมหากชุมชนเป็นแหล่งต้นแบบการสนับสนุนในทางไม่ดีหรือขัดขวางความดีและมีค่านิยมที่ไม่ดีก็จะทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปตามอิทธิพลของชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบรรยากาศการอยู่ร่วมกันในชุมชนที่นักเรียนอาศัยอยู่กฎระเบียบการอยู่ร่วมกันในชุมชนรวมถึงการเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมของบุคคลในชุมชนทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับแนวคิดของ สุภางค์ จันทวานิช (2531, อ้างถึงใน สมพงษ์ ร่มไทร, 2547) [17] ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลทางวิชาการ โดยอ้อม คือปัจจัยด้านชุมชน และการที่โรงเรียนตั้งอยู่ตรงศูนย์กลางของชุมชนมีส่วนให้ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนมีมากขึ้น และนำมาซึ่งการร่วมมือการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน ที่ตั้งอยู่ในสังคมเมืองที่มีความเจริญการคมนาคมสะดวกทำให้ชีวิตสะดวกสบายขึ้น ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของครู และความสามารถทางวิชาการของนักเรียนด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผลจากการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่า สามารถนำองค์ประกอบไปใช้ได้ทั้ง 3 ด้าน จำนวน 110 รายการ ได้แก่ ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ กระบวนการบริหารงานวิชาการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการที่ประสบผลสำเร็จ โดยดำเนินการบริหารงานวิชาการตามปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผล การบริหารงานวิชาการที่ประสบผลสำเร็จ ควบคู่กับกระบวนการบริหารงานวิชาการเพื่อจะได้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2. นำรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนไปใช้ในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยมีการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานวิชาการอย่างสม่ำเสมอ และเน้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วม

3. โรงเรียนควรให้ความสำคัญในการบริหารงานวิชาการให้ชัดเจนและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและการบริหารงานวิชาการแบบมีส่วนร่วมแบบอย่างยั่งยืน โดยเน้นกระบวนบริหารงานวิชาการที่ครอบคลุม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่มีคุณภาพในการจัดการเรียนการสอน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4. ควรมีการวิจัยรูปแบบการบริหารงานด้านอื่น ๆ ในโรงเรียนเอกชน มีการเปรียบเทียบการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนขนาดอื่น ๆ โดยใช้กระบวนการพัฒนาการบริหารงานวิชาการตามรูปแบบของโรงเรียนเอกชน

5. ควรมีการวิจัยเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผล ทั้งโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนทั่วไปเพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียน ที่สามารถนำไปใช้ให้มีความเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รุญเจริญ. (2550). **ความเป็นมืออาชีพในการจัดการและบริหารการศึกษายุคปฏิรูปการศึกษา.** กรุงเทพฯ: ข้าวฟ่าง.
2. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2557). **สาระสังเขปประเด็นการปฏิรูปประเทศไทย ด้านการศึกษา.** กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
3. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน. (2556). **การจัดการศึกษาของเอกชน. กรุงเทพฯ**: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน.
4. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน.(2551). **พระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2550**. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สกสค.
5. ชวัลลักษณรติ วรภัทรกุล. (2559). **การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ ปร.ด. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
6. ประวิทย์ อ่อนแก้ว. (2548). **สภาพและปัญหาการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนในฝันสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ลพบุรี เขต 2**. วิทยานิพนธ์ ค.ม. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
7. วิภา ทองหงำ. (2554). **รูปแบบการบริหารงานวิชาการของ โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ ปร.ด. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
8. สุเทพ เชาวลิต. (2548). **การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ [New Public Management]**. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม
9. ปิติชาย ตันปิติ. (2547). **การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อประสิทธิผลองค์การของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน.** วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. Gibb, Carver and Sergiovanni. (1969**). Dynamic Leadership, in Organization and Human Behaviors Process a School. (eds).** New York : McGrow-Hill.
11. อัครพงศ์ เทพิน. (2556). **รูปแบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศในทศวรรษหน้า.** วิทยานิพนธ์ ปร.ด.สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
12. สุดาพร ทองสวัสดิ์และสุจิตรา จรจิตร. (2556). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของ การบริหารสถานศึกษา.** การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคม : บทความวิจัย เสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

13. เจษฎา จันทรัตนา. (2552). **การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้โรงเรียนบ้านดอนกลอย อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี.** รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

14. วนันพรณ์ ชื่นพิบูลย์. (2552). **ผลกระทบของสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่มีคุณภาพข้อมูลทางการบัญชีและประสิทธิภาพการตัดสินใจของธุรกิจ SMEs ในเขตภาคเหนือ.** วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

15. วีระเทพ เนียมหัตถี. (2553). **ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสกลนคร เขต 1**. วิทยานิพนธ ค.ด. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

16. อรพันธุ์ ประสิทธิ์รัตน์. (2543). **รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาสภาพแวดล้อมทางการเรียนของนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒบางเขน.

17. สมพงษ์ ร่มไทร. (2547). **การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยแวดล้อมกับการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษาในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.

ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

Prevalence of depression and related factors among elderly at Thumbon Panpround, Ampour Srichaingmai, Nongkhai Province

แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์[1]

Lamthong Kaewtrakulpong [1]

(Received: March 3 ,2019 ; Accepted: March 30 ,2019)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย โดยการสุ่มแบบ Systemic Random Sampling ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลและสามารถคาดทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับร้อยละ 69.70 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 62.9 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 31.5 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 15.9 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 13.2 มีเพียงร้อยละ 9.1 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และผู้สูงอายุร้อยละ 30.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความเพียงพอของรายได้ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคความดันโลหิตสูง และอายุ ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 43.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05(R2 = .432, p<.05) โดย การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และอายุมีอิทธิพลเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความเพียงพอของรายได้ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ โรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลเชิงลบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความชุกของภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research aims to study the prevalence and factors related to depression in the elderly who live in Thumbon Panpround, Ampour Srichaingmai, Nongkhai Province. The 340 samples were randomized by systemic random sampling. The tools for the research were assessments for ability to perform routine activities, family relationships, feelings of pain from mild to severe, and Beck's assessment of depression. General information about the samples was analyzed using descriptive analysis: frequency, percentage, mean, and standard deviation. Doing routine activities, family relationships, and feelings of pain from mild to severe levels were analyzed using Pearson's product moment correlation. Analysis of factors and prediction of depression in the elderly were identified using stepwise multiple regression.

The results showed that the prevalence of depression in the elderly was 69.70%. Females had more depression than males (62.9%). Mild depression in the elderly was 31.5%, moderate depression was 15.9%, and high depression was 13.2%. Only 9.1% had severe depression. There was no depression in 30.3%. The factors related to depression in the elderly were feelings of pain from mild to severe levels, sufficient income, income, family relationships, ability to do routine activities, hypertension, and age. The variation in the level of depression in the elderly was 43.2%. P=0.05 values were considered to indicate statistically significant differences (R2 = 0.432, p<0.05). The factors that had positive influences on depression were feelings of pain from mild to severe levels, and age. The factors that had negative influences on depression were sufficient income, income, family relationship, ability to do routine activities, and hypertension.

Keywords: Prevalence of depression, elderly

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาทำให้ประเทศเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัย ตั้งแต่ประมาณปี 2543-2544 คือมีประชากรอายุ 60 ปีคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุคือ การลดลงของภาวะเจริญพันธ์หรือเกิดน้อยลงและการลดภาวะการตายทำให้อายุคนไทยยืนยาวขึ้น[1] คาดว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 10.7 ล้านคนหรือร้อยละ 15.28 ในปี 2563 และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัวเป็นร้อยละ 25 ซึ่งถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งด้านร่างกาย และทางด้านสังคม ทางด้านร่างกายเกิดความเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มอื่น [2] สำหรับทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการที่เคยมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบหาเลี้ยงครอบครัวต้องลดบทบาทเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาครอบครัว สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญ ไม่ให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุเท่าที่ควร[3]

ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ สมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ ตามลำดับ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุขพบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจและมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงและค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง [4] ผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงที่มากระทบผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้าแล้วในที่สุดก็เจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า [5]

ภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเองชอบอยู่เงียบๆคนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่าเป็นภาระผู้อื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย [6] ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นจากความชรา จากงานวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศ พบว่า อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนและร้อยละ 30 ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนและพบมากขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชราถึงร้อยละ 50 [7] ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุด้วยกัน คือ (1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ กรรมพันธุ์หรือการมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว หรือโรคทางกายภาพที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง (2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความผิดหวัง ความเสียใจ น้อยใจ การสูญเสียหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า (3) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การปรับตัวไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย การประสบความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัว [8] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การมีสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลพานพร้าว อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัด

หนองคายเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตลอดจนเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในสังคมไทยได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในตำบลพานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบล พานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย

4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสัมพันธภาพในครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) โดยศึกษาความชุก ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน ตำบลพานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคาย ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2561-30 กันยายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลพานพร้าว อ.ศรีเชียงใหม่ จ.หนองคายซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 1923 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (รุจิ รางค์ แอกทอง, 2549:61 ซึ่งการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic Random sampling)) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 340 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้คือแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ชนิด Basic ADL (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยนำมาจากคู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555)[9]

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) [9]

ส่วนที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck แบบประเมินดังกล่าวผู้วิจัยนำมาจาก The Beck Depression Inventory : BDI ซึ่งเป็นชุดทดสอบที่สร้างโดยเบค

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามงานวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำแบบสอบถามทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (Pilot Study) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี

ของ Alpha Coefficient ของ Cronbach พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เท่ากับ 0.963 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.984 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.862

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปข้อมูลจากการศึกษา อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 340 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.9 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออายุ 60-70 ปี คิดเป็น 56.2% ด้านสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น 56.2%ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 79.4 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 2500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 74.7 โดยส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 65 ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 59.7 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 11.2 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 63.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาคือเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.1

2. ระดับภาวะซึมเศร้า จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 340 คน มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.70 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 62.9 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 31.5 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 15.9 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 13.2 มีเพียงร้อยละ 9.1 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และผู้สูงอายุร้อยละ 30.3 ไม่มีภาวะซึมเศร้า รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ระดับภาวะซึมเศร้า	เพศชาย	เพศหญิง
1. มีภาวะอารมณ์ปกติ	45 (13.24)	58(17.06)
2. มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	45(13.24)	62(18.26)
3. มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	17(5.0)	37(10.9)
4. มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก	16(4.7)	29(8.5)
5. มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	10(2.94)	21(6.16)

3. แสดงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันชนิด Basic ADL การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 97.3 มีเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้นที่ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมากจนถึงปานกลางตามลำดับ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาคือมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 32.3 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 25.9 ตามลำดับ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยไม่มีความรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.8 มีเพียงร้อยละ 7.6 ที่รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันชนิด Basic ADL การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)
1.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ชนิด Basic ADL	
1.1 ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด	1(0.3)
1.2 ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก	4(1.2)
1.3 ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นปานกลาง	4(1.2)
1.4 ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย	331(97.3)
2. การประเมินสัมพันธภาพ	
2.1 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี	88(25.9)
2.2 สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง	142(41.8)
2.3สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี	110(32.3)
3.การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	
3.1.รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยไม่มีความรุนแรง	136(40)
3.2.รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย	87(25.6
3.3 รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง	91(26.8)
3.4 รับรู้ว่าในขณะนี้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอยู่ในระดับมาก	26(7.6)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากการวิจัย พบว่า สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	p-value
เพศ	.101	.483
สถานภาพสมรส	.315	.000*
ความเพียงพอของรายได้	.380	.000*
ลักษณะครอบครัว	.195	.023*
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	.166	.053
ความดัน	.203	.000*
ไขมันในเลือดสูง	.134	.192
โรคหลอดเลือดหัวใจ	.029	.990

* P<0.05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากการวิจัยพบว่า อายุ และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.221,.540 ตามลำดับ) และพบว่า รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-1.95,-.231,-.214 ตามลำดับ) แต่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	.221	.000**
ระดับการศึกษา	.011	.836
รายได้	-1.95	.000*
ความสามารถในการทำกิจวัตร	-.214	.000*
ประจำวัน	-.231	.000*
สัมพันธภาพในครอบครัว	.540	.000*
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย		

** P<0.05

6. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอน เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของตัวแปรต้นทั้งหมด 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย พบว่า ตัวแปรที่เข้าสมการทำนายเรียงลำดับดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความเพียงพอของรายได้ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคความดันโลหิตสูง และอายุ ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ43.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05(R^2 = .432, p<.05) ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

Z (ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ) =0.436(Zการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย)-0.225 (Z ความเพียงพอของรายได้) - 0.264 (Zรายได้) - 0.179 (Z สัมพันธภาพในครอบครัว) – 0.104(Z ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) –0.113 (Z โรคความดันโลหิตสูง)+0.103 (Zอายุ) รายละเอียดตามตาราง 5

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอน (N=340)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย	.569	.436	9.254	.000
ความเพียงพอของรายได้	-.560	-.225	-5.004	.000
รายได้	-.374	-.264	-5.633	.000
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.262	-.179	-3.836	.000
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	.462	-.104	-2.379	.018
โรคความดันโลหิตสูง	-.294	-.113	-2.068	.010
อายุ	.016	.103	2.350	.019

Constant (a) = 3.503 R square = .432

Adjusted R square = .420 F = 36.021 p=<.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 340 คน มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.70 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 62.9 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 31.5 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 15.9 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 13.2 มีเพียงร้อยละ 9.1 เท่านั้นที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งความชุกและระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัยเนื่องมากจาก เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาวิจัย รวมถึงเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความเพียงพอของรายได้ รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรคความดันโลหิตสูง และอายุ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 43.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05(R2 = .432, p<.05) ในขณะที่ปัจจัยด้านเพศ และสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ อธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีอิทธิพลเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01(r=0.54) กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการเจ็บป่วยที่ตนประสบอยู่มีความรุนแรง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อภาวะซึมเศร้าในระดับสูง แต่หากรับรู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ไม่รุนแรงก็ย่อมส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555)[9] พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นภา พวงรอด (2558)[10] ความกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพของตนเอง จะมีความกังวลใจ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมาได้

ความเพียงพอของรายได้และรายได้มีอิทธิพลเชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2500 บาทต่อเดือน ซึ่งแหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ และไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว การมีปัญหาด้านเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้[8] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด(2558)[10] พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความไม่เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า [11] ผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 57.1 [12] อรสา ใยยองและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[13] พบว่า ความไม่เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กาญจนา พิบูลย์และคณะ(2552)[14]พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และอารีย์ สงวนชื่อ กฤติเดช มิ่งไม้และพิชสุดา เดชบุญ (2561)[15] พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และสัมพันธภาพในครอบครัวความสัมพันธ์เชิงลบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=-.231) อธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะมีภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555)[9] พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สายพิณ ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2555)[7] พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อารีย์ สงวนชื่อ กฤติเดช มิ่งไม้และ พิชสุดา เดชบุญ (2561)[15]. พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ กาญจนา ไทยเจริญ(2544)[16] พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงสุด และอรสา ใยยองและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย[13] .พบว่าความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ครอบครัวจึงเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดที่จะให้การดูแลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่สภาพของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นและผู้สูงอายอาจต้องอยู่เพียงลำพัง ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุได้

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01(r=-.241) ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับสูงก็จะมีภาวะซึมในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำก็จะมีภาวะซึมเศร้าใน

ระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษราคัม จิตอารีย์ (2555)[9] พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูงก็จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ เช่นเดียวกับ กาญจนา พิบูลย์และคณะ(2552)[14] พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายพิณ ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2555)[7] พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องพึ่งพามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกไร้ค่าที่ต้องพึ่งพอผู้ดูแลจึงทำให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (อภิญญา วงศ์ใหม่,2560)[17]

โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตสูงย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิชุดา อุ่นแก้วและปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558)[18] พบว่า โรคและการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ สายพิณ ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2555)[7] พบว่า การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไปเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีโรคประจำตัวทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (นภา พวงรอด, 2558)[10] และอภิญญา วงศ์ใหม่ (2560)[17] พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า 3.5 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว

อายุเป็นตัวแปรสุดท้ายที่ถูกเลือกเข้าสมการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่คล่องแคล่ว ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช ทับมณี(2541)[19] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะและคณะ(2542)[20] พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายไม่คล่องแคล่ว ทำให้การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ทำให้เกิดความรู้สึกเหงาว้าเหว่มากขึ้นและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(2557).**ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต.**
2. ปรียาพร จันทร์โอทาน, สมลักษณ์ กาญจนพงศ์สกุล, จงดี ชัยภักดิ์และอลิศา กุณฑลบุตร (2541).ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง.**วารสารพยาบาลราชวิถี**;9(3):57-59
3. ชลดา ภักดีประพฤทธิ์, และคณะ (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร.**วารสารสาธารณสุขศาสตร์**;299(1):31-39.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญานสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข **คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ**.กรุงเทพฯ
5. นริสรา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เฉลยกิตติ(2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลทหารบก**; 15(3):25-31.
6. อรพรรณ ทองแตง(2542). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. **วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการศึกษาฯสหประชาชาติ**,15, 86-89.
7. สายพิณ ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร(2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ . **วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**,30(3),50-56.
8. กรมสุขภาพจิต(2545). **แนวทางปฏิบัติการบริการสุขภาพเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.**กระทรวงสาธารณสุข.

9. บุษราคัม จิตอารีย์ (2555). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

10.นภา พวงรอด(2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**;2:63-74.

11.เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ,จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ อุมาพร อุดมทรัพยากุล (2554). ความชุกโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** ;56(2) : 103-116.

12.อิทธิพล พลเยี่ยมและคณะ (2557). **ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด.**การประชุมวิชาการครั้งที่ 10 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

13.อรสา ใยยองและพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย(2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี.**วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**;56(2):117-128.

14.กาญจนา พิบูลย์ และคณะ(2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา;**2(3):101-111.

15.อารีย์ สงวนชื่อ กฤติเดช มิ่งไม้และ พิชสุดา เดชบุญ (2561). **ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ในจังหวัดปทุมธานี**. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 : 408-422.

16.กาญจนา ไทยเจริญ(2544). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

17.อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560).**ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

18.วิชุดา อุ่นแก้วและปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.**วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**;3(4): 582-583

19.มาโนช ทับมณี(2541). **ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร.**วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

20.กนกรัตน์ สุขะตุงคะและคณะ(2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง. **สารศิริราช**; 51(4) :232-243

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Noise Level of The Construction of Educational Services and Central Services Building in Kalasin University, Songplueai Sub-district, Namon District, Kalasin Province

อนุรักษ์ ปิ่นทอง[1], นิภารัตน์ นาสีแสน[1] และ สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ

(Received: January 15 ,2019 ; Accepted: February 26 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจวัดระดับเสียงรบกวน ประเมินระดับเสียงรบกวนกับค่ามาตรฐานตามมาตรฐานของการตรวจวัดเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) และผลกระทบของเสียงรบกวนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง ในพื้นที่มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งทำการตรวจวัดเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อเนื่องในช่วงวันที่ 14 – 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ผลการศึกษามีดังนี้

การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน พบว่า งานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารมีค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยเท่ากับ 36.87 ± 4.28 เดซิเบลเอ และงานตัดเหล็กมีค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยเท่ากับ 33.38 ± 5.94 เดซิเบลเอ เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของงานทั้ง 2 ประเภทกับค่ามาตรฐานระดับเสียงรบกวน ซึ่งกำหนดไว้ให้ไม่เกิน 10 เดซิเบลเอ โดยใช้สถิติ One Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของงานทั้ง 2 ประเภท มีค่า p-value เท่ากับ 0.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่างานทั้ง 2 ประเภทปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน และจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ประเภท พบว่า ระดับเสียงรบกวนมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการได้ยินและสภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ : ระดับเสียงรบกวน, บริเวณเขตก่อสร้าง

Abstract

The objectives of this research were to measure the noise level in the construction of educational services and central services building, to compare the noise level in the construction of educational services and central services building according to the standard of noise measurement by the national environmental Board no. 29 (B.E. 2550) and 3) to study the effects of noise on the health of workers in the construction of educational services and central services building at Kalasin university in Songplueai sub-distric, Namon district, Kalasin province. The noise was measured continuously 1 hour on the 14th – 27th May 2017. The standard method was used to measure the noise levels according to the national environmental Board no. 29 (B.E. 2550) of the noise level. The in-depth interviews used semi-structured interview.

The results of this study showed that the average noise level of construction work was 36.87 ± 4.28 dB(A) and the average noise level of the steel cutting job was 33.38 ± 5.94 dB(A). The comparison between the noise average of both activities and the noise standard ($\leq$10 dB(A)) using One Sample T-Test at 0.05 of a significance level founded that the noise average of both activities (p-value =0.00) were higher than the standard. Moreover, the results of the interview was founded that the noise level affects hearing performance and mental health of the workers who worked on both activities.

Keyword : Noise Level, Construction Building

[1] สาขาวิทยาการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

มลพิษทางเสียง (Noise Pollution) เป็นสภาวะที่มีเสียงดังเกินปกติหรือเสียงดังต่อเนื่องยาวนานจนก่อให้เกิดความรำคาญหรืออันตรายต่อระบบการได้ยินของมนุษย์และหมายรวมถึงสภาพแวดล้อมที่มีเสียงสร้างความรบกวนทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นเสียงดังมาก เสียงดังต่อเนื่องยาวนานไม่จบสิ้น เป็นต้น มลพิษทางเสียงเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางสิ่งแวดล้อมของเมืองใหญ่ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวัฒนธรรม รวมถึงการเติบโตทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นเสียงดังจากยานพาหนะที่ใช้เครื่องยนต์เสียงดังจากเครื่องจักรเสียงดังจากการก่อสร้าง เสียงดังจากเครื่องขยายเสียง โทรทัศน์ วิทยุ และอุปกรณ์สื่อสาร เสียงเรียกเข้าโทรศัพท์มือถือ รวมทั้งเสียงสนทนาที่ดังเกินควร[1]

เสียงรบกวนถือว่าเป็นมลพิษทางเสียงที่เป็นปัญหาหลักของเมืองใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นตามความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทั้งจากการนำเครื่องจักรเข้ามาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรม การใช้ยานพาหนะ การก่อสร้างอาคาร เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดมลพิษทางเสียง โดยเสียงที่ดังเกินขนาดย่อมก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบการได้ยิน ต่อสุขภาพจิตและต่อสุขภาพร่างกาย[2] ซึ่งเสียงรบกวนหมายถึงระดับเสียงจากแหล่งกำเนิดในขณะมีการรบกวน ที่มีระดับเสียงสูงกว่าระดับเสียงพื้นฐาน โดยมีระดับการรบกวนเกินกว่าระดับเสียงรบกวน ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน หรืออีกนัยหนึ่งคือ มีระดับการรบกวนเกิน 10 เดซิเบลเอ[3]

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและเปรียบเทียบระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลางกับค่ามาตรฐานของการตรวจวัดเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน และผลกระทบของเสียงรบกวนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลด้านสาธารณสุขแก่ผู้ปฏิบัติงานในการก่อสร้างอาคาร ให้เกิดความตระหนักและสามารถป้องกันสุขภาพจากเสียงรบกวนที่เกิดขึ้น เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อตรวจวัดระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง ตามมาตรฐานของการตรวจวัดเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน
3. เพื่อศึกษาผลกระทบของเสียงรบกวนต่อผู้ปฏิบัติงานบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาบริบทพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของลักษณะการทำงานจากผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ งานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารและงานตัดเหล็ก ในบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การดำเนินการตรวจวัดระดับเสียงรบกวน 2 ประเภท ได้แก่ งานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารและงานตัดเหล็ก โดยดำเนินการดังนี้

2.1 การเตรียมเครื่องมือวัดเสียง ยี่ห้อ RION รุ่น NL-22

2.1.1 ทำการปรับเทียบความถูกต้องของเครื่องวัดระดับเสียงด้วยอุปกรณ์ตรวจสอบความถูกต้อง อะคูสติค คาลิเบรเตอร์ (Acoustic Calibrator)

2.1.2 ปรับมาตรระดับเสียงไว้ที่วงจรถ่วงน้ำหนัก “A” (Weighting Network“A”) และที่ลักษณะความไวตอบรับเสียง “Fast” (Dynamic Characteristics “Fast”)

2.2 ตั้งเวลาการเก็บข้อมูล

2.2.1 ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด (LAeq) 1 ชั่วโมง

2.2.2 ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน (LAeq) 5 นาที

2.2.3 ระดับเสียงพื้นฐาน (LA90) 5 นาที

2.3 การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน ทำการตรวจวัด 3 พารามิเตอร์ ได้แก่

2.3.1 ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด (LAeq)

2.3.2 ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน (LAeq)

2.3.3 ระดับเสียงพื้นฐาน (LA90)

2.4 ระยะเวลาการตรวจวัดระดับเสียงรบกวน 14 วัน ในช่วงวันที่ 14 – 27 พฤษภาคม 2560

3. การประมวลผลข้อมูลระดับเสียงรบกวนใช้วิธีมาตรฐานของการตรวจวัดเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน

4. การประเมินระดับเสียงรบกวน โดยการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของเสียงรบกวน มีค่าเท่ากับ 10 เดซิเบลเอ โดยใช้สถิติ One Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. การสัมภาษณ์แบบเชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ประเภทการทำงาน ได้แก่ งานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารและงานตัดเหล็ก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบของระดับเสียงรบกวนที่ส่งผลต่อผู้ปฏิบัติงาน

ผลการศึกษา

1. ระดับเสียงรบกวน การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาดังนี้

1.1 ระดับเสียงรบกวนงานขึ้นโครงก่อสร้าง การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและการคำนวณระดับเสียงรบกวนของงานขึ้นโครงก่อสร้าง โดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550 เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน งานขึ้นโครงก่อสร้าง มีผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 20 คน ซึ่งลักษณะงานที่ทำคือ เป็นการก่อสร้างอาคาร 7 ชั้น มีการใช้เครื่องมือเครื่องจักรในแต่ละส่วนการขึ้นโครงอาคาร มีการเคาะ การเจาะ การทุบ การเชื่อม การลากวัสดุ และการใช้เครนยกวัสดุ ซึ่งก่อให้เกิดเสียงดังเป็นระยะตลอดเวลาการทำงาน

ผลการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนทั้งหมด 14 ครั้ง ดังแสดงในตาราง 1 พบว่า มีระดับเสียงรบกวน 40.20, 40.80, 40.00, 40.00, 38.90, 32.00, 32.60, 38.60, 35.80, 36.00, 37.50, 31.40, 43.60 และ 28.80 เดซิเบลเอ ตามลำดับ ซึ่งระดับเสียงรบกวนต่ำสุด คือ 28.80 เดซิเบลเอ และระดับเสียงรบกวนสูงสุด คือ 43.60 เดซิเบลเอ ซึ่งระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยเท่ากับ 36.87 เดซิเบลเอ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.28

ตาราง 1 แสดงระดับเสียงรบกวนของงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคาร

ครั้งที่	ระดับเสียงพื้นฐาน (LA90),dBA	ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน $(LAeq)^1$,dBA	ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด $(LAeq)^2$,dBA	ระดับเสียงขณะมีการรบกวน (dBA)
1	36.20	41.00	74.90	40.20
2	40.10	62.00	79.50	40.80
3	34.30	41.90	73.60	40.00
4	34.60	40.20	73.40	40.00
5	35.80	41.40	74.30	38.90
6	40.20	44.80	72.00	32.00
7	41.40	47.40	73.10	32.60
8	35.80	47.50	73.20	38.60
9	44.00	49.80	78.60	35.80
10	44.10	51.00	78.60	36.00
11	42.10	47.20	77.90	37.50
12	42.50	50.10	73.70	31.40
13	39.80	48.10	81.40	43.60
14	49.20	53.30	77.30	28.80

หมายเหตุ : $LAeq^1$ คือ ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน

$LAeq^2$ คือ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด

1.2 ระดับเสียงรบกวนงานตัดเหล็ก การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและการคำนวณระดับเสียงรบกวนงานตัดเหล็ก โดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550 เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน งานตัดเหล็ก มีผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 10 คน ซึ่งลักษณะงานที่ทำคือ ตัดเหล็กตามจำนวนที่ต้องใช้ในแต่ละวัน ซึ่งเหล็กที่ตัดมี 2

ประเภท คือ เหล็กเส้นกลมและเหล็กข้ออ้อย ขนาดของเหล็กเส้นกลมนั้นมีตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ถึง 25 มิลลิเมตร ส่วนเหล็กข้ออ้อยขนาดของเหล็กมีตั้งแต่ 10 มิลลิเมตร ถึง 40 มิลลิเมตร ซึ่งขนาดของเหล็กทั้ง 2 ประเภทที่ผู้ปฏิบัติงานต้องตัด มี 5 ขนาด ได้แก่ 6 มิลลิเมตร, 9 มิลลิเมตร, 12 มิลลิเมตร, 16 มิลลิเมตร และ 25 มิลลิเมตร โดยเหล็กเส้นกลมจะตัดเพื่อใช้เป็นเหล็กปลอกในคานหรือในเสา ส่วนเหล็กข้ออ้อยจะใช้ในการก่อสร้างที่ต้องรับน้ำหนักมาก

ผลการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนทั้ง 14 ครั้ง ดังแสดงในตาราง 2 พบว่า มีระดับเสียงรบกวน 36.30, 33.40, 39.00, 44.70, 35.60, 32.30, 31.30, 37.00, 27.60, 20.30, 38.20, 29.10, 33.80 และ 24.30 เดซิเบลเอ ตามลำดับ ซึ่งระดับเสียงรบกวนต่ำสุด คือ 24.30 เดซิเบลเอ และระดับเสียงรบกวนสูงสุด คือ 44.70 เดซิเบลเอ ซึ่งระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยเท่ากับ 33.06 เดซิเบลเอ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.32

ตาราง 2 แสดงระดับเสียงรบกวนของประเภทงานตัดเหล็ก

ครั้งที่	ระดับเสียงพื้นฐาน (LA90),dBA	ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน $(LAeq)^1$,dBA	ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด $(LAeq)^2$,dBA	ระดับเสียงขณะมีการรบกวน (dBA)
1	36.20	41.00	72.50	36.30
2	40.10	62.00	73.20	33.40
3	34.30	41.90	71.70	39.00
4	34.60	39.20	79.80	44.70
5	41.40	38.50	75.50	35.60
6	34.30	41.90	74.80	32.30
7	41.40	47.40	72.90	31.30
8	35.80	47.50	72.50	37.00
9	44.00	49.80	71.20	27.60
10	44.10	51.00	63.50	20.30
11	42.10	47.20	80.30	38.20
12	42.50	50.10	70.60	29.10
13	39.80	48.10	73.10	33.80
14	49.90	53.30	73.40	24.30

หมายเหตุ : $LAeq^1$ คือ ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน

$LAeq^2$ คือ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด

2. การประเมินระดับเสียงรบกวน การประเมินระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ทำการประเมินระดับเสียงรบกวนเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานโดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550 เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน ซึ่งได้กำหนดไว้ไม่เกิน 10 เดซิเบลเอ ผลการศึกษามีดังนี้

2.1 การประเมินระดับเสียงรบกวนงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคาร การประเมินระดับเสียงรบกวนงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารใช้สถิติ One Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ค่า Sig (2-tailed) หรือ p-value เท่ากับ 0.00 หมายความว่า ระดับเสียงรบกวนเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 36.87 ± 4.28 เดซิเบลเอ) มีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่างานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน

2.2 การประเมินระดับเสียงรบกวนงานตัดเหล็ก การประเมินระดับเสียงรบกวนงานตัดเหล็กใช้สถิติ One Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ค่า Sig (2-tailed) หรือ p-value เท่ากับ 0.00 หมายความว่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ย ($\bar{x}$ = 33.06 ± 6.32 เดซิเบลเอ) มีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเภทงานตัดเหล็กปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน

3. ผลกระทบของเสียงต่อผู้ปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเป็นการสัมภาษณ์แบบเชิงลึกลักษณะกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบของเสียงต่อผู้ปฏิบัติงานประเภทงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารและงานตัดเหล็ก จำนวน 20 คน สามารถสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ อาการปวดหู หูอื้อชั่วคราว ประสิทธิภาพในการได้ยินหรือสื่อสารกับคนอื่นลดน้อยลง และมีอาการปวดศีรษะ

3.2 ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ได้แก่ เมื่อได้ยินเสียงดังมาก ๆ จะมีอาการตกใจ ใจสั่น ความรำคาญ หงุดหงิด นอนไม่หลับและรบกวนสมาธิในการทำงาน

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน พบว่า ค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคาร เท่ากับ 36.87 ± 4.28 เดซิเบลเอ และค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานตัดเหล็ก เท่ากับ 33.06 ± 6.32 เดซิเบลเอ ซึ่งงานวิจัยของอนุรักษ์ ปิ่นทอง และคณะ (2560)[4] ได้ทำการศึกษาระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีมาตรฐานของการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน พบว่า ระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางเท่ากับ 32.49 ±1.87 เดซิเบลเอ และระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดเล็กเท่ากับ 27.59 ±4.79 เดซิเบลเอ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของเครื่องจักรสามารถปล่อยเสียงรบกวนได้

การประเมินระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารและงานตัดเหล็กกับค่ามาตรฐานของเสียงรบกวน ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 10 เดซิเบลเอ โดยใช้สถิติ One Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในการวิเคราะห์ข้อมูลระดับเสียงรบกวน พบว่า งานทั้ง 2 ประเภทมี ค่า Sig (2-tailed) หรือ p-value เท่ากับ 0.00 หมายความว่า ระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคาร ($\bar{X}$ = 36.87 ± 4.28 เดซิเบลเอ และงานตัดเหล็ก ($\bar{X}$ = 33.06 ± 6.32 เดซิเบลเอ) มีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) แสดงให้เห็นว่าเครื่องจักรที่ใช้ในกิจกรรมจากการทำงานทั้ง 2 ประเภทนั้น ปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งงานวิจัยของดวงใจ ปุราถานัง และอุลัยวรรณ บุญมีศรี (2545)[5] ได้ศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งทำการตรวจวัดระดับเสียงจากแหล่งกำเนิดเสียงจำนวน 3 จุด โดยค่าระดับเสียงรบกวน เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน 10 เดซิเบลเอ จุดที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 7.4 เดซิเบลเอ จุดที่ 2 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 17.1 เดซิเบลเอ และจุดที่ 3 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวน เท่ากับ 5.4 เดซิเบลเอ พบว่าจุดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับเสียงรบกวนเกิน 10 เดซิเลเอ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เครื่องสีข้าวปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน และงานวิจัยของอนุรักษ์ ปิ่นทอง และคณะ (2560)[4] ได้ทำการศึกษาระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้วิธีมาตรฐานของการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน พบว่า ระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางเท่ากับ 32.49 ±1.87 เดซิเบลเอ และระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดเล็กเท่ากับ 27.59 ±4.79 เดซิเบลเอ โดยการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของเสียงรบกวนมีค่าเท่ากับ 10 เดซิเบลเอ โดยใช้สถิติ One Sample T-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางมีค่า p-value เท่ากับ 0.00 และเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีค่า p-value เท่ากับ 0.00 ซึ่งระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยของเครื่องสีข้าวขนาดกลางและเครื่องสีข้าวขนาดเล็กมีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน นั่นแสดงให้เห็นว่าการทำงานของเครื่องสีข้าวทั้ง 2 ประเภท ปล่อยเสียงรบกวนเฉลี่ยเกินค่ามาตรฐาน

ผลการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานประเภทงานขึ้นโครงก่อสร้างและงานตัดเหล็ก พบว่า ระดับเสียงรบกวนมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการได้ยินและสภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ประเภท ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิรันดร์ วิทิตอนัน (2542)[6] ที่ได้ทำการศึกษาสำรวจปัญหามลพิษทางเสียงในมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อสำรวจปัญหามลพิษทางเสียงในมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าบริเวณที่เรียนหรือที่ทำงานมีปัญหาเกี่ยวกับมลพิษทางเสียงในระดับปานกลาง โดยมีแหล่งกำเนิดเสียงจากการจราจรภายในมหาวิทยาลัย และเสียงกิจกรรมของนิสิต สำหรับผลกระทบของมลพิษทางเสียงต่อผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ รบกวนการเรียนการสอน หงุดหงิด รบกวนการทำงาน และเกิดความเครียด

เอกสารอ้างอิง

1. วีระศักดิ์ มะลิกุล. (2555). **การศึกษาระดับเสียงรบกวนจากการจราจรในเขตเทศบาลเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยนเรศวร.

2. ภาณี ฤทธิ์มาก. (2546). **การวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม.** เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 1603601 หลักการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม. โครงการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

3. สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. (2550). **คู่มือวัดเสียงรบกวน**. สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ.

4. อนุรักษ์ ปิ่นทอง, พงศกร ชาวเชียงตุง, อนงค์นาถ โรจนกร วังคำหาญ และกาญจนา สนอุทา. (2560). **ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์**. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2560 : 342 – 346.

5. ดวงใจ ปุราถานัง และอุลัยวรรณ บุญมีศรี. (2545). **การศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณ ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์**. สาขาวิชาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม คณะเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

6. นิรันดร์ วิทิตอนัน. (2542). **การสำรวจปัญหามลพิษทางเสียงในมหาวิทยาลัยบูรพา**. คณะวิทยาศาสตร์ ภาควิชาฟิสิกส์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ความแม่นยำของการแปลผลภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ Five Rules ในการคัดกรองโรคต้อหิน

The diagnostic accuracy of the application of Five Rules in fundus-camera-based eye ground examination for glaucoma screening

วรนารี เจริญรุ่งรัตน์[1], วิน เตชะเคหะกิจ[2].

Worranaree Charoenrungrat[1] , Win Techakehakij[2]

(Received: February 2 ,2019 ; Accepted: February 27 ,2019)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ศึกษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลลำปางที่ได้รับการถ่ายภาพจอประสาทตาบันทึกไว้ในปีพ.ศ. 2560 จักษุแพทย์แปลผล Five rules จากภาพถ่ายจอประสาทตาโดยใช้ใบรายการตรวจสอบถูกผิด ผลถูกเท่ากับ 1 คะแนน ผลการประเมินดังกล่าวได้นำมาเปรียบเทียบกับผลวินิจฉัยโรคต้อหิน คำนวณความไว ความจำเพาะ ความถูกต้องในการวินิจฉัย likelihood ratios และพื้นที่ใต้กราฟ Receiver Operating Characteristic(ROC) จากผู้ป่วยจำนวน 27 ราย(52 ตา) ตาจำนวน 15 ตาได้รับการวินิจฉัยโรคต้อหินจาก Five rules

ผลการศึกษาพบว่าความจำเพาะสูงสุด(97.3%) พบใน Rule 1 3 และ 5 ขณะที่ความไวต่ำสุดปรากฏใน Rule 3(6.67%) จุดตัดของคะแนนทั้งหมดที่วินิจฉัยถูกต้องสูงสุด(88.46%) คือ $\geq$2 โดยมีความไวและความจำเพาะที่ยอมรับได้ 73.33% และ 94.59% ตามลำดับ พื้นที่ใต้กราฟ ROC แสดงความสามารถในการจำแนกเท่ากับ 0 .891

คำสำคัญ: ความแม่นยำในการวินิจฉัย, Five Rules, ภาพถ่ายจอประสาทตา, การคัดกรองโรคต้อหิน

ABSTRACT

This study examined the diagnostic accuracy of Five Rules used in glaucoma screening by fundus camera. Patients were recruited at Lampang Hospital in 2017 whose fundus photographs were on record. An ophthalmologist interpreted the fundus photographs using a yes/no checklist of Five Rules. A point was assigned for each rule with a positive answer. These results were compared with the diagnosis of glaucoma. Sensitivity, specificity, diagnostic accuracy, likelihood ratios, and area under the Receiver Operating Characteristic (ROC) curve were calculated.

Results: Twenty-seven patients (52 eyes) were included, of which 15 eyes were diagnosed with glaucoma. The highest specificity (97.3%) was found in Rules 1, 3, and 5 whereas Rule 3 showed the lowest sensitivity (6.67%). The cut-off score giving the highest diagnostic accuracy (88.46%) was $\geq$2, with acceptable sensitivity and specificity of 73.33% and 94.59%, respectively. The area under the ROC curve gives the power of discrimination of 0.891.

Keywords: Diagnostic accuracy, Five Rules, fundus photographs, glaucoma screening

[1] MD.โรงพยาบาลลำปาง

2 MD.PhD วิน เตชะเคหะกิจ

Introduction

Glaucoma is a leading cause of irreversible vision loss worldwide[1] .Most people with glaucoma have slowly progressive but irreversible damage .Often there are no obvious symptoms until a relatively late stage, meaning that a diagnosis may be delayed[2, 3].

Glaucoma is found in 3.54% (95% CI: 2.09, 5.82) of the global population aged 40-80. In 2013, it was estimated that 64.3 million middle-aged to elderly people had glaucoma. It has been forecast that by 2020 this number will be 76.0 million and by 2040 it will be 111.8 million, disproportionally affecting Asian and African ethnicities[1] .In Thailand, a population-based survey revealed the prevalence of glaucoma to be 3.8[4].

Although it is irreversible, early detection is very important because prompt treatment could stop the visual loss progression and potentially save incurred costs in comparison with late diagnosis and treatment[5].

Despite its cost to health, the early detection rate is very low. Silent glaucoma remains undetected in the general population. In developed countries, it was estimated that only approximately one-third of glaucoma patients knew of their disease. In the developing world, only about 8% of all people with glaucoma are aware of the fact[6].

In Thailand, there is hardly any evidence documenting the tools used in screening for glaucoma in the general population[7]. One possible explanation for the impracticality of glaucoma screening in the general population could be that, to achieve high sensitivity, the current practise always requires at least one ophthalmologist to perform the diagnosis using specialist equipment. This was echoed in a Thai study indicating a low sensitivity of glaucoma diagnosis among general practitioners (21.7%), compared with ophthalmologists (100%)[7]. While glaucoma screening largely depends on the availability of ophthalmologists, there are currently insufficient ophthalmologists to perform all the screening work in Thailand. Moreover, economic studies have shown that glaucoma screening in the population may only be cost-effective in older age groups[8, 9].

Five Rules[10] is a systematic approach, devised for non-ophthalmologists, to screen for glaucoma by looking at the eye ground. It includes the evaluation of optic disc size, rim shape and area, presence of retinal nerve fibre layer (RNFL) loss, parapapillary atrophy (PPA), and retinal or optic disc haemorrhages. This Five Rules systematic process could improve the availability of glaucoma screening. While using Five Rules as the criteria in screening for glaucoma by fundus camera appears to be simple and economical, no one has ever performed an accuracy test of these criteria in practise. This study aims to examine the diagnostic accuracy of Five Rules in glaucoma screening

Methods:

Population and Samples

This study recruited patients who registered at the outpatient Ophthalmology Department of Lampang Hospital in 2017 and whose fundus photographs were taken using a fundus camera. Fundus photographs are not routinely taken and so only some patients who registered had photographs taken and stored in the camera to use in following the progression of the diseases and/or teaching medical students. The exclusion criteria were those patients whose fundus photographs were not within the required interpretable quality for this study.

Study design

The patients' fundus photographs were extracted from the fundus camera and sent to an ophthalmologist to interpret and complete a yes/no checklist of Five Rules.

Five Rules[10] were used as the diagnostic indicants to evaluate the optic disc and retinal nerve fibre layer for glaucoma. These Five Rules are:

Rule 1 evaluates the vertical cup disc ratio (VCDR) which is achieved by observing the scleral ring, and assessing the optic disc size. (Yes = enlarged VCDR, No = No enlarged VCDR)

Rule 2 evaluates the neuroretinal rim by the ISNT Rule which is used to identify the size of the neuroretinal rim. (Yes = Not Respect ISNT Rule, No = Respect ISNT Rule)

Rule 3 evaluates the retinal nerve fibre layer (RNFL) which is examined for the loss of areas (Yes = RNFL loss, No = no RNFL loss seen)

Rule 4 evaluates the region of parapapillary atrophy (PPA) by examining the region adjacent to the optic disc for the presence of parapapillary atrophy. (Yes = PPA seen, No = No PPA seen)

Rule 5 evaluates retinal and optic disc haemorrhage by looking for retinal and optic disc haemorrhages. (Yes = Retinal and/or optic disc haemorrhage seen, No = No Retinal or optic disc haemorrhage seen)

A point was assigned for each rule with a positive answer, giving a maximum total of 5 points.

The gold standard is the diagnosis of glaucoma, defined as patients having the diagnosis of glaucoma by ophthalmologists present in their medical records.

Analysis of diagnostic indicants

The results obtained with each of the Five Rules were compared with the diagnosis of glaucoma for each patient. Sensitivity, specificity, diagnostic accuracy, and likelihood ratios were calculated for each rule.

The sensitivity, specificity, and diagnostic accuracy of each total score as a possible cut-off point for detecting glaucoma were calculated. A receiver operator characteristic (ROC) curve was plotted using STATA version 13[11], with the area under the ROC curve representing the discriminatory power of the index test.

Results:

A total of 36 patients who matched the inclusion criteria were identified. Nine of these patients were excluded by an ophthalmologist because the quality of their pictures did not match the requirements. Two of the patients have only one eye. Therefore, there were 52 eyes (N=52) in the study and 15 eyes (28.85% of all) were diagnosed as glaucomatous. All samples were more than 40 years of age; the majority were between the ages of 51-60. Demographic characteristics of the samples are as shown in Table I.

Table I: Patients' demographic characteristics

Characteristics	**N (%)**
Samples	
Total	27 (100)
Gender	
Male	12 (44.44)
Female	15 (55.55)
Age group	
41-50	3 (11.11)
51-60	10 (37.04)
61-70	8 (29.63)
>70	6 (22.67)
Diabetes mellitus	15 (55.56)
Family history of glaucoma	2 (7.41)
History of ocular trauma	4 (14.81)
Eyes (from 27 samples)	
Blind	2
Intact	52
Glaucoma	15

Table II: The sensitivities, specificities, diagnostic accuracies, and likelihood ratios of each rule

Five Rules	Sensitivity	Specificity	Diagnostic Accuracy	LR+	LR-
Rule 1 VCDR	73.33%	97.30%	90.38%	27.1334	0.2741
Rule 2 ISNT RULE	66.67%	89.20%	82.69%	6.1667	0.3737
Rule 3 RNFL	6.67%	97.30%	71.15%	2.4667	0.9593
Rule 4 PPA	66.67%	67.57%	67.31%	2.0556	0.4933
Rules 5 Haemorrhage	20.00%	97.30%	75%	7.4000	0.8222

Table II shows the sensitivities, specificities, diagnostic accuracies, and likelihood ratios of each rule. Among the Five Rules, the highest specificity (97.3%) was found in Rule 1 (Vertical cup disc ratio), Rule 3 (Retinal nerve fibre layer), and Rule 5 (Retinal and optic disc haemorrhage. In contrast, Rule 3 (Retinal nerve fibre layer) has extremely low sensitivity.

The diagnostic accuracy between the total points of positive signs and glaucoma was plotted, as seen in Table III. The cut-off for total scores which gives the highest sensitivity (93.33%) is $\geq$1 but it also gives the lowest specificity (56.76%). The cut-off for total scores that gives 100% specificity is $\geq$4 but this gives an extremely low sensitivity (6.67%). The ROC curve was plotted, with the area under the curve of 0.8910, as illustrated in Fig1.

Discussion:

To the author's knowledge, this is the first attempt to use Five Rules as the criteria in screening for glaucoma by fundus camera. Results of this study showed that Five Rules appears to be an effective tool, with a strong power of discrimination of 0.891. A relatively high diagnostic accuracy of this equipment indicates that it may be possible to use the tool in real clinical practise.

Considering a cut-off for the tool to be used in general screening, there was a trade-off between minimising false negatives and an excessive workload due to false positives. When the cut-off of $\geq$1 point is applied, the sensitivity is as high as 93.33%, with a relatively low specificity of 56.76%. Despite advantages of high sensitivity to minimise false negatives, however, the cut-off of $\geq$1 causes a rate of false positives as high as 43% or more. This implies, if a mass screening is undertaken, almost half of the glaucoma-free participants would yield a positive result and require further investigation. This in turn, incurs unnecessary workload and subsequent medical costs. Considering applying a 1 point cut-off is recommended only for ophthalmology healthcare providers which can manage a large number of referrals and have enough ophthalmologists.

Despite having lower sensitivity than the cut-off of 1, cut-offs of $\geq$2 and $\geq$3 points yield a relatively higher diagnostic accuracy, with high specificities of 94.59% and 97.3%, respectively. Application of the cut-offs of 2 or 3 points thus seems to be realistic in terms of preventing excessive workload and extra costs from the false positive results. However, with a relatively higher sensitivity of 73.33% when applying the $\geq$2 point cut-off, compared with a sensitivity of 60% for the $\geq$3 point cut-off, using $\geq$2 points as a cut-off will result in a lower rate of undetected

glaucomatous patients, which may be suitable for mass screening in the general population.

False positive results of the test may occur with patients who had not only glaucomatous eye but also other eye conditions such as diabetic retinopathy and retinal diseases; that is, a positive test in each rule may be associated with other medical conditions, apart from glaucoma. For example, a positive result from Rule 5 (Retinal and optic disc haemorrhage) may imply the existence of diabetic retinopathy, a history of typical migraine headache and increasing systolic blood pressure[12]. Interpretation of the positive results should be done with caution, accounting for other possible health conditions that might affect the test.

The highest sensitivity when using Five Rules as a tool in glaucoma screening is 93.33%. It indicated that about 6.67% of all samples with glaucomatous eye had negative test results. In practice, there are other controversial clinical criteria to diagnose glaucoma, such as detection of progressive damage of the optic nerve head with ambiguous appearance[13] or specific pattern of visual function deficit[13, 14], especially when compounded with high intraocular pressure. These were not included in the Five Rules and lead to false negative results.

Some of the Five Rules, such as measuring the vertical cup to disc ratio, are based on visual inspection, which may be influenced by the personal experience and clinical judgement of each ophthalmologist. This can possibly leads to false negative results.

One of the limitations of this study is the measurement validity as there was only one general ophthalmologist who interpreted the Five Rules scores. However, the practical recommendation suggests that diagnosis of glaucoma should be based on the opinions from at least three ophthalmologists[15]. Future study may improve the accuracy of the outcome measurement by employing three glaucoma specialists in the diagnosis.

Another source of false negatives could be from the equipment used in this study. The fundus camera itself is not generally used as a standard tool to inspect eye ground for diagnosing glaucoma, possibly owing to the limited quality of fundus photographs produced. This concern was raised in a previous study[16] which compared the evaluation of vertical cup to disc ratio in glaucoma patients between the standard indirect ophthalmoscope with a 78 D lens and the non-mydriatic fundus camera. The estimated VCDR values were similar)$p<0.001$ (but the non-mydriatic fundus camera yielded only 68.4% sensitivity. To improve sensitivity of the screening, incorporating other screening tools, such as measuring intraocular pressure, may be recommended.

An issue worth mentioning is the possible selection bias which could affect the sensitivity in this study. This could result from some clinical criteria which appear in the screening tests presenting only in the late phase of glaucoma. Five rules are thus inclined to give a positive result when screening in late stage glaucoma[17, 18], whereas these signs may be missing in the early phase of glaucoma. Samples of this study were recruited from out-patients at the Ophthalmology Department, which contains a high proportion of patients in late stage of glaucoma, presenting with progressively and severely glaucomatous eyes. These samples might not be representative of the silent glaucomatous patients in the population of which the majority might still be in the early stages. Future research, using samples from the general population, is suggested.

The other limitation of this study is the result uncertainty as a consequence of the small sample size used.

The power would have increased if there had been more samples in this study. To reduce this result uncertainty, conducting a prospective study may be required to collect a larger sample size.

The feasibility of utilising the Five Rules in glaucoma screening by non-ophthalmologists requires nurses to be trained to use Five Rules to screen for glaucoma using a fundus camera. This possibility works particularly well in the context of the Thai public health, where at least one fundus camera is currently available in all hospitals for diabetic retinopathy screening, and primary care nurses are assigned to perform the fundus screening in this regard. Using the Five Rules could be an effective method to screen for glaucoma with low costs and small additional workload in the current setting. Nonetheless, a diagnostic test would be required to demonstrate the accuracy of screening by nurses, compared with ophthalmologists, before implementing the screening in real practise.

Acknowledgement:

The author thanks Andrew Sherratt for comments, proof reading, and providing advice on English language usage. Additionally, the author thanks all professors in the Department of Social Medicine, Lampang Hospital who have been supportive during the study period.

Reference

1.Tham Y-C, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng C-Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology. 2014;121(11):2081-90.

2.Foster PJ, Buhrmann R, Quigley HA, Johnson GJ. The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. British journal of ophthalmology. 2002;86(2):238-42.

3.Weinreb RN, Aung T, Medeiros FA. The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. Jama. 2014;311(18):1901-11.

4.Bourne R, Sukudom P, Foster P, Tantisevi V, Jitapunkul S, Lee P, et al. Prevalence of glaucoma in Thailand: a population based survey in Rom Klao District, Bangkok. British journal of ophthalmology. 2003;87(9):1069-74.

5.Iskedjian M, Walker J, Vicente C, Trope GE, Buys Y, Einarson TR, et al. Cost of glaucoma in Canada: analyses based on visual field and physician's assessment. Journal of glaucoma. 2003;12(6):456-62.

6.Quigley HA. Number of people with glaucoma worldwide. British journal of ophthalmology. 1996;80(5):389-93.

7.Metheetrairut A, Singalavanija A, Ruangvaravate N, Tuchinda R. Evaluation of screening tests and prevalence of glaucoma: integrated health research program for the Thai elderly. Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet. 2002;85(2):147-53.

8.Vaahtoranta-Lehtonen H, Tuulonen A, Aronen P, Sintonen H, Suoranta L, Kovanen N, et al. Cost effectiveness and cost utility of an organized screening programme for glaucoma. Acta Ophthalmologica. 2007;85(5):508-18.

9.Burr JM, Mowatt G, Hernández R, Siddiqui M, Cook J, Lourenco T, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening for open angle glaucoma: a systematic review and economic evaluation. Health technology assessment (Winchester, England). 2007;11(41):1-190.

10.Fingeret M, Medeiros FA, Susanna R, Weinreb RN. Five rules to evaluate the optic disc and retinal nerve fiber layer for glaucoma. Optometry-Journal of the American Optometric Association. 2005;76(11):661-8.

11.StataCorp L. Stata 13. College Station: StataCorp LP. 2014.

12.Healey PR, Mitchell P, Smith W, Wang JJ. Optic disc hemorrhages in a population with and without signs of glaucoma. Ophthalmology. 1998;105(2):216-23.

13.Liesegang TJ, Gregory LS, Cantor LB. Basic and Clinical Science Course-American Academy of Ophthalmology. Retina and Vitreous. 2007;12.

14.Hart Jr WM, Becker B. The onset and evolution of glaucomatous visual field defects. Ophthalmology. 1982;89(3):268-79.

15.Detry-Morel M, Zeyen T, Kestelyn P, Collignon J, Goethals M, Society BG. Screening for glaucoma in a general population with the non-mydriatic fundus camera and the frequency doubling perimeter. European journal of ophthalmology. 2004;14(5):387-93.

16.Leeprechanon N. The use of the non-mydriatic fundus camera in glaucoma evaluation. วารสาร จักษุ ธรรมศาสตร์ (Thammasat Thai Journal of Ophthalmology: TTJO). 2009;4(1):1-9.

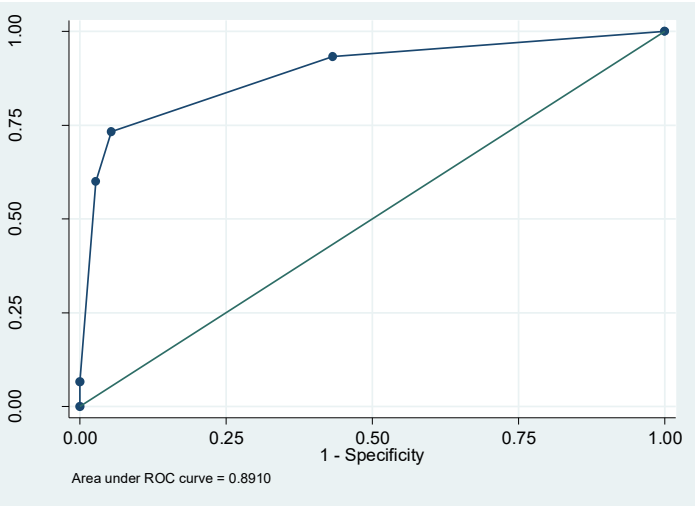
17.Siegner SW, Netland PA. Optic disc hemorrhages and progression of glaucoma. Ophthalmology. 1996;103(7):1014-24.

18.Jonas JB, Xu L. Optic disk hemorrhages in glaucoma. American journal of ophthalmology. 1994;118(1):1-8.

Table III: The diagnostic accuracy between the total numbers of positive points and glaucoma

Number of positive points	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Diagnostic Accuracy	LR+	LR-
0	100.00%	0.00%	28.85%	1.00	
≥1	93.33%	56.76%	67.31%	2.16	0.12
≥2	73.33%	94.59%	88.46%	13.55	0.28
≥3	60.00%	97.30%	86.54%	22.22	0.41
≥4	6.67%	100.00%	73.08%		0.93
5	0.00%	100.00%	71.15%		1.00

Figure (1) The area under the ROC curve represents the power of discrimination between glaucoma and normal



ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Environmental Factors Affecting Work Stress of Health Officers in Namon District, Kalasin Province

สุพจน์ งามแสง[1] ชัยธัช จันทร์สมุด[2] ลำพูน เสนาวัง[3]
Supot Ngamsaeng[1] Chaitach Jansamood[2] Lumpoon Sanawang[3]

(Received: February 11 ,2019 ; Accepted: March 27 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมุติฐานโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบพหุคูณ ด้วยเทคนิค Enter

ผลการวิจัย 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการควบคุมงาน ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสภาพการทำงาน 2) คุณลักษณะทางประชากรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานบุคลากร อายุการทำงานและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 3) เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยทางพหุคูณโดยใช้เทคนิค Enter พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ Y=4.067-0.080(เพศ)-0.057(อายุ)+0.041(สถานภาพสมรส)-0.058(ระดับการศึกษา)+0.026(อาชีพ/ตำแหน่ง)-0.021 (อายุการทำงาน)+0.012(รายได้เฉลี่ยต่อเดือน)+0.011 (ปัจจัยสิ่งแวดล้อม)

Abstract

This research aimed to study opinion about work stress and environmental factors affecting work stress of health officers in Namon district, Kalasin province. The population consisted of 150 officers. The questionnaires were developed and used to collect data. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Testing the hypotheses by Multiple Regression, Enter technique.

Result : 1) Health officers in Namon district, Kalasin province showed their opinion about work stress total and each aspect include control work, support from colleagues and support from supervisors was at high level but work condition was at medium level. 2) Demographic characteristics include gender, age, marital status, education level, personnel status, working time and monthly income do not affecting work stress of health officers in Namon district, Kalasin province. 3) Regarding relation among predictive variables, do not had relations. However, when put into the predictive equation it can be written in the form of raw score as follow. Y=4.067-0.080(gender)-0.057(age)+0.041(marital status)-0.058(education level)+0.026(personnel status) -0.021(working time)+0.012(monthly income)+0.011 (environmental factors)

[1] นักศึกษาหลักสูตร วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

[2] ผศ.ดร. คณะศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

[3] ดร. คณะศิลปะศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทยในไตรมาสที่ 3 พ.ศ. 2558 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-12 ของเดือนกรกฎาคม สิงหาคม และกันยายน 2558ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[1] พบว่า คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 31.44 คะแนน เป็นผู้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) ร้อยละ 64.9 ของคนอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป (34.01-45.00 คะแนน) ร้อยละ 18.7 และผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00-27.00 คะแนน) ร้อยละ 16.4 หากพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า คนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีความสุข มากกว่าภาคอื่นๆ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเท่ากันคือ 31.71 คะแนน รองลงมาเป็นภาคเหนือ 31.55 คะแนน กรุงเทพมหานคร 31.34 คะแนน และภาคกลาง 30.97 คะแนน เมื่อนำข้อมูลมาพิจารณาเป็นรายจังหวัดตามคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตมากสุด 5 ลำดับแรก พบว่า จังหวัดสิงห์บุรีเป็นจังหวัดที่มีความสุขมากที่สุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต 34.43 คะแนน ลำพูน และพระนครศรีอยุธยาเท่ากันคือ 33.63 คะแนน บึงกาฬ 33.45 คะแนน และพังงา 33.30 คะแนน สำหรับจังหวัดที่มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตน้อยสุด 5 ลำดับ ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู28.94 คะแนน สมุทรปราการ 29.17 คะแนน ชลบุรี 29.29 คะแนน สกลนคร 29.54 คะแนน และนครปฐม 29.57 คะแนน แต่อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิตแล้ว ยังจัดว่าอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) ทั้งนี้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อช่วยพัฒนาให้ คนไทยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ภาวะเศรษฐกิจมีการพัฒนาเปลี่ยนแปรงสู่ความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันที่ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาและส่งผลกระทบต่อการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานราชการ องค์การธุรกิจเอกชน บริษัท ห้างร้าน หรือ ผู้ประกอบการต่าง ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อม ทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และ สาเหตุต่าง ๆ อาทิเช่น สาเหตุจากจิตใจ ความต้องการ ที่เกิดขึ้นในจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความเปลี่ยนแปลง ในสถานการณ์ที่คนเราเกิดความเครียด จากความเจ็บป่วย เช่น การเจ็บไข้ได้ป่วย หรือโรคที่รักษาไม่หาย ปัจจัยทางชีวภาพ สรีระวิทยา บุคคลใดบุคคลหนึ่งอาจมีพันธุกรรมหรือมีความผิดปกติของอวัยวะร่างกายอยู่แล้ว มีการเจ็บป่วยทางร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการทำงานในระบบต่างๆ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม แสงแดด ความร้อน อากาศ ความหนาว เย็น ปัจจัยทางสังคม หรือ มนุษย์ด้วยกันเอง อาจสร้างปัญหาให้แก่กัน มีความขัดแย้งในการอยู่ร่วมกัน ปัจจัยทางจิตใจ ความขัดแย้งในจิตใจของตนเอง ปัจจัยทางความคิด ซึ่งขัดแย้งกับความเป็นจริงในสังคม จึงเป็นสาเหตุและที่มาของปัญหาในการพัฒนาองค์กร ดังนั้นปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะสังคม เศรษฐกิจการเมืองเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จะประสบปัญหาดังกล่าวและก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคภัยต่าง ๆ นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลกระทบต่อสมรรถนะการทำงานอีกด้วย[2,3,4]

อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นพื้นที่ตั้ง ของมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ซึ่งส่งผลให้มีประชากรเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวนมาก แต่ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานไม่เพียงพอต่อความต้องการจึงเกิดปัญหาต่าง ๆประชากรส่วนใหญ่ที่บุกรุกที่ดินสาธารณะ เพื่อทำมาหากิน และสร้างที่อยู่อาศัยเป็นลักษณะชั่วคราว มักจะใช้ประโยชน์จากที่ดินนั้นโดยไม่คำนึงถึงความลาดของพื้นดิน ทำให้น้ำท่วมถึง และได้รับอันตรายที่เกิดจากธรรมชาติความหนาแน่นของประชากร ความแออัด และการจราจรที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนแบบแผนการกระจายตัว ของที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม ประชากรที่อยู่ในกลุ่มคนยากจนที่สุด มีการเพิ่มจำนวนมาก หลายคนในจำนวนนี้ โดยเฉพาะที่เป็นผู้หญิง และเด็กจะเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสังคมที่สุดสภาพทางชีวิภาพ เคมี กายภาพของมลพิษในอากาศ น้ำ และที่ดิน มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากอุตสาหกรรม การขนส่ง

การผลิตพลังงาน และของเสียจากที่อยู่อาศัย และการค้าขายเนื่องจากปัญหาการเงิน และการบริหารจัดการ ไม่สามารถดำเนินการให้มีสาธารณูปโภคที่เพียงพอ ปลอดภัย ถูกหลักสุขาภิบาล และไม่เอื้อให้มีการส่งเสริมการจ้างงาน และมีที่อยู่อาศัยที่เพียงพอ การจัดการของเสียอย่างเหมาะสม มีความมั่นคงในชีวิต และทรัพย์สิน การควบคุมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการจัดบริการทางสังคม และสุขภาพที่ดี ปัญหาขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นรอบมหาวิทยาลัยปัญหามลพิษทางน้ำ ทางอากาศ ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากร การระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำปัญหาสารพิษตกค้างในอาหารและสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้สารพิษกำจัดแมลงทางการเกษตรปัญหาความเสื่อมโทรมของแหล่งน้ำ การขยายตัวของชุมชนและ ที่ก่อให้เกิดปัญหาแหล่งน้ำเสื่อมคุณภาพปัญหาการเสื่อมโทรมของดินปัญหาคุณภาพและการกระจายตัวของประชากร

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้มีโรคภัยต่าง ๆ ตามมา และการควบคุมโรคอยากขึ้นปริมาณงานมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจในเรื่องสุขภาพจิตโดยเฉพาะความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธรณสุขทีดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพและปกป้องทางสังคมโดยชุมชนในพื้นที่เพื่อนำข้อมูลทางด้านความเครียดจากการทำงานมาหาสาเหตุวางแผนแก้ไขปัญหาและป้องกันความเครียดจากการทำงาน รวมทั้งการให้คำปรึกษาที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากร คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนทั้งสิ้น 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถาม โดยมีองค์ประกอบของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ/ตำแหน่ง อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อประเมินปัจจัยสภาพสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถาม JCQ (Job Content Questionnaire) มาใช้วัดความเครียดจากการทำงาน ซึ่งมีต้นแบบมาจาก The U.S. Quality of Employment Surveys (QES) ตามแนวคิด Demand Control Support Model ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพการทำงาน ด้านการควบคุมงาน ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด มีจำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อเสนอแนะทั่วไป/ข้อควรปรับปรุงแก้ไขในการทำวิจัยในครั้งนี้และครั้งต่อไป โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือไปเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ภาษาและความถูกต้อง (IOC) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน

ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ชุด เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าอำนาจจำแนกด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Item-total Correlation) ซึ่งคัดเลือกที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับ ความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์คุณลักษณะทางประชากรและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.60) อายุต่ำกว่า 30 ปี (ร้อยละ37.80) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.50) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.50) สถานบุคลากรเป็นพนักงานกระทรวง (ร้อยละ 32.20) อายุการทำงาน 6-10 ปี (ร้อยละ 38.50) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 44.80)

2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่พบมากที่สุด ได้แก่ การติดเชื้อโรคจากงาน (ร้อยละ 58.70) รองลงมา ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องจักร หรืออุปกรณ์ที่อันตราย (51.00) และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ สภาพจราจร เช่น คนขับไร้วินัย รถติด (ร้อยละ 19.60)

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.66) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านสภาพการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าท่านต้องทำสิ่งซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้งในการทำงานมากที่สุด ($\bar{X}$= 3.87) รองลงมาคือค่าตอบแทนน้อยเกินไปสำหรับภาระงาน ($\bar{X}$= 3.73) และท่านต้องพบปัญหาหรือขัดแย้งกับบุคคลอื่นเสมอ น้อยที่สุด ($\bar{X}$= 3.03)

ด้านการควบคุม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.92) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าต้องมีความรับผิดชอบในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.26) รองลงมาคือสามารถลำดับงานที่ต้องทำก่อนและหลังได้อย่างดี ($\bar{X}$= 4.08) และต้องใช้สมาธิมากและนานเป็นพิเศษในงานของตนเองน้อยที่สุด ($\bar{X}$= 3.43)

ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.88) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าให้ร่วมมือและร่วมใจกันทำงานจนสำเร็จลุล่วง มากที่สุด ($\bar{X}$= 4.22) รองลงมาคือร่วมสังสรรค์ในโอกาสสำคัญเสมอ ($\bar{X}$= 4.10) และมอบสิ่งของหรือของขวัญในโอกาสสำคัญโดยตลอดน้อยที่สุด ($\bar{X}$= 3.57)

ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าให้ความสนใจและรับฟังความคิดเห็นของท่านและมีความเป็นกันเองกับชุมชนและผู้ทำงานทุกคน มากที่สุด ($\bar{X}$= 3.66) รองลงมาคือ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำงานให้กับท่าน ($\bar{X}$= 3.60) และมอบสิ่งของหรือของขวัญแก่ท่านในโอกาสสำคัญ น้อยที่สุด ($\bar{X}$= 3.33)

4. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปร	E	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8
E	1.000								
X1	-0.086 (0.153)	1.000							
X2	-0.061 (0.234)	-0.069 (0.208)	1.000						
X3	0.015 (0.429)	0.067 (0.214)	0.589** (0.000)	1.000					
X4	-0.097 (0.124)	0.000 (0.498)	-0.330** (0.000)	-0.330** (0.000)	1.000				
X5	-0.024 (0.386)	-0.042 (0.307)	0.231** (0.003)	0.157 (0.030)	0.374** (0.000)	1.000			
X6	-0.070 (0.204)	0.044 (0.301)	0.679** (0.000)	0.561** (0.000)	-0.148 (0.039)	0.376** (0.000)	1.000		
X7	-0.087 (0.151)	0.103 (0.110)	0.281** (0.000)	0.137 (0.051)	0.382** (0.000)	0.385** (0.000)	0.518** (0.000)	1.000	
X8	0.107 (0.102)	-0.095 (0.131)	-0.064 (0.224)	-0.049 (0.281)	0.038 (0.328)	0.027 (0.375)	-0.067 (0.215)	-0.047 (0.288)	1.000

หมายเหตุ * = มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

** = มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

(...) = ค่า p (sig.)

จากตาราง 1 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติจึงสามารถนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 8 ตัว มาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) ได้ที่ระดับ 0.05

ตาราง 7 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	**VIF**
ค่าคงที่ (Y)	4.067	0.276		14.720	.000	
เพศ	-0.080	0.078	-0.089	-1.020	0.310	1.062
อายุ	-0.057	0.056	-0.134	-1.034	0.303	2.349
สถานภาพสมรส	0.041	0.059	0.079	0.699	0.486	1.777

ตาราง 7 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	VIF
ระดับการศึกษา	-0.058	0.041	-0.169	-1.413	0.160	2.011
อาชีพ/ตำแหน่ง	0.026	0.040	0.068	0.655	0.514	1.532
อายุการปฏิบัติงาน	-0.021	0.038	-0.081	-0.564	0.573	2.865
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.012	0.044	0.033	0.280	0.780	1.996
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	0.011	0.010	0.095	1.111	0.269	1.018

จากตาราง 2 พบว่าตัวแปรพยากรณ์ได้แก่เพศ (X1) อายุ (X2) สถานภาพสมรส (X3) ระดับการศึกษา (X4) อาชีพ/ตำแหน่ง (X5) อายุการทำงาน. (X6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (X7) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (X8) โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ทุกตัว (F=0.783 p=0.619 และ t=-14.720) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (VIF มีค่าน้อยกว่า 10) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการทำงานได้ร้อยละ 1.20 (Adj R2=0.012) จึงไม่มี Multicollinearity ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

Y=4.067-0.080(เพศ)-0.057(อายุ)+0.041(สถานภาพสมรส)-0.058(ระดับการศึกษา) +0.026(อาชีพ/ตำแหน่ง)-0.021(อายุการทำงาน)+0.012(รายได้เฉลี่ยต่อเดือน)+0.011(ปัจจัยสิ่งแวดล้อม)

สรุปและอภิปรายผล

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามนจังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ด้านสภาพการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องทำสิ่งซ้ำ ๆ หลาย ๆ ครั้งในการทำงาน ค่าตอบแทนน้อยเกินไป สำหรับภาระงานงานที่ทำอยู่มีความหลากหลายไม่มีเวลาว่างในวันหยุดราชการเนื่องจากต้องทำงานและมีเวลาจำกัดในการทำงานที่ได้รับผิดชอบ ด้านการควบคุมงานอยู่ในระดับสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีความรับผิดชอบในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง สามารถลำดับงานที่ต้องทำก่อนและหลังได้อย่างดีพัฒนาตนเองในการทำงานต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ๆอยู่เสมอและเสนอความเห็นในงานของตนเองต่อผู้บังคับบัญชาได้โดยตรง ด้านการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับสูง ให้ความร่วมมือและร่วมใจกันทำงานจนสำเร็จลุล่วง ร่วมสังสรรค์ในโอกาสสำคัญให้ความเป็นกันเองกับชุมชนและผู้ทำงานทุกคนช่วยเตือนและร่วมแก้ไขปัญหาเมื่อทำงานผิดพลาด ด้านการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับสูง ให้ความสนใจและรับฟังความคิดเห็นของท่านและมีความเป็นกันเอง จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการทำงาน และให้การช่วยเหลืองานของท่านจนสำเร็จลุล่วง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรินทร์ คำมะภา (2559 : บทคัดย่อ)[5] ได้ทำการศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ภาระงานมากขึ้นการมีภาระที่ต้องดูบุตร/หลานค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอสถานการณ์ความไม่สงบพื้นที่และมีปัญหาด้านสุขภาพและการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลาการสาธารณสุขพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรียนหน่วยงานและวิชาชีพ ส่งผลต่อความสุขและความเครียดของบุคลากร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีเรื่องร้องเรียนบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียดและลาออกจากงานอีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศรินทร์ ปัญญาดวง (2552 : บทคัดย่อ)[4] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานจากการรับรู้ของพนักงานให้บริการลูกค้าทางโทรศัพท์ผลการศึกษาพบว่าพนักงานให้บริการลูกค้าทางโทรศัพท์มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

ในการทำงานจากการรับรู้ของพนักงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. คุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์พบว่า คุณลักษณะทางประชากรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะบุคลากร อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ไม่ส่งผลต่อความเครียดจากการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นเพราะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความเครียดแต่ไม่กล้าที่จะแสดงออกทางความคิดเห็น ซึ่งอาจจะเป็นผลเสียต่อการปฏิบัติงานของตัวเจ้าหน้าที่เอง ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของวัชรินทร์ คำมะภา (2559 : บทคัดย่อ) [5] ศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธรณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ภาระงานมากขึ้นการมีภาระที่ต้องดูบุตร/หลานค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอสถานการณ์ความไม่สงบพื้นที่และมีปัญหาด้านสุขภาพและการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรการสาธารณสุขพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรียนหน่วยงานและวิชาชีพ ส่งผลต่อความสุขและความเครียดของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

1. จัดหางบประมาณค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้นจากเดิมรวมทั้งปรับลดภาระงานหรือความหลากหลายของงานให้สมดุลเพื่อความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน

2. จัดอบรมการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการทำงานอีกทั้งยังช่วยควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานได้

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานอย่างแท้จริง

4. ควรทำการศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดร่วมกับการศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเครียดจากการทำงาน เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย สิงหาคม พ.ศ. 2557.** กรุงเทพฯ : สำนักสถิติพยากรณ์. 2557.

2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน.** (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://www.suicidethai.com. 2558.

3. กิตติพล ปานเจริญ. **สาเหตุของความเครียดในการทำงานของข้าราชการในสำนักงานที่ดินจังหวัดระยอง.** วิทยานิพนธ์ รป.ม.(นโยบายสาธารณะ) ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548.

4. เกศรินทร์ ปัญญาดวง. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานจากการรับรู้ของพนักงานให้บริการลูกค้าทางโทรศัพท์.** วิทยานิพนธ์ ศษ.ม.(จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว) เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2552.

5. วัชรินทร์ คำมะภา. **ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อความเครียดจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.** วิทยานิพนธ์ วท.ม วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต : มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

The effect of program applying the protection motivation and social support theories towords practice to prevent overweight of senior primary school students inBangkratumDistrict,Phitsanulok Province

วรรณา วิเชียรสรรค์[1],วุฒิชัย จริยา[2]

WannaWicheansun[1] ,Wutthichai Jariya[2]

(Received: March 7 ,2019 ; Accepted: April 30 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ระยะเวลาดำเนินการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และTwo-way repeated measure ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนของตนในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค, ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This quasi–experimental research aimed to examine the effect of program applying the protection motivation and social support theories towards practice to prevent overweight of senior primary school students. The purposive sample group of 66 students were divided into an experimental group and a control group, each group composed of 33 students. The overweight prevention program had been implemented in the experimental group for 12 weeks. Data were collected by questionnaires. Statistic utilized for data analysis were analyzed by percentage, mean, standard deviation,Independent t-test andtwo-way repeated measure ANOVA.

The results showed that the mean score of perceived severity of diseases caused by overweight, perceived susceptibility of overweight, response efficacy, self-efficacy, practice for overweight prevention and social support to prevent overweight in the experimental group was statistically significant higher (p-value < 0.05) than before receiving the program and statistically significant higher (p-value < 0.05) than that in the control group.

Key words:Overweight Prevention,Protection Motivation Theory, Social Support Theory

---

[1]นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2]อาจารย์ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาต่อสุขภาพและเป็นภัยคุกคามใหม่ของเด็กวัยเรียนเข้าขั้นอันตราย ซึ่งเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและเด็กที่อ้วนมีแนวโน้มที่จะเข้าสู่การเกิดโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เกิดปัญหาทางจิต ซึ่งปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เป็น 5 อันดับ แรกของโลก[1]

จากการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินในเด็กไทยวัยเรียน 6-12 ปี (ปี 2556-2558) มีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.9 , 9.5 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ[2]โดยเด็กไทยมีพฤติกรรมการ บริโภคน้ำตาลเฉลี่ยสูงถึง 30.4 กรัม/คน/วัน ซึ่งสูงกว่าปริมาณสูงสุดที่ควรบริโภค (24 กรัม/คน/วัน) ถึงร้อยละ 27 ส่วนใหญ่ได้รับน้ำตาลจากนมเปรี้ยวและน้ำอัดลม ขณะที่เด็กอายุ 6-14 มีพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มรสหวาน ขนมกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ ข้าวโพดอบเนย อาหารประเภทไขมันสูง เป็นประจำถึงร้อยละ 20.65 สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น[3]ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุการเกิดภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มวัยเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 4-6 นั้น ผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารมัน ขนมกรุบกรอบ และชอบรับประทานบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป[4]อีกทั้งปัจจุบันยังพบปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอของกลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี ในปี 2558 เฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 64.8[5] นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลจากสังคมจากการมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น การติดทีวี หรือ ติดคอมพิวเตอร์ อินเตอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้ขาดการเคลื่อนไหวทางร่างกาย ขาดการออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้เกิดการสะสมไขมันในส่วนต่างๆของร่างกายเกินปกติ เกิดความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป เมื่อพลังงานที่ได้รับมากกว่าพลังงานที่ใช้ไป จะทำให้เกิดการสะสมของไขมันและส่งผลต่อการภาวะน้ำหนักเกิน[6]

จากรายงานภาวะการเจริญเติบโต เด็ก 6-12 ปีโดยใช้เกณฑ์วัดตามน้ำหนักต่อส่วนสูงของสำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558ของจังหวัดพิษณุโลก พบว่าการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุ 6-12 ปีในปี 2556-2558ร้อยละ 11.43,12.68 และ 13.06 ตามลำดับ เมื่อแจงเป็นรายอำเภอ พบว่าอำเภอที่มีแนวโน้มการเกิดภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นทุกปี คือ อำเภอบางกระทุ่ม มีภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุ 6-12 ปี ร้อยละ 10.57,11.7 และ 12.1 ตามลำดับ[7]โดยอำเภอบางกระทุ่มนั้น ได้มีการทำกิจกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ด้วยวิธี การจัดการเรียนการสอน บรรยายให้ความรู้ โภชนศึกษาในชั้นเรียน มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน จากการทำกิจกรรมที่ผ่านมานั้น คงไม่เพียงพอที่จะสามารถทำให้เด็กนักเรียนเกิดการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินได้ เพราะดูจากสถานการณ์แนวโน้มการเกิดภาวะน้ำหนักเกินที่ผ่านมายังมีการเพิ่มขึ้น อีกทั้ง บริบทสภาพแวดล้อมของโรงเรียน นั้น บางโรงเรียนมีสถานที่ตั้งอยู่ใกล้ร้านสะดวกซื้อ ร้านขายขนมกรุบกรอบ ทำให้ง่ายต่อการเลือกซื้อ และถึงแม้ว่าทางโรงเรียนจะมีนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพปลอดน้ำอัดลมและขนมกรุบกรอบ ไม่ให้ร้านค้าในโรงเรียนจำหน่าย น้ำอัดลม และขนมกรุบกรอบ แต่ก็ยังจะพบเห็นได้ตามหน้าโรงเรียน ที่พ่อค้าแม่ค้า ต่างสรรหาของกินของเล่นแปลก ๆ ไว้ล่อตาล่อใจเด็กนักเรียน เช่น น้ำหวานใส่น้ำแข็ง น้ำอัดลม ของทอด ลูกอม เป็นต้น[8]

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นหาทฤษฎีเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโดยจากผลการศึกษาของ แคทรียา แสงศิริพงษ์[9]ได้ใช้กิจกรรมที่ประยุกต์ใช้มาจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social SupportTheory)พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงเสริมที่สำคัญมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล[10]การป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัย

เรียนนั้น นอกจากจะได้รับแรงสนับสนุนจากผู้มีอิทธิพลแล้ว ควรจะมีการจัดรูปแบบหรือโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเด็กวัยเรียนเอง มีการสร้างการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความสมดุลของพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ไป การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย ในการทำกิจกรรมแต่ละวัน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ดังเช่นงานวิจัยของ ชื่นจิตต์ จันทร์พร้อม[11] ซึ่งได้ใช้กิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger,1987 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าเด็กนักเรียนที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ในการจัดโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สามารถป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนได้ และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two-group repeated measures design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมแต่ได้รับกิจกรรมการเรียนการสอนที่โรงเรียนตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6ที่ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) . นักเรียนมีความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรม.นักเรียนสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดจนจบโปรแกรม นักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง(ค่าคะแนน อยู่ระหว่าง 10-23 คะแนน) ผู้ปกครองเด็กนักเรียนยินดีให้นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างเกิดการเจ็บป่วยระหว่างการศึกษาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการย้ายโรงเรียนไปเรียนที่อื่น กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร2กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวนทั้งหมด 66 คน คือนักเรียนในกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน และนักเรียนในกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน

ทำการคัดเลือกโรงเรียนกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อที่จะทำการศึกษาวิจัยด้วยวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. โรงเรียน มีสภาพใกล้เคียงกันมากที่สุด เช่น สถานที่ตั้งโรงเรียน ขนาดของโรงเรียน จำนวนนักเรียน สภาพแวดล้อมทางสังคม

2. ผู้บริหารโรงเรียนและครู มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลองตลอดโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ชุดกิจกรรมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนของตนในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ สื่อ วีดิทัศน์เอกสารคู่มือเกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายแบบบันทึกการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาซึ่งได้ค่า IOC การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน รายข้อ ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.66 – 1.00 ซึ่งมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์นำแบบสอบถามที่ได้ตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพค่าความเที่ยงโดย แบบสอบถามการการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนของตนในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินได้ค่าเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (หมายเลขโครงการ : 941/59) และได้รับการอนุญาตจากทางผู้อำนวยการโรงเรียนให้ดำเนินการวิจัย และผู้ปกครองของนักเรียน ในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการทำวิจัย ได้ทำการจัดโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีการเก็บข้อมูล หลังการทดลองและระยะติดตามผลกิจกรรมประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 (สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม) ชื่อกิจกรรม "รู้ไว้นะ ก่อนจะสาย" 1) บรรยายให้ความรู้ สาเหตุ อันตราย ความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน 2) ชมวีดีทัศน์ความรุนแรง อันตราย การรักษา ที่เกิดจากภาวะน้ำหนัก 3) ชมคลิปวิดีโอบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่พูดถึงสาเหตุอาการ ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้นและผลที่ตามมาหากมีภาวะน้ำหนักเกิน

สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 (สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน) ชื่อกิจกรรม "มารู้จักตนเองกันเถอะ"กิจกรรม "ไหนกันนะ ความเสี่ยง"และกิจกรรม "ต้นไม้ปัญหา" โดย 1) ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพอต ลงในกราฟประเมินภาวะโภชนาการ แล้ววิเคราะห์ผล 2) เล่นเกมส์จับคู่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน โดยผู้วิจัยจะมีแผ่นภาพให้จับคู่ว่าภาพไหนเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน โรคไหนเกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน 3) นักเรียนเขียนปัญหา สาเหตุของตัวเองว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและปัญหาที่คิดว่าไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้เขียนใส่

กระดาษไม่ต้องระบุชื่อแล้วพับไว้ไปติดในต้นไม้ปัญหาของเรา

สัปดาห์ที่ 4และ สัปดาห์ที่ 5 (สร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน) ชื่อกิจกรรม " เคล็ดลับนำสุขภาพดี"และกิจกรรม "แบบไหนดี" 1) มี ป้ายแสดงข้อความ ที่บอกถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการป้องกันตนเองจากภาวะน้ำหนักเกิน ว่าถ้ามีพฤติกรรมแบบนี้แล้วจะเกิดผลอย่างไร ทำแล้วจะสามารถป้องกันภาวะน้ำหนักเกินได้หรือไม่2) ชมภาพนายแบบนางแบบด้านบวกรูปร่างดี – ด้านลบรูปร่างอ้วนโดยภาพ3) ชมคลิปวิดีโอ เดินแบบหุ่นดี เดินแบบหุ่นอ้วนให้นักเรียนส่งตัวแทนนางแบบนายแบบของแต่ละกลุ่มเล่นกิจกรรมเดินแบบช่วยกันวิเคราะห์ตัวแบบทั้ง 2ด้าน และวิเคราะห์ว่า เราเป็นแบบไหนและอยากเป็นแบบไหน

สัปดาห์ที่ 6และ สัปดาห์ที่ 7 (สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน) ชื่อกิจกรรม "เราก็ทำได้" 1) ฝึกการคำนวณพลังงานที่ได้รับและใช้ไปแต่ละวัน 2) ฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การเต้นแอโรบิก 3) ทบทวนกิจกรรมจากครั้ง(สัปดาห์ที่ 3) ต้นไม้ปัญหา แล้วให้นักเรียน นำปัญหาที่ติดไว้ในต้นไม้ ช่วยกันเอาออกมาทีละใบเพื่อนำมาแก้ปัญหาร่วมกัน 4) ฝึกทักษะในการเลือกบริโภคอาหาร การเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ 5) จัดปาร์ตี้อาหารสุขภาพ โดยให้นักเรียนแบ่งกลุ่มกลุ่มละ 10 คนช่วยกันจัดเมนูสุขภาพ อาหารว่าง จากแหล่งภาพอาหารที่ผู้วิจัยจัดขึ้นกลุ่มละ 1 เมนู โดยนำเสนอ พร้อมอธิบาย วิธีการเลือก พลังงานที่ได้รับ และประโยชน์จากเมนูที่นักเรียนเลือกและ 6) สร้างข้อตกลงร่วมกันในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน (โดย ครู ผู้ปกครอง ทำแบบบันทึกแรงสนับสนุนทางสังคม พร้อมให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ผู้วิจัยติดตามทางกลุ่มไลน์และทางโทรศัพท์ของครู ผู้ปกครอง ในสัปดาห์ที่ 1,3,5,7)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ส่วนของข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากร วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferrential Statistics) ได้แก่ สถิติ Independent t-test และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนน ที่เปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ ของ Bonferroni

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.6 มีอายุ 12 ปีร้อยละ 60.6 มีระดับภาวะโภชนาการอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ93.93 พักอาศัยอยู่ด้วยกับบิดามารดาร้อยละ 51.5 มีพี่น้อง 2 คน ร้อยละ 54.5 บุตรคนที่ 1 ร้อยละ54.5 บิดามารดามีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 54.5 ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 39.4 นำเงินมาโรงเรียนเฉลี่ย 30.0 บาทต่อวัน ร้อยละ 75.8 เพียงพอในการใช้จ่ายร้อยละ 97.0 ส่วนใหญ่นำเงินไปซื้อขนมและเครื่องดื่มร้อยละ 81.8 เลือกซื้ออาหารเพื่อรับประทานตามคุณค่าโภชนาการร้อยละ 63.6 เคยได้รับข้อมูลหรือความรู้เรื่องการมีน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 90.9 ได้รับข้อมูลหรือความรู้เรื่องการมีน้ำหนักตัวเกินจากครู ร้อยละ 45.5 เคยได้ออกกำลังกายในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายด้วยวิธี วิ่ง ร้อยละ 48.5

2. ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ไม่แตกต่างกัน

3. หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ

ตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนัก เกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะ น้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 66)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		Mean difference	t	95 % CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน								
ก่อนการทดลอง	14.79	1.27	14.70	2.00	0.09	0.22	-0.73ถึง 0.91	0.827
หลังการทดลอง	19.94	1.95	14.15	2.25	5.79	11.15	4.75 ถึง6.82	< 0.001*
ระยะติดตามผล	19.91	2.00	13.36	2.76	6.54	11.02	5.35 ถึง7.73	< 0.001*
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน								
ก่อนการทดลอง	14.70	1.57	14.73	2.45	-0.030	-0.06	-1.04 ถึง 0.98	0.953
หลังการทดลอง	18.91	2.83	13.94	2.46	4.970	7.06	3.66 ถึง6.27	< 0.001*
ระยะติดตามผล	17.70	2.63	13.42	2.08	4.273	7.33	3.11ถึง 5.44	< 0.001*
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน								
ก่อนการทดลอง	18.33	1.81	19.15	1.80	-1.837	-1.83	-1.70 ถึง 0.72	0.071
หลังการทดลอง	24.67	1.65	19.18	2.23	5.485	11.38	4.52 ถึง6.45	< 0.001*
ระยะติดตามผล	25.00	2.46	19.15	2.18	5.848	10.21	4.70ถึง 6.99	< 0.001*
การรับรู้ความสามารของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน								
ก่อนการทดลอง								
หลังการทดลอง	17.09	1.94	17.67	2.37	-0.576	-1.08	-1.64 ถึง 0.49	0.284
ระยะติดตามผล	23.00	1.89	17.45	2.54	5.545	9.97	4.43 ถึง6.66	<0.001*
	23.21	2.91	17.45	2.19	5.758	9.07	4.49ถึง 7.03	<0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน								
ก่อนการทดลอง	22.30	2.72	22.52	3.09	-0.212	-0.29	-1.64 ถึง 1.22	0.768
หลังการทดลอง	28.09	3.51	22.39	2.99	5.697	7.09	4.09 ถึง7.30	< 0.001*
ระยะติดตามผล	28.45	3.49	22.61	2.84	5.848	7.55	4.30ถึง 7.39	< 0.001*
การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะ								

ตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนัก เกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะ น้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 66)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 33)		กลุ่มควบคุม (n = 33)		Mean difference	t	95 % CI	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
น้ำหนักเกิน								
ก่อนการทดลอง	18.09	1.53	18.30	2.19	-0.212	-0.45	-1.14 ถึง 0.71	0.649
หลังการทดลอง	23.12	2.69	17.33	2.26	5.788	9.46	4.57 ถึง7.01	< 0.001*
ระยะติดตามผล	22.88	3.67	17.48	2.37	5.394	7.06	3.87ถึง 6.92	< 0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และ การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p-value < 0.05)

4. หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยวิธีทดสอบ Bonferroni(n = 33)

ตัวแปร	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	95 % CI	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน					
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	14.79	19.94	-5.152	-6.08 ถึง-4.22	< 0.001*
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	14.79	19.91	-5.121	-6.15 ถึง-4.09	< 0.001*
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	19.94	19.91	0.030	-0.90 ถึง 0.96	0.948
F = 26.033 ,p < 0.001					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน					
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	14.70	18.91	-4.212	-5.12 ถึง -3.30	< 0.001*
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	14.70	17.70	-3.000	-4.13 ถึง -1.87	< 0.001*
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	18.91	17.70	1.212	-0.62ถึง 2.49	0.062
F = 9.429 , p < 0.001					
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน					
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง					
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	18.33	24.67	-6.333	-7.12 ถึง -5.55	< 0.001*
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	18.33	25.00	-6.667	-7.56 ถึง -5.77	< 0.001*
F = 77.147 , p < 0.001	24.67	25.00	-0.333	-1.22ถึง 0.55	0.454
การรับรู้ความสามารของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน					
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	17.09	23.00	-5.909	-6.60 ถึง -5.22	< 0.001*
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	17.09	23.21	-6.121	-6.98 ถึง-5.26	< 0.001*
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	23.00	23.21	-0.212	-1.09 ถึง0.66	0.630
F = 67.881 ,p < 0.001					
***มี แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน**					
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	22.30	28.09	-5.788	-6.95 ถึง -4.63	<0.001*
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	22.30	28.45	-6.152	-7.30 ถึง -5.00	<0.001*
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล	28.09	28.45	-0.364	-1.42 ถึง 0.69	0.495
F = 37.608 , p < 0.001					
การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน					
ก่อนทดลอง-หลังทดลอง	18.09	23.12	-5.030	-5.97 ถึง -4.09	< 0.001*
ก่อนทดลอง-ระยะติดตามผล	18.09	22.88	-4.788	-5.93 ถึง -6.65	< 0.001*

ตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ภายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยวิธีทดสอบ Bonferroni(n = 33)

ตัวแปร	Mean (ก่อน)	Mean (หลัง)	Mean difference	95 % CI	p-value
หลังทดลอง-ระยะติดตามผล F = 17.790 , p < 0.001	23.12	22.88	0.242	-0.96ถึง 1.44	0.688

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 2ผลการเปรียบเทียบ ความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง

และ ระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย ที่ได้จากโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินนั้นพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น หลังการทดลองและระยะติดตามผลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินนั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมุติที่ฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมการสร้างการรับรู้ การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ที่ดีขึ้นได้ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎี ในการสร้างกิจกรรม คือ

1.ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรม การบรรยายให้ความรู้ สาเหตุ อันตราย รวมถึงความรุนแรงของการเกิดโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน โดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกที่สื่อถึงความรุนแรง อันตรายที่จะเกิดขึ้น แสดงคลิปวิดีโอบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่พูดถึง สาเหตุอาการ ความรุนแรง และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองทราบถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นหากมีภาวะน้ำหนักเกินสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา อุตระชัย[12] ได้นำเอาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ ในการส่งเสริม

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยใช้การบรรยาย ประกอบสื่อ วีดีทัศน์ สื่อถึงความรุนแรง ของการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางมีสถิติ

2. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรม โดยการชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลลงในกราฟประเมินภาวะโภชนาการการเจริญเติบโต เพื่อให้ได้ทราบระดับภาวะโภชนาการของตนเอง ว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินหรือไม่สอดแทรกความรู้ด้วยเกมส์จับคู่ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งจะเป็นภาพพฤติกรรมสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน จัดหาวิธีค้นหาปัญหาโดยไม่เปิดเผยตัวตนโดยต้นไม้ปัญหา เป็นการเขียนปัญหาสาเหตุของตัวเองว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินลงไปในต้นไม้ที่จัดทำขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาชื่นจิตต์ จันทร์พร้อม[11]ได้นำเอาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนประถมศึกษา ปีที่ 4-6 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยมีกิจกรรม สื่อวิดิทัศน์ “ กินเล่นๆแต่อ้วนจริงๆ” พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมจัดทำป้ายคำแนะนำในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สื่อรูปภาพนายแบบนางแบบด้านบวกรูปร่างดี และนายแบบนางแบบ ด้านลบรูปร่างอ้วน ใช้สื่ออิเล็กทรอนิก ชมคลิปวิดีโอ เดินแบบหุ่นดี เดินแบบหุ่นอ้วน ว่ากลุ่มตัวอย่างอยากเป็นนายแบบนางแบบในด้านไหนสอดคล้องกับการศึกษาของชื่นจิตต์ จันทร์พร้อม[11]ได้ใช้กิจกรรมประชุมกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมในการควบคุมน้ำหนัก การแสดงตัวแบบ(ผู้ที่เคยอ้วนแล้วมีน้ำหนักปกติ) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรม ฝึกทักษะ โดยมีฝึกการคำนวณพลังงานที่ควรจะได้รับในแต่บุคคล ฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมโดยให้ปฏิบัติ ฝึกทักษะในการเลือกบริโภคอาหาร การเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ (โดยจัดทำตลาดนัดจำลองด้วยแผ่นภาพอาหาร) การจัดทำแบบบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จัดทำเมนูสุขภาพ อาหารว่างกลุ่มละ1 เมนูพร้อมนำเสนอ ทำกิจกรรมสัญญาใจ ทำข้อตกลงร่วมกันในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน สอดคล้องกับ ศิริญญาเหมวัชรสุวรรณ[13] ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพและน้ำหนักตัวของนักเรียนระดับประถมศึกษา ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จังหวัดปัตตานี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าก่อนการทดลอง

และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรม แจกคู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูล มีการกระตุ้นเตือน จาก ครู ผู้ปกครอง มีแบบบันทึกการให้แรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ปกครองและครูประจำชั้น เพื่อให้บันทึกการให้แรงสนับสนุนทางสังคมให้กับนักเรียน ในสัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และสัปดาห์ที่ 7 พร้อมให้คู่มือคำแนะนำในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินเพื่อให้ช่วยแนะนำนักเรียนในการปฏิบัติตัวการป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน สอดคล้องกับการศึกษาของแคทรียา แสงศิริพงษ์[9] ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนในโรงเรียนประถมศึกษา เขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ใช้ระยะเวลา ทำกิจกรรม 8 สัปดาห์และติดตามผลใน 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม เกมแข่งขันเคล็ดลับการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายสำหรับเด็กอ้วน โดยผู้ปกครองมีการกระตุ้นเตือน เข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งจากผลการวิจัยที่ได้จากโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน นั้นพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย ตัวแปรประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในหลังการทดลอง และในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ยังคง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมส่งผลทำให้ ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ด้านการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินนั้น สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา อุตระชัย[10]พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางมีสถิติสอดคล้องกับ การศึกษาของ สรินทร ไตรรงค์จิตเหมาะ[14]พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ไม่มีกระบวนการเรียนรู้ ในการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินนั้น มีผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมนั้น มีการเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินไปในทิศทางที่ลดลง ซึ่งต่อไปถ้าหากเรายังไม่มีการจัดกระทำหรือใส่โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินลงไปในกลุ่มนี้ เมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มที่ไม่ได้จัดกระทำจะมีคะแนนลดลงไปเรื่อยๆและจะ

ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ในทางที่ไม่ดีได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. การให้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินไปในทางที่ดีขึ้น จึงควรนำโปรแกรมฯไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่อื่น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน

2. ควรศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ในระยะยาว เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมที่ชัดเจนมากขึ้น

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจใช้การป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอื่นๆที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มเด็กวัยนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอบคุณกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง ผู้เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทุกท่าน
ที่ช่วยเหลือ สนับสนุน สถานที่ การเก็บข้อมูล ให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization.**Global strategy on diet,Childhood Overweight and Obesity**. 2012 RetrievedMay12,2012. Fromhttp//www.who.int/childhood overweight and obesity

2. สำนักโภชนาการและกรมอนามัย. **การจัดการภาวะอ้วนในเด็ก.** [อินเทอร์เน็ต].2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 มีนาคม2559] เข้าถึงได้จาก:http://www.iamiodine.com/en/poll/list.php

3. ศูนย์ข้อมูล และ ข่าวสารเพื่อสิทธิพลเมือง.**เด็กอ้วนในไทย**.[อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 13พฤศจิกายน2559] เข้าถึงได้จาก: http://www.tcijthai.com

4. อรทัย ติ้งฉิ่น. **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับระดับโภชนาการในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร]. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2552.

5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.**เด็กไทยอ้วนเสี่ยงโรคแทรกซ้อน.** [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึง เมื่อ 10มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihealth.or.th/Content/39025

6. วิบูลย์ โง้วธนะวัฒน์.**การพัฒนาโปรแกรมออกกำลังกายแบบวงจรเพื่อลดน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงเรียนหนองหว้าพิทยาสรรค์**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น .2555

7. คลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.**ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข.**[อินเทอร์เน็ต]. 2558[เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: http://hdcservice. moph.go. th/hdc

8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม. **แบบสรุปผลการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนประจำปีงบประมาณ.**สาธารณสุขอำเภอบางกระทุ่ม.2558.

9. แคทรียา แสงศิริพงษ์.**การประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนในโรงเรียนประถมศึกษา.** [ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. ยโสธร : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2555.

10. วรรณศิริ เทียมประทีบ.**การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มี น้ำหนักเกินเกณฑ์ในเขตเทศบาลเมืองท่าข้าม.** [สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. สุราษฎร์ธานี : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 2552.

11. ชื่นจิตต์ จันทร์พร้อม. **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6** . [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.

12. อภิญญา อุตระชัย.**โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตเทศบาลนคร ขอนแก่น**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์ มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น :มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.

13. ศิริญญา เหมวัชรสุวรรณ. **ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพและน้ำหนักตัวของนักเรียนระดับประถมศึกศึกษาที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. ปัตตานี : มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.2556.

14. สรินทร ไตรรงค์จิตเหมาะ. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะอ้วน**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2555.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงบนหลักฐานเชิงประจักษ์

The Development of a Clinical Nursing Practice Guidelinefor Hemodialysis Patients With Hyperphosphatemia

นิติญาภรณ์ เพชรคงสกุล[1] ,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์[2] ,อัมพรพรรณ ธีรานุตร[3]

Nitiyaporn Phetkongsakul[1], Nonglak Methakanjanasak[2], Ampronpan Theeranut[3]

(Received: March 17 ,2018 ; Accepted: May 15 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาอิสระครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง รับบริการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลนางรอง โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลบนหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ มีการพัฒนา 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือ จำนวน 10 เรื่อง นำมาจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งผลการประเมินแนวปฏิบัติความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน กับระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติไปให้ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประเมินความพึงพอใจและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมโดยเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม 4 ท่าน ทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย 10 ราย ระยะที่ 4 นำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงหน่วยไตเทียม ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ร้อยละ 83.33 ความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 92 จากการทดลองใช้ CNPG ในผู้ป่วย 10 ราย หลังจากการติดตามผล 2 เดือนพบว่า มีค่าระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอยู่ในมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ลดลงจากก่อนการศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.02 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติได้ผลจริงสามารถลดระดับฟอสเฟตในเลือดได้หากปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ,ภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง,ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ABSTRACTS

This independent study aimed to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) for hemodialysis patients with hyperphosphataemia receiving hemodialysis at the kidney unit of Nangrong hospital. An evidence-base practice model by Soukup 2000 was used as the conceptual framework. It consisted of 4 phases. In phase I, evidence-triggered phase were clinical finding. In phase II, evidence-supported phase thatevidence findings which relatewith empirical evidences. These evidences is evaluated the quality and reliability for 10 issues to draft a nursing practice. The feasibility study of applying nursing practice to the practice development team will be considered. The results of the evaluation indicated that it was possible to apply the guidelines. The appropriateness of CNPG was checked by the 5 experts. In phase III, evidence-observed phase was adopted by the practice team to evaluate the satisfaction and opinion of 4 renal dialysis staffs. The CNPG was also implemented feasibility of care in 10 patients. In phase IV, evidence- based phase were evaluate for further improvement.

The results showed that nurses were satisfied with CNPG. Mean score of nurses' satisfaction was 92 percent.The agree of using CNPG in the clinic was 83.33 percent. In pilot phase , after 2 months of using CNPG for 10 hemodialysis patients, mean of serum phosphate was decreased from 6.02 to 4.57 mg/dl. It was implied that the CNPG can be used in the real situation.

Keywords: The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline, Hemodialysis Patients, Hyperphosphatemia

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2 อาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3 อาจารย์ รศ.ดร. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับนานาชาติ เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกมากในขณะที่ทั่วโลกมีรายงานความชุกเป็นลำดับของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1- 5 สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 กลุ่มศึกษา InterASIA6 ได้รายงานการสำรวจประชากรไทยที่มีอายุเฉลี่ย 35 ปีขึ้นไป โดยใช้สูตรคำนวณค่าการทำงานของไต Cockcroft-Gault พบอัตราการเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 สูงถึงร้อยละ 20.1 และระยะที่ 4 ได้ร้อยละ 0.94 ในขณะถ้าใช้สูตร MDRD พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3จำนวนร้อยละ 13.2 และระยะที่ 4 ได้ร้อยละ 0.61 ซึ่งจากผลการศึกษานี้เท่ากับว่าประชาชนไทยมีอัตราการเป็นโรคไตเรื้อรังสูงมาก เมื่อเปรียบกับนานาชาติ อาทิ สหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย จีน ไต้หวันและญี่ปุ่น[1] จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thai SEEK study) ที่ได้ศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังในคนไทยปี พ.ศ. 2550 – 2552 ในประชากรตัวอย่าง 3,459 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวนทั้งสิ้นร้อยละ 17.56 แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3 ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6 ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5 ระยะที่ 4 ร้อยละ0.8 และระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายร้อยละ 0.3หากนำมาประมาณในประชากรไทยทั้งสิ้น 65 ล้านคน ในอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จะมีผู้ป่วยไตเรื้อรังประมาณ 7.06 ล้านคน ซึ่งอยู่ในระยะสุดท้าย 200,000 คน [2] จังหวัดบุรีรัมย์ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังดังนี้ปี 2557 - 2558 จำนวน 52,987 และ 78,104 ราย ซึ่งในกลุ่มนี้เริ่มมีการแบ่งแยก Stage 1 –5แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ร้อยละ 46.74 ระยะที่ 2 ร้อยละ 26.74 ระยะที่ 3 ร้อยละ 22.40 ระยะที่ 4 ร้อยละ2.68 และระยะที่ 5 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ร้อยละ 1.43ส่วนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD)จำนวน131 รายและ 158 ราย ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง(CAPD)จำนวน 215 รายและ257 ราย และมีผู้ป่วยปลูกถ่ายไต (KT) 12 รายและ 15 รายตามลำดับ (ข้อมูลจากงานประกันสุขภาพ สสจ.บุรีรัมย์, 2559) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ถึงแม้จะพยายามปรับกลยุทธ์ในการชะลอความเสื่อมของไตในหลายรูปแบบ

เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าสู่ระยะ 5 อาการของยูรีเมียจะค่อยๆ ปรากฏมากขึ้นเป็นลำดับ จนต้องรับการรักษาแบบบำบัดทดแทนไต ดังนี้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) โดยสองวิธีเรียกรวมกันว่า การล้างไต (Dialysis) เป็นวิธีการทำงานทดแทนไตเฉพาะส่วนที่การขจัดน้ำและสารส่วนเกินออกจากร่างกาย สำหรับการปลูกถ่ายไตเป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีที่ดีที่สุด เพราะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายเป็นปกติได้ แต่มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถทำได้ทันทีเนื่องจากต้องรอการบริจาคไตจากผู้อื่นและอาจไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกคน ดังนั้น การปลูกถ่ายไตต้องประชาสัมพันธ์ขอบริจาคไตจากญาติและผู้ป่วยสมองตายเพิ่มมากขึ้น การส่งเสริมการล้างไตทางช่องท้องเป็นนโยบายอันดับหนึ่งของการรักษาเนื่องจากเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยเป็นบริการแรกสำหรับการทดแทนไตที่ให้กับผู้ป่วยทุกรายหรือที่เรียกว่า PD first policy[3] และยังพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยฟอกเลือดจำเป็นต้องได้รับยาจับฟอสเฟตเพื่อควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันมียาจับฟอสเฟตหลายชนิดมีการพัฒนายากลุ่มใหม่ ๆ เพื่อรักษาภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง ถึงแม้ว่าประสิทธิภาพของยาจับฟอสเฟตไม่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาแบบ meta-analysis ของยาจับฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของ Navaneethanและคณะพบว่ายังมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะบอกได้ว่ากลุ่มยาจับฟอสเฟตใดดีกว่ากันในด้านอัตราการตายและผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด[4] ซึ่งเป้าหมายของการควบคุมฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติระหว่าง 2.7 – 4.9 mg/dL [5] เป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอย่างจริงจังเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวจะเห็นได้ว่าการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญการรักษาตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถช่วยในการควบคุมฟอสเฟตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลเสียของการมีฟอสเฟตในเลือดสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคันตามผิวหนัง ซึ่งเป็นอาการระยะแรกเริ่ม เป็นผลจากการที่มีฟอสเฟตไปสะสมตามเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง การ

เกิดกระดูกบางและเปราะ หลอดเลือดแดงแข็ง และผลของการตกตะกอนของแคลเซียมกับฟอสเฟตมักเกิดตามหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดที่ใช้ฟอกเลือดทำให้อุดตันได้ง่าย และมีก้อนแคลเซียมเกาะตามเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้มีแผลเรื้อรังตามมา[5] ในรายที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงในระดับรุนแรงจะทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำและมีระดับพาราธัยรอยด์ฮอร์โมนในเลือดสูง ซึ่งจะไม่สามารถแก้ไขโดยการฟอกเลือดได้ หากไม่มีการควบคุมการเพิ่มขึ้นของระดับ PTH ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถนำไปสู่โรคกระดูกที่เกิดจากความผิดปกติของไตอย่างรุนแรง ซึ่งรวมถึงภาวะกระดูกผุ (osteitisfrbrosacystica,)โรคกระดูกอ่อน(osteomalacia,) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) และโรคกระดูกที่มีลักษณะหนาผิดปกติแต่เปราะและหักง่าย(osteosclerosis)

สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลนางรอง อ.นางรอง จ.บุรีรัมย์ ณ วันที่ 30 กันยายน 2559มีผู้ป่วยทั้งหมด 44 ราย ซึ่งพบว่ามีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงมากกว่า 5 mg/dLติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง โดยประเมินได้จากการเก็บเลือดส่งตรวจวัดระดับฟอสเฟตในเลือดทุกเดือน มีจำนวน10 รายคิดเป็นร้อยละ 22.72ของผู้ป่วยทั้งหมด เป็นความผิดปกติมากเป็นอันดับ 1 รองลงมาคือภาวะน้ำเกิน มีผู้ป่วยจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการประเมินน้ำหนักทุกสัปดาห์เพื่อปรับเปลี่ยนน้ำหนักที่เหมาะสมและไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตสูง จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการใช้ยาจับฟอสเฟตทันทีร่วมการปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคไต โดยแพทย์จะเป็นผู้ปรับยาเพื่อใช้ยาจับฟอสเฟตให้เหมาะสมกับแผนการรักษาทุกเดือน ในหน่วยงานไตเทียม พยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมายเป็นรายวัน แต่ผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหากปล่อยไว้ในระยะยาวจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและมีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้งานการดูแลผู้ป่วยโรคไตฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงมีมาตรฐาน มีความทันสมัย และช่วยในการจัดสรรในการดูแลผู้ป่วย โดยหวังผลในระยะถัดไปว่า จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดสูงให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงบนหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการวิจัยและประชากร

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงบนหลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 โดยประเมินความคิดเห็นและความพึงพอใจของทีมสุขภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพยาบาลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลไตเทียมที่ปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลนางรอง ทั้งหมด 4 คนใช้การพยาบาลของซูคัพ ปี ค.ศ.2000 เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) 1) จากประสบการณ์ (Pracetice- trigger) เป็นตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติ ในการปฏิบัติงานทางคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เทคโนโลยีใหม่ๆ 2) จากแหล่งความรู้(Knowledge trigger)หมายถึงความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence-supported phase)การตั้งวัตถุประสงค์ของการสืบค้น เพื่อกำหนดของเขตในการค้นหาข้อมูล ได้งานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลเพื่อควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

1. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ สืบค้น จากฐานข้อมูลสารสนเทศ CD-ROM MEDLINE, CINAHL,วิทยานิพนธ์ปริญญาโท และเอก,จาก Internet Online Pubmed, Sciencedirect.com, Medscape.com ,www.guiline.gov, ProQuest, EMBASE, สืบค้นด้วยมือ (hand search) ,จากวารสารเฉพาะ}จากเอกสารที่ไม่ได้

ตีพิมพ์เผยแพร่ หรือไม่ได้เข้าระบบบันทึก Online ,ใช้ Search engine Google.com, Thaifind.com

2. กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบของเคริ๊กและสมิทธ์

คำถามในการสืบค้น คือ จะมีวิธีหรือแนวปฏิบัติในการควบคุมภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงอย่างไร เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถควบคุมและลดระดับฟอสเฟตในเลือดได้

P = Population คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, chronic renal failure),ผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) ,

I = Interventionเป็นการประเมิน (Assessment),การให้ความรู้ (Education),การสอน (Teaching),แนวทาง (Guideline)ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

C = Comparison intervention การเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติการเพื่อควบคุมและลดระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

O = Outcomes ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับแนวทางในการควบคุมและลดระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ได้แก่ การลดลงของระดับฟอสเฟตในเลือด, การเลือกอาหารที่เหมาะสม, การลดความวิตกกังวล, การลดความเครียด, การลดภาวะแทรกซ้อน, การตะหนักและการสามารถช่วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย (Level of Evidence)ใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของมิวนิกและไฟน์เอ้าท์ ซึ่งแบ่งงานวิจัยออกเป็น 7 ระดับ

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence- observed phase)

เป็นระยะของการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาแต่ในการศึกษาครั้งนี้ จะนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปตรวจสอบเท่านั้น ยังไม่ถึงขั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยแต่จะเป็นโอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence- based phase)

เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณจากข้อมูลในระยะ (Evidence supported phase และ Evidence – observed phase) คำถาม คือ โครงการที่นำเสนอประสบความสำเร็จโดยทำให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่ และมาจากหลักฐานอะไร ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือการประเมินว่า มีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเกิดขึ้นอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์หรือไม่ และสนับสนุนการปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา วารสารและผลงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัยประกอบด้วย

1.1 แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงผู้ศึกษาดัดแปลงจากแบบสอบถามความคิดเห็นของธิดารัตน์ เกษแก้วกาญจน์(2557)

1.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

1.3 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

1.4 แบบประเมินความรู้และแบบประเมินกิจกรรมประจำวัน ของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

2. คู่มือการปฏิบัติตัว เป็นสมุดขนาด 15X20 เซนติเมตร มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ผลเลือดระดับฟอสเฟตในแต่ละเดือน การใช้ยาจับฟอสเฟต มีภาพและเนื้อหาเกี่ยวกับอาหารที่มีปริมาณฟอสเฟตสูงที่มีอยู่ในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่เป็นประจำ

3. การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (Agree) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) พบว่าจากการศึกษาผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ข้อมูลสถิติของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลนางรอง ระหว่างปีงบประมาณ 2558 – 2559 ปัญหาที่พบคือ พบผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดมีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง > 5 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง ปี 2558 พบจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.33 และ ปี 2559 พบจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.72 ซึ่งเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม และประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ พยาบาลที่มีประสบการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอายุงาน มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 คน ยังไม่ผ่านการสอบผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และพยาบาลที่มีประสบการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอายุงาน มากกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน แหล่งความรู้ในการศึกษาหาข้อมูลที่ทันสมัยมีน้อย การเข้าถึงข้อมูลงานวิจัยและอินเตอร์เน็ตยังไม่เป็นที่นิยม ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเป็นไปตามมาตรฐานเดิมที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าหาหลักฐานเชิงประจักษ์ให้สอดคล้องในการแก้ไขปัญหา งานวิจัยที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้มีทั้งหมด 10 เรื่อง แล้วนำมายกร่างได้กรอบแนวการปฏิบัติทางการพยาบาล[7-13]

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence- observed phase) ซึ่งจะประเมินความเป็นไปได้ในการให้การพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับปัญหาภาวะฟอสเฟตสูงในเลือดของผู้ป่วยหรือไม่ ซึ่งต้องมีการทดลองนำไปใช้และประเมินผลเพื่อปรับปรุง

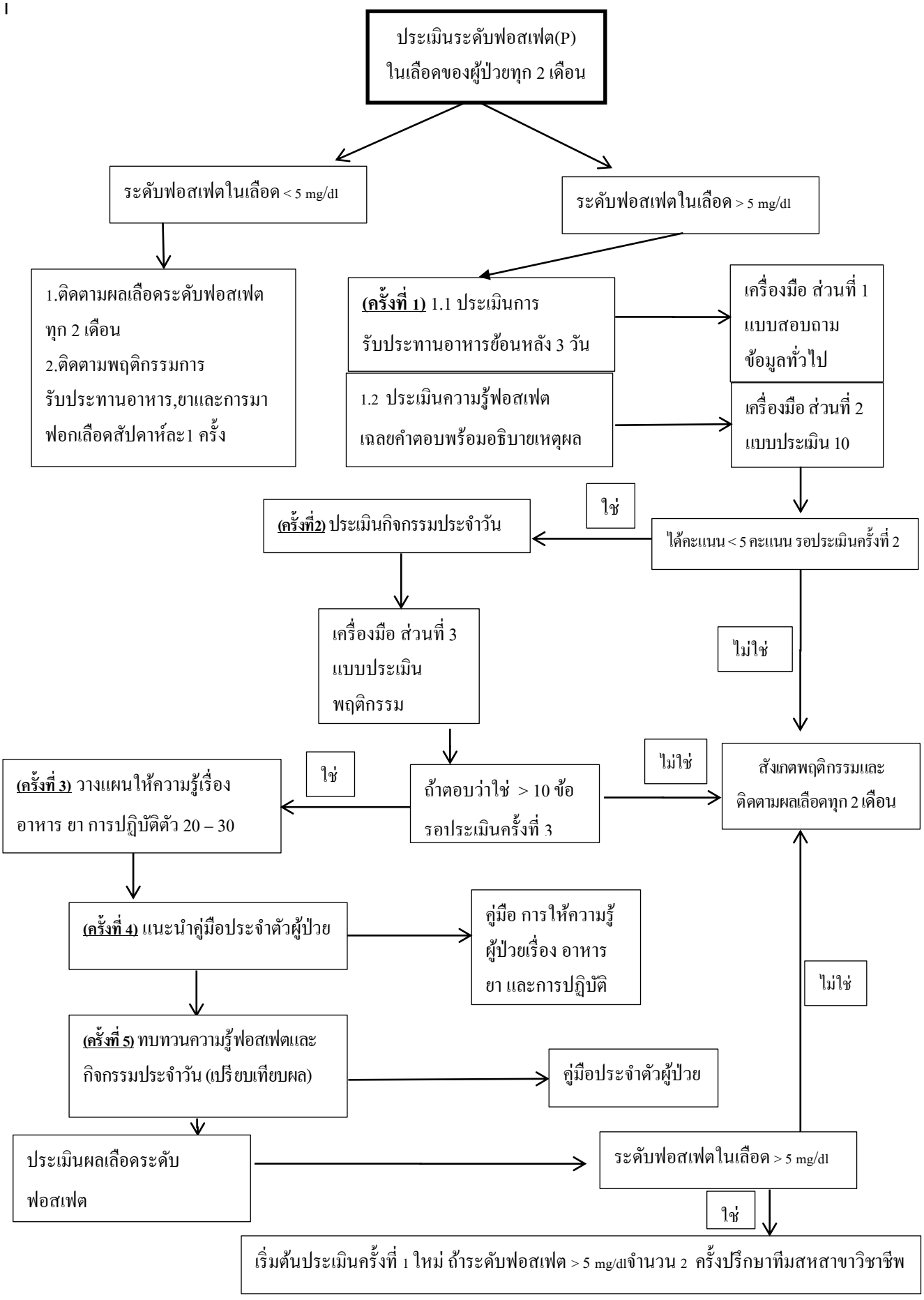
ผลการวิจัย

ผลจากการค้นคว้างานวิจัย ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 เรื่อง ระดับความน่าเชื่อถือเกรด B เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งต้องนำงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของงาน เพื่อให้สามารถปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติให้มากที่สุด

ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงจำนวน 4 ราย ให้ระดับเห็นด้วยในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 ราย ว่าแนวปฏิบัติฯมีความสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 90 และ 3 รายให้ระดับเห็นด้วยมาก ว่าแนวปฏิบัติฯ มีความสะดวกในการใช้ คิดเป็นร้อยละ 50 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้นำแนวปฏิบัติไปใช้จริง จึงทำให้คะแนนค่อนข้างต่ำ เมื่อคิดเป็นภาพรวม คิดเป็นร้อยละ 83.33 ผลของความพึงพอใจของพยาบาลเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 92 ในภาพรวม ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่ตั้งเป้าไว้ร้อยละ 90

แต่ผลการทำ Pilot study ในผู้ป่วยจำนวน 10 รายที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงโดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนให้ความรู้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.1 แปลผลว่ามีความรู้ระดับปานกลาง ค่าคะแนนต่ำสุด คือ 5 คะแนน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจผลของการเกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูงไม่ถูกต้อง ไม่ทราบว่าการรับประทานเนื้อสัตว์ในปริมาณมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง และไม่ทราบชื่อยาที่ใช้ลดภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง แต่หลังจากได้รับคำแนะนำ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น มีค่าคะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 9.8 แปลผลว่ามีความรู้ระดับมาก พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ก่อนให้ความรู้ และจากการติดตามผลระดับฟอสเฟตในเลือดก่อนให้คำแนะนำ มีค่าระดับฟอสเฟตในเลือดสูง เฉลี่ยเท่ากับ 6.02 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และหลังจากการติดตามผล 2 เดือนพบว่า มีค่าระดับฟอสเฟตในเลือดลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ (2.7 – 4.9) เฉลี่ยเท่ากับ 4.57 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงให้เห็นว่าการใช้แนวทางปฏิบัติได้ผลจริงสามารถลดระดับฟอสเฟตในเลือดได้หากปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง

ร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลเห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง และมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้คิดเป็นร้อยละ 90 และ 92 ตามลำดับ เนื่องจากที่ผ่านมาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตสูงไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนซึ่งยากต่อการดูแล เพราะการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์ (2554)[14] พบว่า เรื่องที่ผู้ป่วยรับรู้และได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ การได้รับข้อมูลซึ่งเกี่ยวกับผลการตรวจต่างๆ การได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารและยาจากแพทย์และพยาบาล (Mean = 4.11,S.D.= 0.91)แสดงให้เห็นได้ว่าแพทย์และพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยแบ่งเบาภาระให้แก่พยาบาลโดยไม่ต้องเกิดภาวะเครียดหรือวิตกกังวลกับวิธีการให้ข้อมูลเพราะมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน[15-17]

ข้อเสนอแนะ

ทีมสุขภาพควรมีการเสนอแนะแนวทางอื่นๆหรือแสดงความคิดเห็นก่อนการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมต่อผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเป็นแบบแผนตามมาตรฐานที่กำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร. อัมพร พรรณ ธีรานุตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิญญา วงศ์พิริยโยธา พญ.กุลลดา เลียวเสถียรวงค์ นพ.กมลทัศน์ ชัยมะเริง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีศิริวงศ์, ศิริรัตน์ เรืองจุ้ย, และจิตรานนท์ จันทร์อ่อน. (บรรณาธิการ).**2011 Standard of care in kidney Diseases.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2554.
2. กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต.** กรุงเทพฯ: ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2556.
3. สำนักงานหลักประสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ2559**. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2559.
4. อิษณี พุทธมนตรี, ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์และฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์. (บรรณาธิการ). **INTEGRATED NURSING CARE IN DIALYSIS 2013**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2556.
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. **ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ.2557**.กรุงเทพฯ: เดือนตุลา, 2557.
6. Achinger, S.G.&Ayus, J.C.The role of dialysis in the control of hyperphosphatemia.**Kidney International,67**,2005; 28 -32**.**
7. Ashurst, I.B., &Dobbie, H. (2003).A Randomized Controlled Trial of an Educational Intervention toImprove Phosphate Levels in Hemodialysis Patients.**Journal of Renal Nutrition,2003**(13),2003; 267-274.
8. ดุสิต ล้ำเลิศกุล. ดิเรก บรรณจักร. และวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (บรรณาธิการ). **DIALYSIS& EPOETIN IMMUNOTHERAPY**.เชียงใหม่: 25 สตูดิโอ, 2551.
9. ทวี ศิริวงศ์,จิณวิภา อนุศรีและศิริรัตน์ เรืองจุ้ย. (บรรณาธิการ). **2013 Hemodialysis: Practice Advanced Course.**ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
10. ธนิตจิรนันท์ธวัช, สิริภา ช้างสิริกุลชัย, ธนันดา ตระการวนิชลและวสันต์ สุเมธกุล. (บรรณาธิการ). **Quality Dialysis in the year 2010**. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล, 2553.
11. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.**ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.**กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2553.
12. ประทีป ธนกิจเจริญ.สปสช.หนุนล้างไตทางช่องท้อง.**ผู้จัดการออนไลน์ 2558.**[วารสารออนไลน์] 21 มิถุนายน 2556.ค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2558, จากhttp://www2.manager.co.th/asp-bin/PrintNews.aspx?NewsID=9560000075437
13. ประเสริฐ ธนกิจจารุและสุพัฒน์ วาณิชย์การ. **การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร, 2551.

14. จุฑาภัทร์ สุวรรณไพรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับฟอสเฟตในเลือดของผู้ป่วยฟอกเลือดของผู้ป่วยไตเทียม . วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.

15. ปิ่นแก้ว กล้าประยงค์,อิษณี พุทธิมนตรี,จันทนา ชื่นวิสิทธ์และพรพรรณ ชคัถธาดา.(บรรณาธิการ). **The Quality Care in Dialysis Patients**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร, 2555.

16. วิทยา ศรีดามาและธานินทร์อินทรกำธรชัย. **Evidence – based Clinical Practice Guidelineทางอายุรกรรม**. กรุงเทพฯ: โครงการตำราแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

17. สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ และเถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (บรรณาธิการ). C**linical Dialysis**.2556. (ม.ป.ท.).

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอธาตุพนมจังหวัดนครพนม ประเทศไทย

Prevalence and Risk Factors for **Opisthorchis viverrini** Infection in the That Phanom district, Nakhon Phanom Province, Thailand

ตะวัน กิมยงค์[1], ศรีวิภา ช่วงไชยยะ[2]*, นงค์ลักษณ์ เหลาพรม[3], นิทัศน์ รายยวา[4],วีรวัฒน์ พัดไธสง[5], ธนากร พรมโนภาส[6],ประหยัด รูปคม[7]

Tawan Kimyong, Sriwipa Chuangchaiya, Nonglak Laoprom, Nitas Raiyawa, Weerawat Patthaisong, Thanakorn Phromnophas, Prayad Roobkom

(Received: May 9 ,2018 ; Accepted: June 18 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยในพื้นที่อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนมจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอธาตุพนมได้แก่ ตำบลธาตุพนมเหนือ และตำบลนาหนาด จำนวน 255 คน จากการเก็บอุจจาระเพื่อตรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Kato's thick smear technique และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิคิดเป็นร้อยละ18.4ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 13.7 นอกจากนี้ตรวจพบการติดเชื้อผสมระหว่างพยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิสตรองจิลอยด์ คิดเป็นร้อยละ 0.8 ตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิเข็มหมุด คิดเป็นร้อยละ 0.4 และตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิตัวตืด คิดเป็นร้อยละ 0.4 นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ อาชีพและการรับประทานปลาจ่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value <0.05) งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าควรเน้นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและเป็นเรื่องที่ต้องเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก,พยาธิใบไม้ตับ,ปัจจัยเสี่ยง,จังหวัดนครพนม

Abstract

The objective of this study was to investigate the prevalence of **Opisthorchis viverrini** in the high-risk area of Nakhon Phanom province in That Phanom district; That Phanom Nuea and Na Nat sub-district. Total 255 participants were enrolled in this study. The age higher than 18 years old. The sample were collected of stool for examination of parasitic infections by using Kato's thick smear and the questionnaire were also collected for investigate the knowledge, attitude and practice. In addition, we also investigated the factor which correlated with **O. viverrini** infection. The result has shown that 18.4% of participant was infected with helminthes infection and the highest of infection was infected with **O. viverrini** (13.7%). The co-infection of **O. viverrini** together with **Strongyloides stercoralis**was 0.8%. Inaddition, we also found the mixed infection of **O. viverrini** together with Pinworm was 0.4% and the mixed infection of **O. viverrini** together with **Taenia** spp. was 0.4%. Interestingly, we found people who eating raw pickled fish and do farming showed association with opisthorchiasis at p<0.05. The result suggests the habit and traditional of eating undercooked fish (cyprinoid fish) still exist. Therefore, the community

[1] นิสิตปริญญาโทคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[2]* อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[3] อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[4] นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[5] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสนพัน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

[6] นักวิทยาศาสตร์ปฏิบัติการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[7] สาธารณสุขอำเภอธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

*corresponding author: sriwipachuang@gmail.com

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคระบาดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กัมพูชา และตอนใต้ของสาธารณรัฐเวียดนาม และ ประเทศไทยซึ่งพบได้ทุกภาคของประเทศไทยแต่พบมากที่ภาคเหนือและพบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจุบันพบว่าโรคพยาธิใบไม้ตับนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี [1,2] ดังนั้นประเทศไทยจึงจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับที่จะนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจัดเป็นวาระแห่งชาติจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่ การเฝ้าระวังโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

อุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 8 ล้านคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ [3] นอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับเฉลี่ยปีละ 14,000 ราย คิดเป็น 38 รายในแต่ละวัน[4] จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในปี 2557 ประเทศไทย พบว่า มีจังหวัดที่มีความชุกสูงกว่าร้อยละ 10.0 (จำนวน 12 จังหวัด) ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ของประเทศ ได้แก่ จังหวัดนครพนม จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดน่าน จังหวัดศรีษะเกษ จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดสระแก้ว จังหวัดมุกดาหาร จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำปาง คิดเป็นร้อยละ 23.2, 17.6, 15.5, 14.9, 14.3, 14.3, 13.1, 12.7, 11.9, 11.5, 10.8และ 10.5ตามลำดับจากรายงานดังกล่าวข้างต้นพบว่า จังหวัดที่พบอัตราความชุกสูงที่สุดคือ จังหวัดนครพนม [5] จังหวัดนครพนมสถิติสาเหตุการตายด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ในปี 2554 2555 2556 2557 2558 2560 ไตรมาสแรก มีอัตราตาย 43.04, 44.70, 41.85, 44.92, 48.94, 44.27 และ 9.62 ต่อแสนประชากรตามลำดับซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่มากที่สุด 1 ใน 5 อันดับแรกมาตลอด 7 ปีที่ผ่านมา ในปัจจุบันเขตอำเภอมีอัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในจังหวัดนครพนมพบว่ามี 3 อำเภอได้แก่ อำเภอธาตุพนม นาแก และวังยาง[6]

จังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดที่มีรอยต่อระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน และเป็นจังหวัดในเขตรอยต่อระหว่างไทยลาว และเวียดนาม และมีวัฒนธรรมค่อนข้างหลากหลาย และมีหลายเผ่าพันธุ์ ดังนั้นหากไม่มีการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและอาจจะนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งส่งผลต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศอย่างมากผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับดังกล่าวข้างต้นในจังหวัดนครพนม เขตอำเภอธาตุพนมซึ่งพบว่าเป็นอำเภอ 1 ใน 3 ที่มีอัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งพบว่าในเขตอำเภอดังกล่าวประชาชนอุปโภคและบริโภคปลาวงศ์ตะเพียน อาจเป็นแหล่งที่ทำให้มีการระบาดและการแพร่เชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากไม่เฝ้าระวัง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับอย่างน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนป่วยเป็นโรคโรคพยาธิใบไม้ตับที่จะนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่เสี่ยงในพื้นที่บ้านโคกสว่างพัฒนาและบ้านนาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่เสี่ยง ในพื้นที่บ้านโคกสว่างพัฒนาและบ้านนาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) โดยศึกษาความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อตรวจหาความชุกของพยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธี Kato's thick smear techniqueและการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอธาตุพนมได้แก่ ตำบลธาตุพนมเหนือ และตำบลนาหนาด

โดยใช้แบบสอบถามดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน 2561

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 18 ขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่อำเภอธาตุพนมผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาตามลักษณะภูมิประเทศและเขตการปกครองของจังหวัดนครพนม แบ่งออกเป็น 2 ตำบล ในพื้นที่อำเภอธาตุพนม ได้แก่ ตำบลธาตุพนมเหนือและตำบลนาหนาด จังหวัดนครพนม สุ่มเลือกหมู่บ้านตำบลละ 1 หมู่บ้าน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อประชากรในหมู่บ้านที่สุ่มได้ โดยทุกขั้นใช้การสุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple Random Sampling) จำนวน 255 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไปจำนวน 64,271 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร [7] คำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$n_p = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\, p(1-p)}{(N-1)e^2+Z^2_{\alpha/2}\, p(1-p)}$$

$$n_p = 226.43 \cong 226 \text{ คน}$$

แต่เพื่อป้องกันผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Dropout) จึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลนั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป เป็นเพศชายหรือเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่สมัครใจตลอดระยะเวลาในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ เสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอถอนตัวระหว่างเข้าร่วมวิจัยอาศัยอยู่นอกพื้นที่การศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจอุจจาระเพื่อประเมินความชุก ตรวจด้วยวิธี Kato's thick smear technique และแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ [8] ดังนี้

ระดับมาก คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 80 - 100 (21-27 คะแนน)

ระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ ร้อยละ 60 - 79 (16-20 คะแนน)

ระดับน้อย คือ คะแนนความรู้ ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์เฉลี่ยวัดทัศนคติ[9]

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้เกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ[10]

มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่ามีค่าเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมุติฐานการวิจัยได้แก่ ข้อมูลความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ข้อมูลความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ใช้สถิติวิเคราะห์โดยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)กรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด(Minimum)

ค่าสูงสุด (Maximum) และการหาความสัมพันธ์ใช้ Pearson Chi-Square

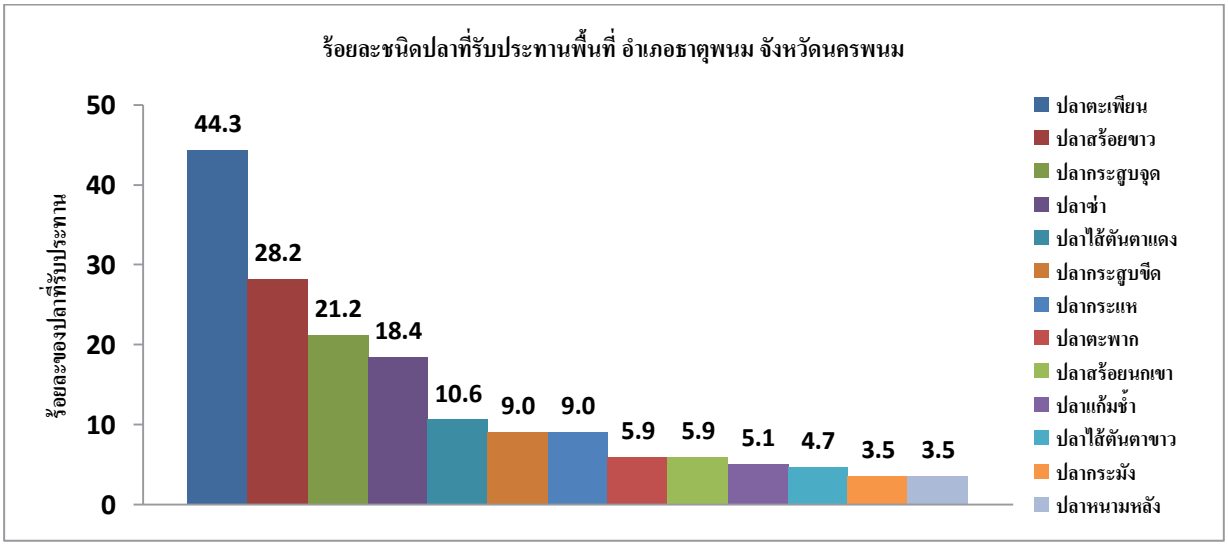
ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.6 อายุเฉลี่ย 50 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรือคู่ร้อยละ 76.1 อาชีพส่วนใหญ่ได้แก่ อาชีพเกษตรกรและทำเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 65.1 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างร้อยละ 19.6 กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการรับประทานปลาน้ำจืดสุกๆดิบๆ ร้อยละ 59.2 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 99.2 ประวัติการตรวจอุจจาระหาพยาธิใบไม้ตับไม่เคยตรวจร้อยละ 71.8 เคยตรวจร้อยละ 28.2 กรณีที่เคยตรวจอุจจาระพบพยาธิใบไม้ตับพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.3 มีประวัติการกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 27.1 มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 38.4 มีสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรคของพยาธิใบไม้ตับในบ้าน ร้อยละ 58.8 เป็น สุนัข แมว ร้อยละ 50.2 และ 5.6 ตามลำดับ และเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 91.8 ประวัติการถ่ายอุจจาระตามป่าทุ่งนาหรือสวนร้อยละ 59.6

2. จากการศึกษาจากการศึกษาพบว่า การติดเชื้อหนอนพยาธิทั้งหมด จากจำนวน 255 คน พบความชุกหนอนพยาธิคิดเป็นร้อยละ18.4และ พบว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคิดเป็นร้อยละ 13.7 และพยาธิสตองจิรอยด์ร้อยละ 2.7 นอกจากนี้มีการติดเชื้อผสมระหว่างพยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิสตองจิรอยด์ และพยาธิตืดหมูหรือตืดวัว และผสมกับพยาธิเข็มหมุด คิดเป็นร้อยละ 0.8, 0.4 และ 0.4 ตามลำดับ

3. จากการเปรียบเทียบพื้นที่ใน 2 ตำบลที่สุ่มมาพบว่า พื้นที่ตำบลนาหนาดเป็นพื้นที่มีการติดเชื้อหนอนพยาธิสูงกว่าและตรวจพบสูงที่สุด โดยเฉพาะพยาธิใบไม้ตับมีประชาชนติดเชื้อจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ23.5 และตำบลธาตุพนมเหนือพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพียงร้อยละ 4.9

4. จากการคำนวณจำนวนไข่พยาธิ จากกลุ่มตัวอย่าง 255 คน เมื่อแบ่งระดับความรุนแรงของการติดเชื้อหนอนพยาธิออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (Heavy infection) (401-1,000 Egg per gram) และระดับปานกลาง (Moderate infection)(101-400 Egg per gram) และระดับน้อย (Light infection) พบว่ามีจำนวนการติดเชื้อจากมากไปหาน้อย คือ 0.4, 0 และ 17.6 ตามลำดับ



ภาพประกอบ 1 แสดงร้อยละชนิดปลาที่รับประทานในประชาชนที่อาศัยอยู่ที่บ้านโคกสว่างพัฒนาและบ้านนาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม (n=255 คน)

5. ปลาที่กลุ่มตัวอย่างชอบรับประทานและปรุงแบบดิบหรือสุกๆดิบๆ 3 ลำดับแรกจากสูงสุด ได้แก่ ปลาตะเพียน ปลาสร้อยขาวและปลากระสูบจุด ร้อยละ 44.3, 28.2 และ 21.2 ตามลำดับ ปลากระมังและปลาหนามหลังเป็นปลาที่ชอบทานสุกๆดิบๆน้อยที่สุดร้อยละ 3.5

6. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.7 (S.D. = 5.9) (ตารางที่ 2) และมีความรู้น้อยในข้อคำถามเกี่ยวกับการกินกุ้งดิบ หอยดิบ ทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือการรับประทาน ปลาส้มดิบ สามารถทำให้ท่านเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ร้อยละ 79.2 และข้อความคำถามที่มีการตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ วิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดคือการกินยาถ่ายพยาธิ ร้อยละ 32.5

7. กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 (S.D. = 0.41) (ตารางที่ 3) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีมากที่สุดคือการตรวจอุจจาระเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการค้นหาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 รองลงมาคือ การรับประทานปลาตัวเล็กๆแบบสุกๆดิบๆ เช่น ปลาซิวทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 ระดับทัศนคติที่ไม่ดี ยารักษาโรคพยาธิมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.40

8. กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมภาพรวมอยู่ในระดับน้อยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.48 (S.D. = 0.02) (ตารางที่ 4) พฤติกรรมการบริโภคที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ กินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ 2.11 และพฤติกรรมการบริโภคที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ กินลู่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.16

9. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคืออาชีพมีสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.04 ($p<0.05$) และพฤติกรรมรับประทานปลาจ่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($p<0.05$) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ที่บ้านโคกสว่างพัฒนาและบ้านนาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม (n=255 คน)

ปัจจัย	จำนวน(คน)		χ^2	p-value
	กลุ่มไม่ติดเชื้อ	กลุ่มติดเชื้อ		
ข้อมูลทั่วไป				
อาชีพ				
เกษตรกรรม	134	32	11.13	0.04
รับจ้าง	45	5		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	0		
แม่บ้าน	13	0		
นักเรียน/นักศึกษา	2	0		
อื่นๆ	2	2		
พฤติกรรม				
รับประทานปลาจ่อม				
ไม่กิน	53	3	5.47	0.01
กิน	163	36		

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 51 ปีขึ้นไป อายุน้อยที่สุดคืออายุ 19 ปี และ อายุมากที่สุดคืออายุ 81 ปีมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุดและส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,501บาทต่อเดือน และอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมพื้นที่อาชีพที่พบการติดเชื้อสูงที่สุดคือเกษตรกร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สรญา แก้วพิทูลย์ (2556)[11] ที่รายงานว่าผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์ (2553)[12] ที่รายงานว่าสถานภาพสมรสพบการติดเชื้อสูงสุดระดับรายได้ที่ติดเชื้อสูงที่สุดน้อยกว่า 2,500 บาท และพบว่าการติดเชื้อสูงที่สุดพบในกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาจากรายงานผู้ที่ติดเชื้อพบว่า เพศหญิงและเพศ

ชายมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ไม่แตกต่างกัน จากบริบทพบว่า การรับประทานปลาดิบๆหรือสุกๆดิบมักนิยมรับประทานภายในบ้าน เมื่อพบการติดเชื้อมักจะพบการติดเชื้อทั้งสามีและภรรยา เนื่องจากขณะออกไปทำนา หรือ ทำไร่ มักจะไปด้วยกัน และนิยมรับประทานอาหารด้วยกัน แสดงถึงวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่คล้ายกันในหมู่บ้านที่ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างมาศึกษา อย่างไรก็ตามพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการรายงานพบผู้ป่วยเพศชายป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าเพศหญิงสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรีย์พร ปุญญกริยากร (2556)[13] พบว่าผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 76 ซึ่งปัจจุบันยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แท้จริงได้ว่า การรับประทานปลาดิบเพียงปัจจัยเดียวนำไปสู่โรคมะเร็งท่อน้ำดี หากแต่มีปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งพื้นที่ในอำเภอธาตุพนมเป็นพื้นที่เหมาะสมอีกหนึ่งพื้นที่ในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป เนื่องจากพบว่ามีอัตราการป่วยตายด้วยโรคมะเร็งสูงทุกปีรองจากอำเภอ นาแก และวังยาง [6]

จากการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Kato's thick smear technique จากตัวอย่าง 255 คนพบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่บ้านโคกสว่างพัฒนาและบ้านนาหนาด อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูง 3 อันดับแรกในปี 2561 ในไตรมาสแรกและทุกปี พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ พื้นที่บ้านนาหนาดสูงกว่าพื้นที่บ้านโคกสว่างพัฒนา คิดเป็นร้อยละ 23.5 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าไว้ ไม่เกินร้อยละ 10 และให้เหลือร้อยละ 5 ในปี 2568[14] จากบริบทของตำบลนาหนาดพบว่านอกจากจะอยู่ใกล้กับลำน้ำก่ำแล้ว ยังพบว่ามีหนองน้ำขนาดใหญ่และขนาดเล็กใกล้กับชุมชน และประชาชนนิยมบริโภคปลาจากแหล่งน้ำนี้เป็นประจำ ในขณะที่บริบทของบ้านโคกสว่างพัฒนาติดกับชุมชนเมือง การบริโภคอาหารที่หลากหลายจากร้านสะดวกซื้ออาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคของคนในชุมชน นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่ไม่ติดเชื้อส่วนใหญ่เคยได้รับยาป้องกันหรือยาฆ่าพยาธิแล้ว นอกจากนี้ผู้วิจัยพบการติดเชื้อมากกว่า 1 ชนิด หรือการติดเชื้อผสม และมักพบมากที่สุด คือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร่วมกับการติดเชื้อพยาธิสตองจิรอยด์ และพบมากกว่าเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบการติดเชื้อผสมระหว่างพยาธิใบไม้ตับร่วมกับพยาธิตืดหมูหรือพยาธิตืดวัว และพยาธิเข็มหมุด จากการรายงานพบว่า พบการติดเชื้อของพยาธิสตองจิรอยด์เพียงชนิดเดียวร้อยละ 2.7 ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรที่นิยมทำไร่ทำนาแบบไม่สวมรองเท้าอย่างไรก็ตามไม่ตรวจพบปากขอ ซึ่งจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นพบพยาธิสตองจิรอยด์มากกว่าพยาธิปากขอหากเปรียบเทียบกับทางภาคใต้ของประเทศไทย สภาพแวดล้อม และภูมิอากาศที่เอื้อต่อการดำรงชีพพยาธิปากขอเมื่อเทียบกับพยาธิสตองจิรอยด์[15] และในการศึกษาของเทพลักษณ์ ศิริวัฒนวุฒิชัย และคณะ (2559)[16] ได้ศึกษาความชุกของหนอนพยาธิในตำบลหนองปลิง จังหวัดมหาสารคามพบว่ามีประชากรบางส่วนที่ติดเชื้อพยาธิ ได้แก่ พยาธิสตรองจิลอยด์ พยาธิใบไม้ตับ พยาธิตัวตืด คิดเป็นร้อยละ 5.7, 2.8, 2.8 ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าด้วยบริบทของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทความชุกของโรคหนอนพยาธิจะมีอัตราค่อนข้างสูงของพยาธิสตองจิรอยด์ร่วมกับพยาธิใบไม้ตับ

จากการวิจัยพบว่านับจำนวนไข่ในคนไข้ที่ให้ผลบวกพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 0.4 มีการติดเชื้อในระดับรุนแรงที่มีจำนวนไข่ของพยาธิปริมาณกว่าหรือเท่ากับ 400 ฟองในคน 1 คน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเป็นรายแรกที่ตรวจพบในอำเภอธาตุพนม ในกรณีนี้ต้องให้การรักษาที่ต่อเนื่องและครอบคลุมต่อไป นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ในตำบลทั้งสอง พบการติดเชื้ออยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตามหากไม่มีการรักษาและให้การส่งเสริมป้องกัน อาจส่งผลต่อการรักษาระยะยาวในอนาคตที่ส่งผลต่อเศรษฐกิจของจังหวัดนครพนมได้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลคือสู่ชุมชนและได้เสนอแนะให้มีการจัดทำการให้สุขศึกษาร่วมกับประชาชนและพื้นที่ทุกภาคส่วน เป็นที่ทราบดีว่าการติดเชื้อผสมอาจส่งผลต่อสุขภาพมากกว่าเชื้อชนิดเดียว และการติดเชื้อเดี่ยวของพยาธิสตองจิรอยด์ที่พบว่ามักมีการติดเชื้อซ้ำในคนเดิมและความรุนแรงของเชื้อสามารถเคลื่อนที่ไปอวัยวะต่างๆที่สำคัญในร่างกายได้

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับน้อย และพบว่าระดับความรู้ที่มากที่สุดคือการกินกุ้งดิบ หอยดิบ ทำให้เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.4 รองลงมาคือการรับประทาน ปลาส้มดิบ สามารถทำให้ท่านเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ร้อยละ 79.2 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มเป้าหมายตอบไม่ถูกมากที่สุดคือ วิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดวิธีการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดีที่สุดคือการกินยาถ่ายพยาธิ ร้อยละ 32.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ อังษณา ยศปัญญา และคณะ (2556)[17] ที่ระบุว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในเรื่องการกินยาเพื่อป้องกันการเกิดโรคและยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับว่าสามารถรับประทานได้บ่อยๆ ไม่เป็นผลเสียต่อร่างกาย ร้อยละ 64.7 และ 56.1 และการตรวจหาโรคพยาธิใบไม้ตับมีขั้นตอนยุ่งยาก เสียเวลา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้มากที่สุด คือพยาธิใบไม้ตับมีอยู่ในปลาน้ำจืดมีเกล็ดเช่นปลากราย ปลาตะเพียนทราย ปลาสูตร จะพบว่าพื้นที่ทั้ง 2 ตำบลมีความรู้น้อยเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ต้องมีการร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการส่งเสริมและป้องกันในระยะยาวต่อไป

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ทัศนคติที่ดีที่สุด คือการตรวจอุจจาระเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการค้นหาผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 และพบกลุ่มตัวอย่างบางรายมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง คือ ยารักษาโรคพยาธิมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.4 ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเข้าใจในด้านลบ 3 อับดับแรก ได้แก่ การป้องกันโรคได้ดีที่สุดคือการรับประทานยาร้อยละ 48.3 การรับประทานยาฆ่าพยาธิประจำมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งตับน้อยกว่าคนที่ไม่รับประทานยา ร้อยละ 43.0

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย พฤติกรรมการบริโภคที่ดีที่สุดคือ กินส้มตำใส่ปลาร้าดิบ 2.11 และพฤติกรรมการบริโภคที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ กินลู่ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.16 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กนกวรรณ ขันเงิน และคณะ (2554)[18] ที่รายงานว่าประชาชนในตำบลโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับส้มตำที่ท่านรับประทานต้องปรุงจากปลาร้าสุกเท่านั้นโดยมีผู้ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 22.7 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สำรวจปลาวงศ์ตะเพียนที่ประชาชนในพื้นที่นำมาบริโภคนั้นพบเป็นปลาที่มักพบพยาธิใบไม้ตับเป็นประจำ ผู้วิจัยพบว่าประชาชนนิยมบริโภคปลาจ่อมอีกด้วย การรับประทานปลาจ่อมในบริเวณพื้นที่นั้นมักจะการหมักไม่นานและรับประทานแบบดิบๆ เป็นที่นิยมจะพบว่าคนในพื้นที่นิยมรับประทานปลาชนิดนี้มากและเป็นประจำ ซึ่งจากการศึกษาของ S. Prakobwong et. al. (2017) [19] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับในปลาพบว่าปลาที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรีย (metacercariae) ได้แก่ ปลาสร้อยขาว ปลาโจก และปลากระสูบจุด คิดเป็นร้อยละ 23.1, 15.8, 5.4 ตามลำดับ โดยจะเห็นว่าปลาสร้อยขาวซึ่งเป็นปลาวงศ์ตะเพียนตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดซึ่งเป็นปลาที่พบมากในแถบภาคอีสานและโดยส่วนใหญ่จะนำมาประกอบอาหารสุกๆดิบๆ

จากการศึกษาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับคืออาชีพมีสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.04 ($p < 0.05$) และพฤติกรรมรับประทานปลาจ่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของสรญา แก้วพิบูลย์ และคณะ (2556)[11] ที่รายงานว่าอาชีพมีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากประชาชนในพื้นที่มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนมีรูปแบบการถนอมอาหารให้ถูกสุขลักษณะหรือรณรงค์ให้ประชาชนรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ปลอดภัย โดยประเภทอาหารที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้แก่ ก้อยปลา ลาบปลา ปลาส้ม ส้มปลาน้อย ส้มไข่ปลา ปลาจ่อม ปลาร้าดิบ แจ่วบอง และหม่ำปลา

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเข้าไปดำเนินการแก้ไขหรือปรับแก้ทัศนคติบางประเด็น ที่ยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่เห็นด้วยซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในอนาคตโดยเฉพาะ ทัศนคติ

เรื่องยารักษาโรคพยาธิมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ซึ่งควรจะให้ประชาชนป้องการการติดเชื้อจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากกว่าการใช้ยารักษา อย่างไรก็ตามพฤติกรรมและทัศนคติ นั้นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนต่อไป อาจต้องใช้เวลาในการส่งเสริมป้องกันเป็นระยะเวลาหลายๆครั้งหรือหลายๆปีจึงจะส่งผลชัดเจนและเกิดการปรับเปลี่ยน

3.ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่จะทราบถึงปัจจัยด้านความเชื่อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน

4. ควรมีการศึกษาเชิงประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์เพื่อการวางแผนการเฝ้าระวังการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ และ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอธาตุพนม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสว่างพัฒนา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาหนาดผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ขอขอบคุณ คุณพิมพ์ฉิดา พึ่งผาสุกเตชิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดงและ ประชาชนรอบพื้นที่ตำบลโคกสว่างพัฒนาและตำบลนาหนาด ทั้ง 2 หมู่บ้าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณนักวิทยาศาสตร์ประจำห้องปฏิบัติการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และนิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆตลอดจนให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. IARC. 1994. **Schistosomes, liver flukes and Helicobacter pylori**. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon.

2. พวงรัตน์ ยงวณิชย์ และสมชาย ปิ่นละออ. “กลไกการก่อมะเร็งท่อน้ำดีโดยอนุมูลอิสระจากการติดพยาธิใบไม้ตับ”.

3. Sripa, B., J.M. Bethony, P. Sithithaworn, Kaewkes S., E.Mairiang, A. Loukas, J. Mulvenna, T. Laha, P.J. Hotez and P.J. Brindley. 2011. Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. **ActaTropica**120 (suppl) : 158-168.

4. พรชีรา ชูสอน.. “มะเร็งท่อน้ำดีโรคร้ายที่คร่าชีวิตคนอื่นสานอันดับ 1”. **วารสารโครงการ CASCAP** 1(2) : 12-13, 2558.

5. สำนักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (สสช.). **เอกสารหลักสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 7**, 2557

6. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. **ข้อมูลอัตราตายพื้นที่จังหวัดนครพนม.** https://www.npm.moph.go.th/extrep/birth_death สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2561.

7. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม.** บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2556.

8. นวรัตน์ สุวรรณผอง และฉวีวรรณ บุญสุยา. **การประเมินผลการเขียนแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุข.** พรทิพย์การพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2542.

9. Best, J.W. 1981**. Research In Education**. 2nd ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

10. Bloom, B.S. 1971. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.** McGraw-Hill, New York.

11. สรญา แก้วพิทูลย์ และคณะ. **การตรวจหาและจำแนก พยาธิใบไม้ตับ ในจังหวัดสุรินทร์โดยวิธี Kato’ Thick Smear**. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, 2556.

12. ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์. “หนอนพยาธิในลำไส้ในประชาชนบ้านทุ่งบอนอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี”**.วารสารวิชาการมอบ** 12(2) : 29-37, 2553.

13. สุรีย์พร ปุญญกริยากร. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี”. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** 23(1) : 70-79, 2556.

14. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. “จุดเน้นและกรอบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2557-2561) เพื่อผลักดันสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ปี 2563 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557”. **การประชุมการทำแผนปฏิบัติการปี 2559; วันที่ 19 พฤษภาคม 2558; ห้องประชุมราชพฤกษ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 2558.

15. เกษร แถวโนนงิ้ว และคณะ. “การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง”. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 24(6) : 1127-1137, 2558.

16. เทพลักษณ์ ศิริวัฒนวุฒิชัย และคณะ. “สถานการณ์และปัจจัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม”. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 25(1) : 60-68, 2559.

17. อังษณา ยศปัญญา และคณะ. “ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย ปี 2556”. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น** 22(1) : 89-97. 2556.

18. กนกวรรณ ขันเงิน และคณะ. ระดับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของประชาชนในตำบลโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2554. **วารสารศรีวนาลัยวิจัย** 1(2) : 76-87, 2554.

19. S. Prakobwong, W. Gunnula, S. Chaipibool, B. Nimala, J. Sangthopo, N. Sirivetthumrong and A. Ribas. 2017. Epidemiology of Opisthorchis viverrini in an endemic area of Thailand,an integrative approach. De gruyter 4 : 298-306.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

The Study of Knowledge, Attudes and Pesticide Usage Behaviors of Chili Growers in Ban Nong Doon Nong Lao Sub-district, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province

สมจิต บุญพา[1], พรพรรณ สกุลคู[2*]

Somjit Boonpha [1], Pornpun Sakunkoo [2*]

(Received: May 25 ,2018 ; Accepted: June 19 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) รวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน โดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA ผลการศึกษาพบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79) ร้อยละ 54.7 มีทัศนคติเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับมาก (ช่วงคะแนน 3.67-5.00) คือ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต้องอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี และมีขนาดพอดีกับผู้สวมใส่หลังการใช้อุปกรณ์ต้องล้างหรือทำความสะอาดทุกครั้ง ($\bar{X}$=4.47, S.D=0.07) แต่ยังคงมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือ เมื่อมีเหงื่อไหลบริเวณใบหน้าปากใช้แขนเสื้อเช็ดทันที ($\bar{X}$=1.53, S.D=0.07) ดังนั้น การให้ความรู้โดยจัดโปรแกรมหรือใช้สื่อในการปฏิบัติที่ถูกต้องให้แก่เกษตรกรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของเกษตรกรให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องจะเป็นประโยชน์แก่เกษตรกรในการทำงานอย่างมีสุขภาพดีและปลอดภัยได้

คำสำคัญ : ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกร

Abstract

The objective of this research were Knowledge, Attitudes and Pesticide Usage Behaviors of Chili Growers in Ban Nong Doon Nong Lao Sub-district, Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province as Cross-sectional survey study. The collected sample were 64 persons by questionnaires. The results found that knowledge of using pesticide were in moderate level (The scores ranged from 60-79 %.) 54.7%, attitude were in height level as score range 3.67-5.00 of Personal Protective Equipment (PPE). There should be well using and fitting for farmers after use, have to wash or clean at all times ($\bar{X}$=4.47, S.D=0.07). However there were still behaving badly while spraying pesticides. For example they had sweat flow on the mouth and face, use the sleeve immediately ($\bar{X}$=1.53, S.D=0.07). So that giving knowledge and produce educating by using any programs or using the corrected media for the farmers order to good performance and be well healthy and save.

Keywords : Knowledge Attitudes Pesticide Usage pesticide famers

[1] 1 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

พริกเป็นพืชผักที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจชนิดหนึ่ง ถูกนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในรูปผลสด พริกแห้ง รวมถึงผลิตภัณฑ์ต่างๆ ทำให้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น จากรายงานสรุปการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี พ.ศ. 2557- พ.ศ. 2559 พบว่ามีปริมาณ 147,269.9 ตัน, 149,458.7 ตัน และ 160,687.1 ตัน ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ [1] แหล่งปลูกพริกในจังหวัดอุบลราชธานี คือที่อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอเมือง และอำเภอเขื่องใน ปัญหาที่ทำให้ผลผลิตพริกลดลง ได้แก่ ไส้เดือนฝอย รากปม โรคเหี่ยวที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย โรคใบหงิกที่เกิดจากเชื้อไวรัส โรคแอนแทรกโนส แมลงวันเจาะผลพริก เพลี้ยไฟ ไรขาว และต้นกล้าเหี่ยวยุบ [2] โรคและแมลงศัตรูพืชมาก ทำให้เกษตรกรมีการใช้สารเคมีมาก จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรผู้ปลูกพริก พบว่า ส่วนใหญ่เกษตรกรเลือกใช้สารเคมีกลุ่ม ออร์กาโนฟอสเฟต ร้อยละ 22 รองลงมาคือกลุ่มคาร์บาเมต ร้อยละ 21 และกลุ่มกลุ่มไพรีทอย ร้อยละ 12 สอดคล้องกับข้อมูลการตรวจเลือดของเกษตรกร บ้านหนองดูน เพื่อตรวจวัดระดับโคลีนเอสเตอเรสในกระแสโลหิต โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแดงใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2560 พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการตรวจในระดับที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 60.9 และ มีความเสี่ยงร้อยละ 35.9 จากการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ปริมาณการใช้สารเคมีของเกษตรกรขึ้นอยู่กับราคาผลผลิต ณ ขณะนั้น โดยไม่คำนึกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกายและเกิดการตกค้างในสิ่งแวดล้อม [3] สารกำจัดศัตรูพืชที่มักทำให้ผู้ใช้เกิดอาการเจ็บป่วย มี 3 กลุ่มใหญ่ คือ สารกำจัดแมลง สารกำจัดหนู สัตว์กัดแทะ และสารกำจัดวัชพืช โดยสามารถเข้าสู่ร่างกายทั้งทางผิวหนัง การหายใจและการกลืนกิน ซึ่งการใช้สารกำจัดศัตรูนั้นมีเพียงร้อยละ 0.1 ที่จะไปถึงศัตรูเป้าหมาย แต่อีกร้อยละ 99.9 จะปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม และทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกรที่ใช้สารเคมีโดยตรง หรือ กลุ่มผู้บริโภคพืชผักที่มีสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชตกค้างในพืชผักจำนวนมาก ซึ่งแน่นอนว่าไม่เพียงแต่เกิดพิษเฉียบพลันเท่านั้น แต่การเกิดพิษจากการได้รับสัมผัสในระยะยาว อาจมีผลต่อ ระบบประสาท ระบบพันธุกรรม และการเกิดมะเร็ง จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลายชนิดมีผลทำให้เกิดมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด และเม็ดเลือดขาวในเด็ก เป็นต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ประชากรทั้งหมด 78 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาจำนวน 64 คน ซึ่งมาจากการสุ่มตามจุดมุ่งหมาย (Purposive sampling) เฉพาะเกษตรกรผู้ปลูกพริกที่มีความสมัครใจเข้าร่วมศึกษา มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหา validity และ reliability ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alph-coefficient) วิธีการของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.75 แล้วจึงนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องนำไปทดสอบในหมู่บ้านอื่นของอำเภอ ม่วง

สามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มศึกษา ปรับแก้ภาษารวมถึงข้อความ ก่อนนำมาใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรผู้ปลูกพริก จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ความถี่การสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความถี่และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 2 ความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ มี 2 ระดับ คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของบลูม[4] คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 ความรู้อยู่ในระดับสูง, คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79 ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0-59 ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ในการศึกษาในครั้งนี้มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อคิดเป็นคะแนนเต็ม 10 คะแนน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลความรู้ โดยถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน 0-5 หมายถึง ความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 6-7 หมายถึง ความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 8-10 หมายถึง ความรู้ของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยมาแปลความหมาย โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแบ่งเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปรใช้เกณฑ์ของเบสท์[5] (Best, 1977) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยช่วงระดับมีคะแนน 1-5 คะแนนแบ่งเป็นช่วงระดับ น้อย ปานกลาง และมาก กำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดถือตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 2.34-3.66 หมายถึง ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 3, 2 และ1 คะแนน ตามลำดับ ข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ และแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ Best คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ (Indept-interview) และการสังเกตพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก (Observation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของเกษตรกร ความรู้ และการปฏิบัติของเกษตรกร ใช้สถิติวิเคราะห์หาความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.6 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 89.1 ปลูกพริกโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาแล้ว 6-10 ปี ร้อยละ 43.8 ความถี่ในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง ร้อยละ 46.9 สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคลทุกครั้งเมื่อใช้

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 96.9 มีความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 100 เกษตรกรเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 34.4 ได้รับข้อมูลจากเพื่อนเกษตรกร และได้รับข้อมูล 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.8

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.7 (แผนภูมิที่ 1) ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 7 ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 ประเด็นข้อคำถามที่เกษตรกรตอบถูกมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ในขณะทำการผสมสารเคมี และมีการใช้ถุงมือยางป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกผิวหนังบริเวณมือ ร้อยละ 96.9 เท่ากัน รองลงมา คือ สวมใส่หมวกยางกันน้ำเพื่อป้องกันละอองของสารเคมีปลิวมาถูกผมหรือหนังศีรษะ ร้อยละ 68.8 ส่วนข้อคำถามที่เกษตรกรตอบไม่ถูกมากที่สุด คือ ลักษณะการจัดถุงมือในการฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชขึ้นเหนือไหล่กับลงต่ำกว่าระดับไหล่ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ช่องทางการรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังมากที่สุด ร้อยละ 90.6 และ การแบ่งสีดูระดับความเป็นพิษจากสีของฉลากภาชนะบรรจุโดยฉลากสีน้ำเงินแสดงถึงความเป็นพิษเล็กน้อย ร้อยละ 85.9

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของเกษตรกรจำแนกความรู้ตามจำนวนคนที่ตอบถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n = 64)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	จำนวนคนที่ตอบถูก	ร้อยละ
1. ข้อใดคือการแบ่งสีดูระดับความเป็นพิษจากสีของฉลากภาชนะบรรจุที่ถูกต้อง	9	14.1
2. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายทางใดมากที่สุด	6	9.4
3. ข้อใดคือการฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	62	96.9
4. เกษตรกรควรสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในขั้นตอนใดที่จะเป็นการป้องกันการได้รับสารเคมีได้ดีที่สุด	10	15.6
5. ลักษณะของเสื้อคลุมที่ใช้ป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกระเด็นถูกผิวหนังข้อใดไม่ถูกต้อง	30	46.9
6. ชนิดของหมวกที่ใช้สวมใส่เพื่อป้องกันละอองของสารเคมีปลิวมาถูกผมหรือหนังศีรษะ	43	68.8
7. อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกผิวหนังบริเวณมือ	62	96.9
8. ข้อใดใช้รองเท้าบู๊ทเพื่อป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกผิวหนังบริเวณเท้าและขาได้ถูกต้อง	16	25.0
9. ถ้าฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชขึ้นเหนือไหล่กับลงต่ำกว่าระดับไหล่ควรจัดถุงมือในลักษณะใด	0	0.0
10. ข้อใดคือการชำระล้างอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหลังจากการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง	33	51.6

ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

ตาราง 2 ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (n = 64)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
1. อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต้องอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี และมีขนาดพอดีกับผู้สวมใส่หลังการใช้อุปกรณ์ต้องล้างหรือทำความสะอาดทุกครั้ง	4.47	0.07	มาก
2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลช่วยป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น	2.70	0.11	ปานกลาง
3. ในการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยใช้ไม้กวนไม่จำเป็นต้องสวมถุงมือก็ได้	2.78	0.14	ปานกลาง
4. เกษตรกรสามารถใช้หมวกไหมพรมหรือผ้าสะอาดปิดจมูกในกรณีที่ใช้หน้ากากแล้วหายใจไม่ถนัดได้	2.88	0.12	ปานกลาง
5. ควรแล้วพับขอบถุงมือลงเพื่อไม่ให้สารเคมีไหลเข้าไปในถุงมือ	2.61	0.16	ปานกลาง
6. หลังการฉีดพ่นเมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเปื้อนที่มือให้ทำการล้างชำระด้วยน้ำสะอาดนานๆ อย่างน้อย 15 นาที	4.19	0.08	มาก
7. ถ้าใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพียงเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลก็ได้	1.91	0.09	น้อย
8. หลังจากฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเสร็จให้รีบแช่อุปกรณ์ด้วยน้ำสะอาด ทิ้งไว้ 30 นาที แล้วนำไปผึ่งให้แห้ง	4.05	0.07	มาก
9. เสื้อผ้าที่ใส่หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่จำเป็นต้องแยกซักก็ได้	1.44	0.09	น้อย

ตาราง 2 ทัศนคติของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (n = 64)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
10.ถ้าให้ผู้อื่นยืมชุดอุปกรณ์ที่ใช้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต้องทำการตรวจสอบอุปกรณ์ทุกครั้งก่อนการใช้ ห้ามนำอุปกรณ์ที่มิได้ผ่านการทำความสะอาดมาใช้	3.72	0.08	มาก

จากตาราง 2 พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกพริกส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับมาก 4 ประเด็น คือ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต้องอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี และมีขนาดพอดีกับผู้สวมใส่หลังการใช้อุปกรณ์ต้องล้างหรือทำความสะอาดทุกครั้ง ($\bar{x}$=4.47, S.D=0.07) รองลงมาคือ หลังการฉีดพ่นเมื่อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเปื้อนที่มือให้ทำการล้างชำระด้วยน้ำสะอาดนานๆ อย่างน้อย 15 นาที ($\bar{x}$=4.19, S.D=0.08) ถัดมาคือ หลังจากฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเสร็จให้รีบแช่อุปกรณ์ด้วยน้ำสะอาด ทิ้งไว้ 30 นาที แล้วนำไปผึ่งให้แห้ง ($\bar{x}$=4.05, S.D=0.07) และ ถ้าให้ผู้อื่นยืมชุดอุปกรณ์ที่ใช้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต้องทำการตรวจสอบอุปกรณ์ทุกครั้งก่อนการใช้ ห้ามนำอุปกรณ์ที่มิได้ผ่านการทำความสะอาดมาใช้ ($\bar{x}$=3.72, S.D=0.08) และทัศนคติในระดับน้อยเรียงจากลำดับค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เสื้อผ้าที่ใส่หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่จำเป็นต้องแยกซักก็ได้ ($\bar{x}$=1.44 ,S.D=0.09) และถ้าใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพียงเล็กน้อยไม่จำเป็นต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลก็ได้ ($\bar{x}$=1.91 ,S.D=0.09) ตามลำดับ

พฤติกรรมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

ตาราง 3 พฤติกรรมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (n = 64)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
1.สวมเสื้อผ้า อุปกรณ์ป้องกันในขณะทำการผสมสารเคมี เช่น ถุงมือ เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ฯลฯ	2.87	0.04	สูง
2.สวมหมวกที่ทำด้วยวัสดุกันสารเคมีซึม รัด กระชับ ใส่คลุมศีรษะและผมได้หมด	2.75	0.05	สูง
3.ใช้แว่นครอบตา ที่ครอบใบหน้าทำด้วยวัสดุกันสารเคมีซึม มีรูระบายความร้อนเพื่อป้องกันแว่นเปียกและมองไม่เห็นมีสายรัดศีรษะ เลนส์ ทนต่อสารเคมีและแรงกระแทก	1.75	0.08	ปานกลาง
4.ทำด้วยวัสดุกันซึม เป็นหน้ากากมีตลับกรองหรือไส้กรองที่เหมาะกับชนิดของสารเคมีที่ใช้ฉีดพ่น	2.08	0.11	ปานกลาง
5.สวมเสื้อที่ทำด้วยวัสดุกันซึม เป็นเสื้อแขนยาว กางเกง ขายาว	2.19	0.11	ปานกลาง
6.สวมถุงมือที่ทำด้วยยางสังเคราะห์หรือวัสดุที่สามารถกันสารเคมีซึมผ่าน สวมใส่แล้วไม่เกิดการระคายเคือง	2.70	0.07	สูง
7.สวมรองเท้าบู๊ทที่ทำด้วยยางสังเคราะห์หรือวัสดุกันซึมสูงขึ้นมาถึงเข่า	2.92	0.03	สูง
8.เมื่อมีเหงื่อไหลบริเวณใบหน้าปากใช้แขนเสื้อเช็ดทันที	1.53	0.07	ต่ำ
9.ชำระล้างอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ โดยแยกชำระล้างจากอุปกรณ์เครื่องมือปกติทันที	2.83	0.06	สูง
10.การซักชุดที่ใส่ฉีดพ่นควรแยกซักจากเสื้อผ้าอื่น ๆ และไม่นำชุดสวมใส่สำหรับฉีดพ่นสารเคมี มาใช้สวมใส่ในกรณีอื่น ๆ	2.95	0.02	สูง

จากตาราง 3 พฤติกรรมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกพริกมีพฤติกรรมการซักชุดที่ใส่ฉีดพ่นควรแยกซักจากเสื้อผ้าอื่น ๆ และไม่นำชุดสวมใส่สำหรับฉีดพ่นสารเคมี มาใช้สวมใส่ในกรณีอื่น ๆ ($\bar{x}$=2.95, S.D=0.02) ในระดับที่สูงที่สุดเมื่อเรียงตามค่าคะแนนเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย รองลงมาคือ สวมเสื้อผ้า อุปกรณ์ป้องกันในขณะทำการผสมสารเคมี เช่น ถุงมือ เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ฯลฯ ($\bar{x}$=2.87, S.D=0.04) และ พฤติกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ คือ เมื่อมีเหงื่อไหลบริเวณใบหน้าปากใช้แขนเสื้อเช็ดทันที ($\bar{x}$=1.53, S.D=0.07) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิเคราะห์ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก บ้านหนองดูน ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.7 เมื่อพิจารณารายข้อในส่วนข้อคำถามที่เกษตรกรตอบถูกมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ในขณะทำการผสมสารเคมี และมีการใช้ถุงมือยางป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกผิวหนังบริเวณมือ ร้อยละ 96.9 แต่ในข้อคำถามที่เกษตรกรตอบไม่ถูกมากที่สุด คือ ลักษณะการจัดถุงมือในการฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชขึ้นเหนือไหล่กับลงต่ำกว่าระดับไหล่ ร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกษตรกรมีความรู้ว่าต้องมีการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังบริเวณข้อมือ แต่ยังขาดวิธีการสวมใส่ที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับ[6] ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก (ชนิกานต์ คุ้มนก, 2555) พบว่า ส่วนใหญ่เกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืช และมีพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง แต่ยังมีเกษตรกรบางส่วนที่มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในเรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากอันตรายแม้เกษตรกรจะมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันแต่เป็นการใช้อุปกรณ์ที่ไม่ครบชุด และสวมใส่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้โดยจัดโปรแกรมหรือใช้สื่อในการปฏิบัติที่ถูกต้องให้แก่เกษตรกรเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกรให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันตนเองและบุคคลรอบข้าง สอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลแหลมโตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง [7] พบว่า การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ในเรื่องการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากอันตรายแม้เกษตรกรจะมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันแต่เป็นการใช้อุปกรณ์ที่ไม่ครบชุด ซึ่งประเด็นในการปฏิบัติเหล่านี้อาจสามารถแก้ไขได้โดยการให้ความรู้โดยวิธีการต่างๆ และการใช้สื่อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองของเกษตรกรด้วยความสม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง

ทัศนคติเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับมาก คือ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต้องอยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดี และมีขนาดพอดีกับผู้สวมใส่หลังการใช้อุปกรณ์ต้องล้างหรือทำความสะอาดทุกครั้ง ($\bar{X}$=4.47, S.D=0.07) ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านห้วยสามขา ตำบลทัพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา[8] พบว่า เกษตรกรบ้านห้วยสามขาส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่ยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมในบางเรื่อง ซึ่งควรได้รับการแก้ไขคือ การไม่ใส่แว่นตาขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 66.2 รองลงมาคือการนำภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้วไปทำลายโดยการทิ้งขยะร้อยละ 28.9 และหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้ว เกษตรกรจะล้างอุปกรณ์ในแหล่งน้ำธรรมชาติ ได้แก่ แม่น้ำลำคลอง หรืออ่างเก็บน้ำ ร้อยละ 16.9 ซึ่งจะเป็นผลให้เกิดการตกค้างของสารเคมีในผักพื้นบ้านหรือสิ่งมีชีวิตในระบบนิเวศน์ได้ สอดคล้องกับสุภาพร ใจการุณ (2556)[9] การศึกษาที่พบการตกค้างในผักพื้นบ้านอีสานค่อนข้างสูงเช่นกัน คือ ผักขะแยงและย่านาง (ร้อยละ 71 และ 86 ตามลำดับ) จากการสอบถามความคิดเห็นของประชาชน พบว่า มีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผักพื้นบ้านอีสานและอาหารท้องถิ่นว่า มีโอกาสที่จะเข้าสู่ร่างกายจากการบริโภค ร้อยละ 100 และกังวลว่าจะเกิดการตกค้างในดินและน้ำโดยผ่านทางห่วงโซ่อาหาร ร้อยละ 96.67และ ร้อยละ 97.33 ตามลาดับ ถือเป็นสัญญาณเตือนให้ทราบว่าผักพื้นบ้านอีสานและอาหารท้องถิ่น เริ่มจะไม่ปลอดภัยกับคนอีสานในปัจจุบัน

พฤติกรรมของเกษตรกรผู้ปลูกพริกเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกพริกมีพฤติกรรมการซักชุดที่ใส่ฉีดพ่นควรแยกซักจากเสื้อผ้าอื่น ๆ และไม่นำชุดสวมใส่สำหรับฉีดพ่นสารเคมี มาใช้สวมใส่ในกรณีอื่น ๆ ($\bar{X}$=2.95 ,S.D=0.02) ในระดับที่สูงที่สุดแสดงให้เห็นว่าเกษตรกรมีความรู้สามารถป้องกันการได้รับสารเคมีหลังการฉีดพ่นได้แต่ยังคงมีพฤติกรรมที่

ไม่ถูกต้องขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือ เมื่อมีเหงื่อไหลบริเวณใบหน้า ปาก ใช้แขนเสื้อเช็ดทันที ($\bar{x}$=1.53 ,S.D=0.07) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ (Indept-interview) และการสังเกตพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกพริก (Observation) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเกษตรกรยังคงมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะมีพฤติกรรมได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับ (Jallow, ผลการศึกษาความรู้และแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยในการกำจัดศัตรูพืชของคูเวต [10] พบว่า ความรู้ด้านความปลอดภัยของสารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพื่อความปลอดภัย สอดคล้องกับ ผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในเกษตรกรอินโดนีเซียเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช [11] พบว่า ความรู้และทัศนคติมีไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกรในการทำงานอย่างมีสุขภาพดีและปลอดภัยได้ ช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติจะต้องเชื่อมโยงด้วยรูปแบบการฝึกอบรมเชิงโต้ตอบและมีส่วนร่วมมากขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาเครื่องมือพิเศษเพื่อลดความเสี่ยงของสารกeจัดศัตรูพืชซึ่งพัฒนาขึ้นโดยมีส่วนร่วมซึ่งเกี่ยวข้องกับเกษตรกรผ่านการอภิปรายกลุ่มย่อย และการจำลองภาคสนาม

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. **ปริมาณและมูลค่าการนาเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี 2553 - 2558** [ออนไลน์] 2559 จาก http://www.oae.go.th/ewt_news.php?nid=146 [อ้างเมื่อ 15 มิถุนายน 2560].

2.สำนักวิจัยและพัฒนาการเกษตรเขตที่ 4 อุบลราชธานี. **รายงานสำนักงานเกษตรจังหวัด อุบลราชธานี** [ออนไลน์] 2550 จาก http://www.doa.go.th/main/index.php?option=com_weblinks&view=category& id=67%3Aoard4&Itemid=28 [อ้างเมื่อ 17 เมษายน 2560].

3.สุธาสินี อั้งสูงเนิน. **ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช.** 2558. จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/31481-Article%20Text-98450-1-10-20151118.pdf [อ้างเมื่อ 30 เมษายน 2560].

4.Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw Hill Book Co; 1976.

5.Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall;1977.

6.ชนิกานต์ คุ้มนก และคณะ. พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก [ออนไลน์] 2557 จาก http://research.pcru.ac.th/journal_pcru/index.php/re/article/viewFile/181/175 [อ้างเมื่อ 17 เมษายน 2560].

7.วิชชาดา สิมลาและตั้ม บุญรอด. **พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในตำบลแหลมโตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง** [ออนไลน์] 2554 จาก http://researchconference.kps.ku.ac.th/article_8/pdf/p_sci_sport03.pdf [อ้างเมื่อ 5 กรกฎาคม 2560].

8. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ. **การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านห้วยสามขา ตำบลทัพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา** [ออนไลน์] 2557 จาก http://www.thaiscience.info/journals/Article/SRMJ/10967818.pdf [อ้างเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560].

9.สุภาพร ใจการุณ และคณะ **การตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผักพื้นบ้านอีสานและอาหารท้องถิ่น.** [ออนไลน์] 2556. จาก http://thailand.digitaljournals.org/index.php/KKPHR/article/download/24905/24149 [อ้างเมื่อ 17 เมษายน 2560].

10.Jallow, F. M., G. D. Awadh, S. M. Albaho, Y. V. Devi and M. B. Thomas "Pesticide Knowledge and Safety Practices among Farm Workers in Kuwait: Results of a Survey." **International Journal of Environmental Research and Public Health** 14 (4), 2017.

11.Maria G. C. Yuantari , Cornelis A. M. Van Gestel ,Nico M. Van Straalen , Budi Widianarko , Henna R. Sunoko , Muhammad N. Shobib. Knowledge, attitude, and practice of Indonesian farmers regarding the use of personal protective equipment against pesticide exposure. **Environ Monit Assess**. 187: 142. 2015

การนิเทศการบริหารยา ในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Supervisions on Medication Administration of Head Nurses in Inpatient Department of Community Hospitals Located in Northeast Region

รชยา เรืองช่อ[1], มาริสา ไกรฤกษ์[2]

Rachaya Ruangcho, Marisa Krairiksh

(Received: May 17 ,2018 ; Accepted: June 19 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิด CLEAR supervision model ของ Steve Page and Val Wosket (2001) และแนวคิดการบริหารยา ของธิดา นิงสานนท์ และคณะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยใน จำนวน 223 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การนิเทศการบริหารยาของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า การนิเทศการบริหารยาของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้านการกำหนดข้อตกลงในการนิเทศการบริหารยา (contract) ด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศร่วมกัน (listen) ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน (explore) ด้านการนำไปปฏิบัติ (action) และด้านการทบทวนประเมินผลและสะท้อนกลับข้อมูล (review) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.73, S.D = 0.54, $\bar{X}$= 3.95, S.D. = 0.54, $\bar{X}$= 3.77, S.D. = 0.57, $\bar{X}$= 3.80, S.D. = 0.44 และ $\bar{X}$= 3.76 S.D. = 0.52 ตามลำดับ)

คำสำคัญ การนิเทศ การบริหารยา

Abstract

The purpose of this research was to study the supervision of medication administration in inpatient department (IPD) by head nurses of community hospitals in Northeastern. The CLEAR supervision model of Steve Page and Val Wosket (2001) was applied for this study. The samples are 246 head nurses who were selected by stratified random sampling. The research instrument was a questionnaire consisted of two parts: part 1 personal data and part 2 the supervision of medication administration in IPD by head nurses. The questionnaire was content validated by five experts and the supervision part was tested its reliability by Cronbach's alpha coefficient which was 0.97. The data were analyzed by frequencies, percentage distribution, means, and standard deviations.

The research found that the overall means of supervisions related to determining the contract for the supervision of medication administration, listening, exploration of understanding and planning, action, and reviewing and evaluating feedback information were in high levels (($\overline{X}$ = 3.73 S.D. = 0.54, $\overline{X}$ = 3.95 S.D. = 0.54, $\overline{X}$ = 3.77 S.D. = 0.57, $\overline{X}$ = 3.80 S.D. = 0.44, and $\overline{X}$ = 3.76 S.D. = 0.52, respectively).

Keywords : Supervision Medication administration

---

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ระบบยาเป็นระบบสำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ยานั้น มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และยังสะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงของการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ดังนั้นหากผู้ที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะพยาบาลเป็นด่านสุดท้ายในระบบการให้ยาผู้ป่วย ต้องมีบทบาทสำคัญในการบริหารยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น [1]

ประเทศไทย ได้ศึกษาผลกระทบของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อผู้ป่วย พบว่า จากใบสั่งยา 443,303 ใบ (100%) จัดอยู่ใน Category B,C ร้อยละ 64.74, 22.89 ตามลำดับ และพบ 1 ราย (ร้อยละ 0.21) ที่จัดอยู่ใน Category F และพบว่า ความรุนแรงของการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาและความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาจัดอยู่ใน Category B มากที่สุด คือ ร้อยละ 84.87 และ 62.90 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาจัดอยู่ใน Category C มากที่สุด ร้อยละ 48.89 จะเห็นได้ว่า การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา นอกจากก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แล้วยังมีผลกระทบมากมาย ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะเกิดโรคใหม่ที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต หรือหากไม่รุนแรงก็อาจสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นรวมทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจซึ่งอาจประเมินค่าไม่ได้ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่ตั้งใจดูแลผู้ป่วยแต่กลับต้องเผชิญกับปัญหาการถูกฟ้องร้อง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา หรือลดความรุนแรงของการเกิดลงได้ จึงนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง[2]

ในประเทศออสเตรเลีย ผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 2-4 มีสาเหตุเกิดจากยา ในจำนวนนี้ สามในสี่เป็นสิ่งที่ป้องกันไม่ให้เกิดได้ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตนั้น ร้อยละ 27 มีสาเหตุจากยา การศึกษาในโรงพยาบาลเด็กขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ในเวลา 8 เดือน ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งใช้ยาไม่ถูกขนาดทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย [3] Institute of Medicine (IOM) ในประเทศสหรัฐอเมริการายงานไว้ว่าความผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายถึง 44,000 – 98,000 คนต่อปี คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียถึง 19 – 27 พันล้านเหรียญสหรัฐ และพบว่าในโรงพยาบาล 7,000 แห่งในสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากความคลาดเคลื่อนทางยา จำนวน 7,000 รายต่อปี และได้รับอันตรายในระดับต่างๆ จำนวน 77,000 ราย คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียถึงปีละ 15 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยความคลาดเคลื่อนทางยาคิดเป็นลำดับที่ 8 ของสาเหตุการตาย (Khone Corrigan & Donaldson 2000, อ้างถึงใน สารนิติ บุญประสพ, 2549) สำหรับประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ.2542 แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมกรุงเทพมหานคร ได้รับยาเฉลี่ยวันละ 16 ครั้ง มีอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 2 [4]

ปัญหาของการนิเทศทางการพยาบาลในคลินิก ในโรงพยาบาลชุมชนที่พบคือขาดการนิเทศที่เน้นเรื่องการบริหารยาของพยาบาลโดยเฉพาะ จากการทบทวนพบว่าในโรงพยาบาลขนาดระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ยังไม่พบการศึกษาว่ามีการนำแนวทาง การวางระบบ หรือมีแนวปฏิบัติของการนิเทศทางการพยาบาลที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการนิเทศการบริหารยาได้อย่างมั่นใจ การปฐมนิเทศและการฝึกอบรม/ความรู้ให้กับพยาบาลที่ยังไม่สามารถสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยในการให้ยาผู้ป่วย การบริหารยาของพยาบาลไม่มีการกำหนดมาตรฐานการบริหารยา มีเพียงแนวปฏิบัติเรื่องการให้ยา เกิดจากสภาพแวดล้อมจากการทำงานไม่เหมาะสม และไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารยาสำหรับพยาบาล ตลอดจนไม่มีระบบรายงานอุบัติการณ์ที่มีประสิทธิภาพ มีผลทำให้พยาบาลไม่รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา บทบาทของพยาบาลในการบริหารยาจึงมีความสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีความสนใจในการศึกษาการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการนิเทศการบริหารยาของพยาบาล เพื่อป้องกันข้อผิดพลาด และ

ความคลาดเคลื่อนทางยา เพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาล พัฒนาการนิเทศทางการพยาบาลให้มีมาตรฐานที่ดีขึ้น มีความชัดเจนในการนิเทศและสร้างนวัตกรรมในการบริหารยาของพยาบาล ดั่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.), (2552)[4] ได้เสนอแนะให้มีการการจัดเตรียมการ ควบคุม กำกับ และประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อการบริหารจัดการที่ดี โดยกำหนดให้ต้องมีระบบควบคุมกำกับ ดูแล และนิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล และปัจจัยที่จะช่วยให้การบริหารยาลดความคลาดเคลื่อนได้คือระบบนิเทศทางการพยาบาล สอดคล้องกับ ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล & ปรีชา มนทกานติกุล (2554)[1] กล่าวว่า ถ้าสามารถสร้างการนิเทศแบบมีจุดมุ่งหมายเพื่อการบริหารยา และโดยเฉพาะจะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการและองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยใน สังกัดกลุ่มการพยาบาลตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 265 แห่ง ขนาด 10 – 350 เตียง จำนวน 531 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยใน สังกัดกลุ่มการพยาบาล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

ขั้นที่ 1 แบ่งชั้น (Stratum) ตามระดับขนาดโรงพยาบาล 10, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 200, 320, 350 เตียง มีกลุ่มประชากรคือหัวหน้าหอผู้ป่วยในจำนวน 531 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจำนวนพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากจำนวนพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล ที่สุ่มได้ โดยคิดสัดส่วนจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด 246 คน ซึ่งตรงกับข้อเสนอของ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร ,2547 และ Comfrey & Lee (1992, อ้างถึงใน สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ ,2557) และในการวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ รวมขนาดตัวอย่างจำนวน 246 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามโดยแบ่งแบบสอบถามเป็น2 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย ชุดที่ 2 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ แต่ละชุดของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมภาวะผู้นำใฝ่บริการ ใช้แบบสอบถามภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการสำรวจความคิดเห็นต่อการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 5 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80 S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณาแต่ละรายด้านการนิเทศการบริหารยา พบว่าด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศร่วมกัน (listen) มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.95 S.D. = 0.54) แสดงให้เห็นว่าผู้นิเทศให้ความสำคัญในการเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วม (Bulterworth & Faugier ,1993 อ้างถึงใน รัชตวรรณ ศีรตระกูล ,2554)[5] การเปิดโอกาสเพื่อให้ผู้รับการนิเทศได้มีส่วนร่วมในการนิเทศการบริหารยานั้น มีช่องทางการให้ข้อมูลหลากหลาย เช่น การรับ – ส่ง เวรของพยาบาล การให้ข้อมูลทางโปรแกรมความเสี่ยง หรือแม้กระทั่งการพูดคุย บอกกล่าว แลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาผู้รับการนิเทศรู้สึกมีส่วนร่มในการนิเทศนั้นๆ

2. การนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.1 ด้านการกำหนดข้อตกลงในการนิเทศ (contract) โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.73 S.D = 0.54) อธิบายได้ว่า การนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยในนั้น ผู้นิเทศมีการสร้างความเข้าใจในเรื่องประโยชน์ของกระบวนการนิเทศ ทำให้เกิดการยอมรับบทบาทหน้าที่ขั้นพื้นฐาน ขั้นตอนในการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ได้แก่ การทักทาย การยิ้มแย้ม การไม่ถือตัว สร้างบรรยากาศเป็นมิตร กำหนดหลักการพื้นฐานร่วมกัน การกำหนดขอบเขตการนิเทศและเป้าหมายการนิเทศที่ชัดเจน ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ ควบคุม กำกับ ดูแลเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนจากบริหารยาตามหลัก 6 R ($\bar{X}$ = 4.06 S.D. = 0.73) ผู้นิเทศคาดหวังว่าความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยาของพยาบาลจะลดลง เมื่อมีผู้รับผิดชอบโดยตรง ผู้รับการนิเทศรับทราบปัญหาของตนเองจากการบริหารยา ทำให้มีการแก้ปัญหาร่วมกัน แต่ยังพบปัญหาคือการกำหนดตารางรายการนิเทศการบริหารยา ($\bar{X}$ = 3.17 S.D. = 0.83) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในปานกลาง การกำหนดตารางการนิเทศยังมีการกำหนดล่วงหน้าน้อย รัชตวรรณ ศีรตระกูล (2556) [5] กล่าวว่าเนื่องด้วยภาระงานไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้ป่วย ภาระงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในที่อาจจะมีงานให้ต้องปฏิบัติแบบฉุกเฉิน เช่น การประชุม การอบรม ที่ไม่ได้มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ที่เป็นตัวกำหนดสถานการณ์ในแต่ละวัน/แต่ละเวร ที่ทำให้การวางแผนกำหนดการนิเทศการบริหารยาในหอผู้ป่วยใน ไม่เป็นไปตามแผนที่ตารางได้กำหนดไว้

2.2 ด้านการรับฟังปัญหาและการกำหนดหัวข้อการนิเทศร่วมกัน (listen) โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.95 S.D. = 0.54) อธิบายได้ว่า การรับฟังปัญหาจากผู้รับการนิเทศเป็นการใช้ประโยชน์จากการฟังและการสร้างบรรยากาศให้เกิดการยอมรับ การพัฒนาความเข้าใจสถานการณ์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่แตกต่าง และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การช่วยให้ผู้นิเทศได้เรียนรู้ด้วยตัวเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนจากการได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ขั้นตอนในการรับฟังระหว่างผู้เทศและผู้รับการนิเทศ ข้อคำถามในเรื่องของ ผู้นิเทศเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้แจ้งความคลาดเคลื่อนทางยาขณะปฏิบัติงานการบริหารยาตามหลัก 6R ในความรับผิดชอบเพื่อร่วมวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.14 S.D. = 0.64) การเปิดโอกาสนอกจากช่องทางที่ผู้รับการนิเทศสามารถมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว ยังถือว่าการนิเทศนั้นเป็นแบบการนิเทศ Two-way ไม่ใช่แบบจับผิด ในส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ผู้นิเทศมีการให้ผู้รับการนิเทศร่วมวิเคราะห์และเสนอแนะปัญหาที่พบจากการบริหารยาตามหลัก 6 R เพื่อกำหนดเกณฑ์ชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงานการนิเทศการบริหารยา ($\bar{X}$ = 3.83 S.D. = 0.65) การกำหนดตัวชี้วัดผู้นิเทศยังมองว่าถูกกำหนดมาแล้วจากนโยบาย หรืองานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงกำหนดตัวชี้วัดเกิดขึ้นได้ค่อนข้างเป็นเรื่องไกลตัวของผู้นิเทศและผู้รับนิเทศ

2.3 ด้านการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน (explore) โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.77 S.D. = 0.57) อธิบายได้ว่าเป็นการค้นหาหรือพิจารณาปัญหาการนิเทศการบริหารยาอย่างรอบคอบ การสร้างความเข้าใจและรับรู้แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นประเด็นสำคัญและเป็นทางเลือกใหม่ หน่วยงานมีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จุดเริ่มต้นจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้นำหลักการ Hospital Accreditation (HA) คือกลไกประเมิน เพื่อกระตุ้น ให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และเกิดแนวคิดใหม่ๆ เพื่อมาปรับปรุงการบริหารยาให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยงสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก คือ ข้อคำถามมีการสอน/การชี้แนะ ถ่ายทอดความรู้เรื่อง ความคลาดเคลื่อนของการบริหารยาระดับ A - I และอุบัติการณ์ near-miss/miss รวมถึงการรายงาน/การแก้ไขอุบัติการณ์แก่ผู้รับนิเทศ ($\bar{X}$ = 4 S.D. = 0.70) ผู้นิเทศมีทักษะ มีความรู้เรื่องการบริหารยา สามารถถ่ายทอดสู่ผู้นิเทศได้เป็นอย่างดี แต่ยังพบข้อคำถามที่คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือการจัดทำคู่มือ /แนวปฏิบัติ / Guideline การนิเทศการบริหารยาตามหลัก 6 R เพื่อใช้ในประกอบการนิเทศ ($\bar{X}$ = 3.57 S.D. = 0.74) การจัดทำคู่มือสำหรับการนิเทศทางการพยาบาลมีน้อย ไม่ครอบคลุมหัวข้อการบริหารยา หรือบางโรงพยาบาลพบว่ายังไม่ได้มีการจัดทำขึ้น

2.4 ด้านการนำไปปฏิบัติ (action) โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.80 S.D. = 0.44) อธิบายได้ว่าในสถานการณ์ที่หลากหลายไม่หยุดนิ่ง ประกอบไปด้วย ภาระงาน งานนอกเหนือจากการพยาบาล พยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานเวร เช้า บ่าย ดึก นั้นผู้รับการนิเทศเลือกแนวทางและปฏิบัติตามขั้นตอนในการบริหารยาได้อยู่ในเกณฑ์ดี ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ระดับมาก คือ ผู้นิเทศเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศได้ประเมินผลการปฏิบัติการบริหารยาตามหลัก 6 R ($\bar{X}$ = 3.97 S.D. = 0.57) การมีส่วนร่วมมีความสำคัญในเรื่องของการรับรู้การปฏิบัติการบริหารยา ได้มีการแลกเปลี่ยน พูดคุย ให้คำแนะนำ ชี้แนะ ในขณะปฏิบัติสถานการณ์จริง เป้าหมายสำคัญ คือการสะท้อนคิดโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมและเป็นประชาธิปไตย [5] ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ระดับปานกลาง คือ ในขณะนิเทศการบริหารยา ผู้นิเทศมีการเลือกสถานที่และสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสม ($\bar{X}$ = 3.44 S.D. = 0.58) การกำหนดสถานที่และสิ่งแวดล้อมนั้นการกำหนดขณะปฏิบัติการบริหารยาเริ่มตั้งแต่การจัดเตรียมยา จะมีการกำหนดสถานที่อยู่แล้ว เพราะหน่วยงานผู้ป่วยในจะมีการวางผังของการปฏิบัติงานไว้แล้ว เช่น สถานที่จัดเตรียมยา สถานที่ รับ – ส่งเวร เป็นต้น แต่ในขณะนิเทศการบริหารยา ผู้นิเทศมีการเลือกสถานที่และสิ่งแวดล้อม ไม่เหมาะสมนั้น บางครั้งผู้นิเทศต้องการข้อมูลการบริหารยา ตามหลัก 6 R ให้ครอบคลุม จึงต้องมีการติดตาม สอบถาม สังเกต ถึงเตียงผู้ป่วย ทำให้ผู้รับการนิเทศอาจไม่มีความสะดวกในการปฏิบัติการบริหารยา และบางครั้งอาจส่งผลให้เกิดการบริหารยาผิดพลาดได้ เช่น บางครั้งต้องใช้เวลาในการบริหารยาอย่างรวดเร็ว หรือจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ทำให้ผู้รับการนิเทศอาจไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง (จากการสอบถามผู้นิเทศ จำนวน 10 คน และผู้รับการนิเทศ เพิ่มเติม จำนวน 15 คน โรงพยาบาลชุมชนบางแห่ง ในเขตจังหวัดกาฬสินธุ์)

2.5 ด้านการทบทวนประเมินผล (review) และสะท้อนข้อมูลกลับ โดยรวมแล้วอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.76 S.D. = 0.52) อธิบายได้ว่าการทบทวนการบริหารยาที่เป็นข้อตกลงที่ผ่านมา ผู้นิเทศให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับการนิเทศ ให้การช่วยเหลือกระบวนการปฏิบัติงานที่ยุ่งยากและแตกต่างจากบทเรียนที่ผ่านมา ทำข้อตกลงในการวางแผนการปรับปรุงการปฏิบัติงาน และการทบทวนบทเรียนเพื่อให้การปฏิบัติงานมีความสมบูรณ์มากที่สุด ผู้นิเทศสามารถปฏิบัติได้อยู่ในระดับดี ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ระดับมาก คือ ผู้นิเทศมีการนำข้อมูลที่ได้จากการการนิเทศบริหารยา มาวางแผนเพื่อพัฒนา ($\bar{X}$ = 3.89 S.D. = 0.57) การวางแผนพัฒนางานเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้นิเทศจึงนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนางานได้ในระดับดี แต่ยังพบว่าผู้นิเทศมีหลักฐานการประเมินการนิเทศที่บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ระดับปานกลางคือ ($\bar{X}$ = 3.43 S.D. = 0.77) การบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานในการนิเทศการบริหารยา พบค่อนข้างน้อยสาเหตุมาจากการนิเทศมีหลายหัวข้อในหอผู้ป่วยใน ด้านคลิก ด้านบริหาร บางครั้งไม่การแยกบันทึกเป็นด้ายการบริหารยาอย่างเดียวจึงทำให้การบันทึกการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดา นิงสานนท์, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, และปรีชา มนทกานติกุล. **การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พันนาบรรจุภัณฑ์, 2554.

2. ยุพา วิภาสวัชรโยธิน, และมาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บูรณ์. การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์. **วารสารเภสัชกรรมคลินิก,15**,2551; 151-161.

3. ปัญญฉัตร ชอสุขไพบูลย์. ผลการพัฒนากระบวนการประสานรายการยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลใหญ่แห่งหนึ่ง. **วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล, 23**(3),2556; 135-146.

4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). **คู่มือนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ spa & self enquiry part I สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี.2552.** ค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2557, จาก http://www.pangmapha.com/ 57/index.php/download/category/27-ha?download=118:spa-part-i

5. รัชตวรรณ ศรีตระกูล, และจงรัก อิฐรัตน์. **เอกสารประกอบการสอนกลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาล.** ขอนแก่น: สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, 2556.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกินและการเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

Self-management program on self-management behavior to prevent fluid retention and 28-day readmission among patients with heart failure

เพ็ญประภา ดวงจิตร์ [1] วาสนา รวยสูงเนิน [2]

Penprapa Duangchit , Wasana Ruaisungnoen

(Received: March 9 ,2018 ; Accepted: June 26,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว กลุ่มทดลองจำนวน 16 ราย ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะในการควบคุมน้ำเกิน คู่มือการจัดการตนเอง การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 16 ราย ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม และรายด้าน 2 ด้าน คือ ด้านการจำกัดน้ำ และด้านการติดตามประเมินตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่อย่างไรก็ตาม การจัดการตนเองด้านการจำกัดเกลือไม่แตกต่างจากก่อนเข้าโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีการเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มเปรียบเทียบเสี่ยงต่อการเข้ารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองเป็น 3 เท่า

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะน้ำเกิน,การจัดการตนเอง, การเข้ารักษาซ้ำ

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate effects of self-management (SM) program on SM behavior to prevent fluid retention and hospital re-admission among patients with heart failure. Sixteen patients in the experimental group received SM program including health education and skill training in fluid retention management, SM handbook, and telephone follow-up and home visit. The comparison group received usual care. Results revealed that the experimental had higher means of overall SM, fluid restriction, and self-monitor behaviors comparing with prior to the program and the comparison. However, there were no differences of salt restriction behavior either in comparison with prior to the program or the comparison group. Hospital readmission within 28 days was lower in the experimental. The comparison had 3 times higher risk of 28-day readmission comparing with the experimental.

keywords: congestive heart failure, fluid retention, self-management, readmission

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเร่งด่วน ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและเป็นสาเหตุของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล[1] ความสามารถในการบีบของหัวใจที่ลดลง ส่งผลให้อวัยวะและเนื้อเยื่อในร่างกายขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมทำให้มีภาวะน้ำเกิน[1,2]

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีแนวโน้มสูงขึ้น และมีอุบัติการณ์กลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จากภาวะน้ำเกินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย ในปี 2557 มีจำนวน 21 ราย ปี 2558 มีจำนวน 27 รายและปี 2559 มีจำนวน 32 ราย[3] แม้โรงพยาบาลจะใช้แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวตามมาตรฐาน[4] แต่ยังพบจำนวนผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีน้ำเกินเพิ่มสูงขึ้น จากการสังเกตและสอบถามพยาบาลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในแผนกผู้ป่วยใน พบว่ามีการให้ความรู้เพื่อการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย แต่วิธีการปฏิบัติแตกต่างกันไป เมื่อศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้านอนรักษาซ้ำจากภาวะน้ำเกินจำนวน 10 คน โดยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีและมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยทุกรายมีความเห็นว่า แม้จะได้รับข้อมูลจากพยาบาลในเรื่องการจำกัดน้ำและเกลือ แต่ยังคงคิดว่าเป็นเรื่องยุ่งยากและลำบากที่จะปรับเปลี่ยน เช่น ข้อมูลที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่ง กล่าวว่า “ไม่เติมน้ำปลาหรือปลาร้ากินไม่ได้หรอก ไม่อร่อยเลย เคยกินมันอดไม่ได้” ,“ลูกหลานหาให้กินก็กินตามนั้นล่ะมันสะดวก” ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความเร่งด่วนของการจัดการภาวะน้ำเกินและมีวิธีการจัดการที่ไม่เหมาะสม ดังข้อมูลที่ปรากฏว่า “รู้สึกได้ว่าขาบวมแต่คิดว่าเป็นอาการปกติของโรค รอดูอาการไปก่อน เดี๋ยวก็คงยุบเอง” “เริ่มมีไอ เหนื่อยมาหลายวันแต่พอทนได้ ยังไม่เหนื่อยเท่าครั้งก่อนเลยรอดูไปก่อน” “ไอมากกินมะนาวจิ้มเกลือพอทุเลา” เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ศึกษานำร่องทุกรายจึงมาด้วยอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากจากภาวะน้ำเกินและมีน้ำคั่งในปอด จนมีอาการรุนแรงจึงมาโรงพยาบาล รวมทั้งมีประวัติเข้ารักษาซ้ำบ่อยขึ้น และนอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วย 5 ใน 10 คน มีประวัติการใช้ยาขับปัสสาวะไม่สม่ำเสมอ

ปัญหาที่พบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เกี่ยวกับสาเหตุของการเข้ารักษาซ้ำบ่อยครั้งในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้แก่ เหนื่อย บวม ซึ่งมีสาเหตุมาจาก การขาดการจำกัดน้ำ ไม่ลดการบริโภคอาหารเค็ม ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การขาดการติดตามอาการด้วยตนเอง[5] ข้อมูลจากการศึกษานำร่อง ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมภาวะน้ำเกิน ขาดความตระหนักในความสำคัญของภาวะน้ำเกิน ขาดทักษะในการควบคุมอาการและประเมินปัญหาของตัวเอง รวมทั้งไม่สามารถนำความรู้และข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ใช้

แนวคิดการจัดการตนเองมีความเชื่อว่า พื้นฐานการมีส่วนร่วมของบุคคลเป็นจุดเน้นสำคัญที่ทำให้เกิดความรับผิดชอบของบุคคล ซึ่งกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดีนั้น การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการจะทำให้เกิดแรงจูงใจและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกทักษะที่จำเป็นต่อจัดการตนเองจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ และมีการจัดการตัวเองที่เหมาะสม โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการจัดการตนเอง[6] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการเข้ารักษาซ้ำบ่อยครั้งจากภาวะน้ำเกิน ทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองได้ดีขึ้น[7,8] ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและการเข้ารักษาซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เพื่อมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองและลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน มีการเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะน้ำเกิน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent samples) ของ Schiesselman[9] ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คน โดยจัดเข้ากลุ่มเปรียบเทียบก่อนจนครบตามจำนวน 16 คน หลังจากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลอง จนครบจำนวน 16 คนเช่นเดียวกัน โดยเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาซ้ำจากภาวะน้ำเกินที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวตะพาน อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุ18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี มีระดับการทำงานของหัวใจ (New York Heart Association Functional Classification: NYHA FC) 2-3 ซึ่งประเมินโดยแพทย์ เข้ารับการรักษาซ้ำครั้งปัจจุบันด้วยภาวะน้ำเกิน สามารถสื่อสารได้ปกติ สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

2. เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยจะได้รับการคัดออก หากพบว่า มีอาการแย่ลงจนระดับการทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลงจากระดับ 2-3 เป็นระดับ 4 มีภาวะหายใจล้มเหลวระหว่างการศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่ไม่คงที่ หรือแพทย์แสดงความเห็นให้ออกจากการศึกษา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผู้ป่วยถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือการดำเนินวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย

1.1 ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่ดูแล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของโรค จำนวนและช่วงเวลาการเข้ารักษาซ้ำในรอบ 1 ปี

1.2 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งแบบประเมินออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการจำกัดเกลือ 8 ข้อ การจำกัดน้ำ 6 ข้อ และด้านการติดตามและประเมินตนเอง 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ครอบคลุมแนวคิดการจัดการตนเองทั้ง 4 องค์ประกอบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า Content Validity Index (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน เท่ากับ 0.92 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค[10] ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สร้างขึ้นจากการศึกษาจากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองตามรูปแบบการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผ่านการประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96

2.2 แบบบันทึกการติดตามตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย การบันทึกและ ติดตามภาวะน้ำเกินในแต่ละวัน ได้แก่ น้ำหนัก อาการหายใจลำบาก อาการบวม อาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้โซนสีเป็นสัญลักษณ์อาการและกำหนดเป้าหมาย''แบบบันทึกการติดตามตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวผ่านการประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92

2.3 แบบประเมินตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ใช้เปรียบเทียบอาการที่ประเมินได้ของตนเองกับแบบบันทึกและติดตามตนเอง เพื่อประกอบการตัดสินใจในการจัดการตนเอง

อย่างเหมาะสม ผ่านการประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92

2.4 ภาพพลิกและอุปกรณ์สำหรับการสอน ประกอบไปด้วย ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และใช้อุปกรณ์จริงในการฝึกทักษะ ชั่งน้ำหนักดิจิตอล เหยือกตวงน้ำ รวมไปถึงการฝึกบันทึกการติดตามตนเอง และประเมินตนเอง วิธีการเสริมแรงตนเองในแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม ภาพพลิกผ่านการประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96

วิธีดำเนินการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560

1. กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลในวันที่ 3 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 10-15 นาที โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังจากนั้นให้การพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ตามหลักการวางแผนการจำหน่ายของโรงพยาบาลตามปกติทั่วไปได้แก่ความรู้เรื่องโรค ยา สิ่งแวดล้อม อาหาร อาการผิดปกติ

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ ที่ 8 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ศึกษาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านใช้เวลา 10-15 นาที สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

2. กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลเป็นกลุ่มที่สอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาดำเนินการประมาณ 60 นาทีประกอบด้วยขั้นตอน 1) การใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ใช้เวลาประมาณ 10 นาที 2) ให้ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยภาพพลิกและอุปกรณ์สำหรับการสอน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 3) ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การติดตาม ครั้งที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์และครั้งที่ 3 หลังจำหน่าย 3 สัปดาห์ โดยผู้ศึกษาติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE602179

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการคำนวณความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk ratio)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างด้านเพศ โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.80 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.50 ทั้งสองกลุ่มมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีบุตรหลานเป็นผู้ดูแล พบว่าทั้ง2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในด้านอายุและผู้ดูแล

1.2 ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีประวัติโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ มีระดับการทำงานของหัวใจระดับ 2 และทั้งสองกลุ่มมีความถี่ของการเข้ารักษาซ้ำภายใน 1 ปีเฉลี่ยมากกว่า 3 ครั้ง ผลการเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้านลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังเข้าโปรแกรมของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	คะแนนก่อนทดลอง			คะแนนหลังทดลอง			t	p-value
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD		
ด้านการจำกัดเกลือ	16	15.88	1.63	16	16.12	0.34	-.55	0.59
ด้านการจำกัดน้ำ	16	9.75	1.39	16	14.38	1.03	-10.83	0.00*
ด้านการติดตามและประเมินตนเอง	16	14.75	1.98	16	24.62	1.50	-18.06	0.00*
การจัดการตนเองโดยรวม	16	40.50	3.58	16	54.88	2.28	-12.74	0.00*

*มีนัยสถิติทางสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 ในกลุ่มทดลองพบว้าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมทั้ง 3 ด้าน หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม โดยเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการจำกัดน้ำ ด้านการติดตามและประเมินตนเอง หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในด้านการจำกัดเกลือพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

3.การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรม

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมโดยใช้สถิติ independent t-test

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	n	คะแนนการจัดการตนเอง				t	p-value
		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง			
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านการจำกัดเกลือ							
ก่อนโปรแกรม	16	16.06	1.69	15.88	1.63	-.38	0.75
หลังโปรแกรม	16	16.00	1.41	16.12	0.34	-34	0.73
ด้านการจำกัดน้ำ							
ก่อนโปรแกรม	16	9.44	1.55	9.75	1.39	.60	0.55
หลังโปรแกรม	16	9.81	1.51	14.38	1.03	9.98	0.00*
ด้านการติดตามและประเมินตนเอง							
ก่อนโปรแกรม							
หลังโปรแกรม	16	15.69	1.66	14.75	1.98	-1.45	0.16
	16	16.25	1.77	24.62	1.50	14.44	0.00*
การจัดการตนเองโดยรวม							
ก่อนโปรแกรม	16	41.06	3.44	40.50	3.58	-.45	0.65
หลังโปรแกรม	16	42.06	2.65	54.88	2.28	14.67	0.00*

*มีนัยสถิติทางสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าโปรแกรม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการจัดการตนเองก่อนการเข้าโปรแกรมโดยรวมทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างกัน หลังเข้าโปรแกรมพบว่า ในการจัดการตนเองด้านการจำกัดเกลือในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน แต่การจัดการตนเองในด้านการจำกัดน้ำ และด้านการติดตามและประเมินตนเอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคะแนนเฉลี่ยหลังเข้า

โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวมทั้ง 3 ด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ

4.ความแตกต่างของการเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำเกินภายใน 28 วันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำเกินภายใน 28 วันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

อุบัติการณ์	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		RR	95%CI
	n =16		n =16			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน	1	6.28	3	18.75	3.00	1.42-2.73

จากตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำเกินภายใน 28 วันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเข้ารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำเกินน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 6.28 และร้อยละ 18.75 ตามลำดับ และ พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีความเสี่ยงต่อการเข้ารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองเป็น 3 เท่า

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจำกัดน้ำ ด้านการติดตามและประเมินตนเอง และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้ง 3 ด้าน หลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อลดภาวะน้ำเกิน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองอันเป็นผลมาจากผู้ป่วยได้รับการสอน การฝึกทักษะเพื่อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติจริง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินได้ ในขณะที่ก่อนเข้าโปรแกรมผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในด้านการควบคุมปัจจัยของการเกิดภาวะน้ำเกิน ขาดการกระตุ้นติดตาม ทำให้ไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนคำกล่าวของแคนเฟอร์และกาลิค-บายที่ว่า การฝึกทักษะที่จำเป็นต่อจัดการตนเองจะช่วยให้เกิดความมั่นใจ และมีการจัดการตัวเองที่เหมาะสม โดยทีมสุขภาพจะเป็นผู้เสนอแนะวิธีการเปลี่ยนแปลงแนะนำพฤติกรรมการจัดการตนเองผ่านการให้ความรู้ และฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

ส่วนการจัดการตนเองด้านการจำกัดเกลือ ไม่พบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่เข้าคลินิกตามนัด เคยได้รับความรู้ในเรื่องการงดหรือลดเกลือในอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือชนิดของอาหารที่หาได้ในท้องถิ่น และการประกอบอาหารในแต่ละวันที่มีข้อจำกัดในเรื่องความสะดวกของผู้ดูแล ทำให้ไม่ได้รับการจำกัดเกลือตามแนวทางที่วางไว้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของและคณะ[12] ที่พบว่าปัญหาและอุปสรรคของการควบคุมอาหารในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขึ้นอยู่พื้นวัฒนธรรมการกินของแต่ละบุคคล

ส่วนผลการศึกษาที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าโปรแกรมทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่าง แต่ภายหลังเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำเกิน รวมทั้งแนะนำการเสริมแรงตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ และมีการติดตามประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบแม้จะได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจากการพยาบาลก่อนจำหน่าย แต่ลักษณะของข้อมูลที่ให้

อาจจะขาดความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ ไม่มีการการลงมือฝึกทักษะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เมื่อเกิดปัญหาจึงไม่สามารถแก้ปัญหาได้เอง และทำให้ขาดความตระหนักในความสำคัญของการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนคำกล่าวของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ ที่ว่าการกระทำของบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้วยการติดตามตนเอง สร้างเป้าหมายและตัวชี้วัดความสำเร็จ และการเสริมแรงตนเองเมื่อประสบความสำเร็จ โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลากรทางสุขภาพให้ผู้ป่วยแสดงบทบาทอิสระ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นจริง[13] และผลการศึกษาของ นารี อินทรศักดิ์และคณะ ที่พบว่าการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและการให้ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมการกำเริบและร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับการหายใจลำบากและอาการกำเริบต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ[14]

ผลการศึกษาด้านการเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน พบว่า กลุ่มทดลองมีการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีความเสี่ยงของการเข้ารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลอง 3 เท่า สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยจะมีการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน น้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการโปรแกรมชะลอการเกิดภาวะน้ำเกิน มีผลให้การกลับเข้ารักษาซ้ำลดลง สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบที่มีจำนวนการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันค่อนข้างสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินไม่ดีขึ้นจากเดิม ซึ่งแสดงว่าการให้ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในจัดการตนเองเพื่อป้องกันน้ำเกิน [15]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อปรับปรุงพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจำกัดเกลือ เนื่องจากยังคงเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาจส่งผลให้เกิดภาวะน้ำเกินที่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้สูงในระยะ

2. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการศึกษาตัวแปรร่วมอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำใน 28 วัน เช่น การรับประทานยาหลังจำหน่าย สภาวะน้ำเกินก่อนการจำหน่าย เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งต่อ ๆ ไปอาจมีการออกแบบการวิจัยให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดทั้งช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อีกทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ศึกษาตลอดมา และขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ นายแพทย์วีระชัย ชาติชัชวาลย์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลอำนาจเจริญให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาและผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Guideline for the Management of Heart Failure[internet]. Texas : American Heart Association National Center; 2013 [cited June 2016, 8]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/search/searchResults.jsp?q=heart%20failure
2. Albert NM. Fluid management strategies in heart failure. Critical care Nurse 2012; 32:20-32.
3. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลหัวตะพาน. รายงานเข้ารักษาซ้ำรายโรค. อำนาจเจริญ:โรงพยาบาลหัวตะพาน; 2558.

4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย.แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [อินเตอร์เน็ต] 2556. [เข้าถึงเมื่อ 14 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/images/column_1291454908/Thai_ HF_Guideline_2014.pdf
5. สุรชัย กอบเกื้อชัยพงษ์. การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว หลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารศูนย์แพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2556; 30: 35-46.
6. Kanfer FH, Gaelick L. Self-management methods. Helping people change. 1975;309- 355.
7. นารี อินทรศักดิ์ ,ทิพมาส ชินวงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา. ผลของโปรแกรมเสริมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2558;35:131-142
8. รังสฤษฎ์ กาญจนวณิชย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. [อินเตอร์เน็ต] 2556. [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/ column_1291454908/ CMU%20HF%20Clinic.pdf
9. วรรณชนก จันทชุม. การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง.ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
10. Skinner BF. Some contribution of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole. American Psychologist. 1953; 8:69.
11. Dewalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman R, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial. BMC Health Services Research 2003; 6:1-10.
12. Retrum JH, Boggs J, Hersh A, Wright L, Main DS, Magid DJ, et al. Patient-identified factors related to heart failure readmissions. Circulation: cardiovascular Quality and Outcomes. 2013; 6: 171-177.
13. Kanfer R, Kanfer, FH. Goals and self-regulation: Applications of theory to work settings. In M.L. Maehr & P.R. Pintrich (Eds.). Advances in Motivation and Achievement.1991: 7, 287-326.
14. Shao JH, Chang AM, Edwards H, Shyu YIL, Chen SH. A randomized controlled trial of self-management program improves health-related outcomes of older people with heart failure. Journal of advanced nursing .2013; 69: 2458-2469.
15. Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach A, et al. Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. Journal of general internal medicine. 2010; 25: 211- 219.

แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา

MOTIVATION AND KEY SUCCESS FACTORS AFFECTING THE DRUG MANAGEMENT OF EALTH PERSONNEL AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

จันทร์เพ็ญ ภูมูล[1] ประจักร บัวผัน[2]

Janpen Phoomool[1] Prachak Bouphan[2]

(Received: May 3 ,2018 ; Accepted: June 26 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 153 คน จากประชากรทั้งหมด 346 คน โดยใช้ วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) และตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 12 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จากการศึกษา พบว่า แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านนโยบายการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 60.7 (R_2= 0.607 p-value <0.001)โดยผลการวิจัยในครั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the motivation and the key success factors that affecting the drug management of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The samples were 153 health personnel randomly selected by systematic random sampling from the 346 population and 12 key informants were in focus group guidelines for qualitative data gathering. Data distribution was performed by descriptive statistics and inferential statistics include Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions were also utilized. The results showed that the motivation factors, work condition, interpersonal relationship and were policy and administration and responsibility can predict surveillance and rapid response performance at 60. percentage (R_2=0.607,P-value <0.00l). Public health organization can be using the results of this study to make plan to improve and affecting the drug management of health personnel at sub-district health promoting hospitals.

คำสำคัญ: แรงจูงใจ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา

Keywords: Motivation, Key success factors, Drug management

[1] มหาบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[1]Correspondent author: mohin_piew@hotmail.com

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 มุ่งเน้นยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ทำให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและสร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ร่วมเสริมสร้างสุขภาพพัฒนาสุขภาวะทั้งปัญญา กาย จิตใจ และสังคม สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคามและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก และสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการพัฒนาประเทศ ซึ่งจะเห็นว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564 มุ่งขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติเพื่อวางรากฐานการพัฒนาให้ประเทศไทย ให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ในการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งมีคนคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและสร้างสมดุลการพัฒนาแบบบูรณาการในทุกมิติ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมของประเทศไทย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของคน [1] ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 นำสู่การพัฒนาและปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข โดยมี 16 แผนงาน ในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมมาภิบาล แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด การดูแล ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพและสาธารณสุขเข้าสู่การพัฒนาในชุมชน โดยจุดที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [2]

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องอาศัยเวชภัณฑ์ยาในการให้บริการสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ 1)ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2)ด้านการป้องกันโรค 3)ด้านการรักษาพยาบาล และ 4)ด้านการฟื้นฟูสภาพ [3] จากภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการรักษาพยาบาลมีความจำเป็นที่ต้องใช้เวชภัณฑ์ยาในการรักษาเพื่อให้อาการดีขึ้นหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ ยาที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในระบบการรักษาพยาบาล และมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวชภัณฑ์ถือเป็นกระบวนการสำคัญอีกกระบวนการหนึ่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) งานกำหนดความต้องการ 2) งานจัดซื้อ – จัดหา และ3) งานคลังเวชภัณฑ์ยา [4] การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญในระบบยาของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งประโยชน์ของการบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีมีประสิทธิภาพ จะส่งผลทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณ ด้านยาและผู้รับบริการได้รับยาที่ดีมีคุณภาพซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีเป็นลำดับต่อไป

ซึ่งในการบริหารเวชภัณฑ์ให้ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องอาศัยแรงจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้ประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ซึ่งแรงจูงใจตามทฤษฎี (Herzberg, Mausner and

Synderman, 2010) มีปัจจัย 2 อย่าง ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะงาน 4) ความรับผิดชอบ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง กับปัจจัยค้ำจุน (Hygine factors) ประกอบไปด้วย 1) เงินเดือน/ค่าตอบแทน 2)ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3)การปกครองบังคับบัญชา 4)นโยบาย 5)การบริหารสภาพการปฏิบัติงาน 6)สถานะของวิชาชีพ 7)ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 8)ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Herzberg, Mausner and Synderman, 2010) ซึ่งแรงจูงใจที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมีความพึงพอใจผลงานทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน [5]

นอกเหนือจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแล้วนั้น การได้รับการติดตามจากผู้บริหาร พร้อมทั้งมีหน่วยงานที่มีความพร้อม ความร่วมมือกระตุ้นการทำวิจัย เพื่อให้การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2)หน่วยที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน 3)การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การใช้กระบวนการอบรมเพื่อปรับแนวคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5) มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ6)มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยกัน [6]

แม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา ได้แก่ มูลค่าคงคลังเกิน 3 เดือน การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ระบบระบายอากาศ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันการสูญหาย) เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการให้ตอบสนอง ความต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพประชาชนขั้นพื้นฐาน เช่น ด้านการส่งเสริม การรักษา การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งกิจกรรม 4 ด้านนี้ต้องใช้เวชภัณฑ์ยาเพื่อให้ประชาชนหายจากการเจ็บป่วยและได้ยาที่มีคุณภาพ ไม่หมดอายุ และเพียงพอต่อความต้องการและจากมาตรฐานบริการสาธารณสุข มาตรา 45 ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน เวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ฉะนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยคาดว่าจะทำให้ทราบถึงผลสะท้อน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยน ส่งเสริมพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องทางเภสัชกรรมและได้รับยาอย่างสมเหตุสมผล [7]

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 346 คน [8] และกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 153 คน และการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คนโดยการ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Multiple regression analysis)โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen [9] ดังนี้

$$N = \frac{\lambda\left(1 - R^2_{Y.A,B}\right)}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการ วิจัยในครั้งนี้ได้นำ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษา แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร [10] ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.608

$R^2_{Y.A.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B}$ - $R^2_{Y.B.}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A.}$ = 0.588

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B.}$ = 0.020

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0

เพราะฉะนั้นการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 153 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการนำเลขรหัสสถานบริการพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด จำนวน 346 แห่ง มาสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจนได้ จำนวนตัวอย่างตามที่ คำนวณไว้คือ 153 คน ในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือก บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ดีที่สุด (Key informants) โดยแบ่งเป็น 5 โซน ประกอบด้วย โซนขนาดใหญ่ มีทั้งหมด 3 โซนโซนละ 3 คน โซนขนาดกลาง 2 คน โซนขนาดเล็ก 1 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน เป็นผู้ที่มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่มโดยมีแบบบันทึกและเทปบันทึกเสียง ในการเก็บรวมรวบข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ **มี** ทั้งหมด 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Qusetionairse) มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับ การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ [11] ส่วนที่ 5 คำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 4 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม

เกี่ยวกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือ ทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งที่มีลักษณะการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา จะคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ (Cronbrach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรแรงจูงใจเท่ากับ 0.95 ตัวแปรปัจจัยแห่งความสำเร็จเท่ากับ 0.93 ตัวแปรการบริหารเวชภัณฑ์ยาเท่ากับ 0.90 และภาพรวม ทั้ง 3 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis)

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ [12] ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน), ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน), ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน), ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน), ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) [13] มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้ r = 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship), r = + 0.01 ถึง + 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship), r = +0.31 ถึง +0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship), r = +0.71 ถึง +0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship), r = +1 หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2561 เลขที่ HE 612006 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2561

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 -30 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.39 ปี (S.D.= 7.74 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 55 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ส่วนใหญ่ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานการบริหารเวชภัณฑ์ยา มากที่สุด คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.2 มีรายได้เฉลี่ย 23,094.71 บาท รายได้ต่ำสุด 9,890 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา 1 – 5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และระยะเวลาในการ

ปฏิบัติงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยา มีค่า มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 5 (S.D.= 4.73) และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ต่ำสุด1 ปี สูงสุด 23 ปี และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการฝึกอบรมด้านการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา สูงสุด 5 ครั้ง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ประสบการณ์ในการฝึกอบรมด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยาต่ำสุด 7 ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 มีค่ามัธยฐาน 3 ครั้ง (Min = 1 ครั้ง, Max = 15 ครั้ง)

2. ระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจหลัก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.=0.43) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.45) และ ค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.47) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.58) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.75(S.D.=0.57) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.36(S.D.=0.68) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68(S.D.=0.50) และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.85(S.D.=0.58) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.=0.55) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.08(S.D.=0.77)ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานะทางอาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.57(S.D.=0.69)

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D.=0.51) เมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D.=0.63) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D.=0.63) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้าน การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D.=0.58) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.55(S.D.=0.63)

4. ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาระดับการบริหารเวชภัณฑ์ยา พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.= 0.53) เมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า ด้านงานคลังเวชภัณฑ์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=0.61) ส่วนรองลงมาคือ ด้านงานจัดซื้อ – จัดหา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.= 0.60) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงานกำหนดความต้องการ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.15 (S.D.=0.72)

5. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างแรงจูงใจกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานบริหารงานเวชภัณฑ์ยา		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.718**	<0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.628**	<0.001	ปานกลาง
1.ความสำเร็จในการทำงาน	0.500**	<0.001	ปานกลาง
2.การยอมรับนับถือ	0.489**	<0.001	ปานกลาง
3.ลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน	0.551**	<0.001	ปานกลาง
5. ความรับผิดชอบ	0.527**	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.698**	<0.001	ปานกลาง
1.เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.305**	<0.001	ต่ำ
2.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.603**	<0.001	ปานกลาง
3.การปกครองบังคับบัญชา	0.559**	<0.001	ปานกลาง
4.นโยบายและการบริหาร	0.653**	<0.001	ปานกลาง
5.สภาพการปฏิบัติงาน	0.655**	<0.001	ปานกลาง
6.สถานะอาชีพ	0.545**	<0.001	ปานกลาง
7.ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.423**	<0.001	ปานกลาง
8.ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.501**	<0.001	ปานกลาง

**Correlation is significant at the 0.01 level

จากตาราง 1 พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.718, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.628, p-value <0.001) ในส่วนรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน (r=0.500, p-value <0.001) การยอมรับนับถือ (r=0.489, p-value <0.001) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (r=0.551, p-value <0.001) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (r=0.438, p-value <0.001) และความรับผิดชอบ (r=0.527, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยค้ำจุนในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.689, p-value <0.001) ในรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เงินเดือนและค่าตอบแทน (r=0.305, p-value <0.001) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r=0.603, p-value <0.001) การปกครองบังคับบัญชา (r=0.559, p-value <0.001) นโยบายและการบริหาร (r=0.653, p-value <0.001) สภาพการปฏิบัติงาน (r=0.655, p-value <0.001) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน(r=0.423, p-value <0.001) สถานะอาชีพ(r=0.545, p-value <0.001) และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (r=0.501, p-value <0.001)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานบริหารงานเวชภัณฑ์ยา		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.690**	< 0.001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน	0.530**	< 0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน	0.571**	< 0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.540**	< 0.001	ปานกลาง

4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.615**	< 0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.591**	< 0.001	ปานกลาง
6. ความเชื่องโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย	0.637**	< 0.001	ปานกลาง

**Correlation is significant at the 0.01 level

จากตาราง 2 พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.690, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน(r=0.530, p-value <0.001) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน (r=0.571, p-value <0.001) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (r=0.540, p-value <0.001) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (r=0.615, p-value <0.001) การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ(r= 0.591, p-value <0.001) ความเชื่องโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r=0.637, p-value <0.001)

6. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2
1. ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.249	0.292	4.170	<0.001	0.655	-
2.ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.196	0.213	3.109	<0.001	0.738	0.544
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.202	0.243	3.539	<0.001	0.767	0.588
4. ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร	0.198	0.204	2.681	0.008	0.779	0.607
ค่าคงที่ 0.689, F = 57.253, p – value < 0.001, R = 0.779, R^2 = 0.607						

จากตาราง 3 พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value = 0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (p-value < 0.001) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (p-value < 0.001) และปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร (p-value < 0.008) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 57.2

7. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ ในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 153 ฉบับ และจากการสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 55 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 35.94 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น เงินและค่าตอบแทน มีน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานขวัญกำลังใจในการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนข้อเสนอแนะ คือ การเพิ่มหรือสนับสนุนค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาบุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนในการใช้ทรัพยากรในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับมากกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธา รณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.626, p-value <0.001) เนื่องจาก แรงจูงใจเป็นความพยายามที่จะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งประกอบไปด้วยความพยายามอย่างจริงจัง การยืนหยัด ทิศทางการไปสู่เป้าหมายและความต้องการ [13] แรงจูงใจ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ทุ่มเทแรงกายแรงใจอย่างเต็มความสามารถ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในงานของตน เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานรู้จักหน้าที่และช่วยเหลือกันและกัน มีความคิดสร้างสรรค์และมุ่งมั่นต่อการทำงาน และเกิดความพึงพอใจในการบริหารการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับมากกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ [14]

2. ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.690, p-value <0.001) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานการบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทั้งในสถานพยาบาล ที่บ้าน และในชุมชนงานบริการดูแลเป็นกลุ่มประชากรตามวัย และตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชน (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ [15]

3. จากการวิเคราะห์แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

แบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 57.2 เนื่องจากการการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ให้บุคลากรในหน่วยงานมีสภาพที่เหมาะสมในการทำงาน สภาพการทำงานที่เหมาะสมสะดวกสบาย มีเครื่องมือ เครื่องใช้วัสดุอุปกรณ์เพียงพอ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ในส่วนของปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสภาพความสัมพันธ์การช่วยเหลือ การสนับสนุนและการปรึกษาหารือ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่นๆในการร่วมมือปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา เพื่อการมีส่วนร่วมกันปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นการการจัดช่องทางการติดต่อประสานงานระหว่าง คปสอ. และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาได้อย่าง เป็นรูปธรรม ในส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่างๆของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบหน่วยงานของผู้บังคับบัญชาในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ดังนั้น แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มศักยภาพในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่ แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน [16] ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (พยุดา ชาเวียง และประจักร บัวผัน,2560; โกศล ศิริจันทร์ และประจักร บัวผัน,2559 [17] ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร [18] ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย [19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริม หน่วยงานมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การบริหารเวชภัณฑ์ยาที่เพียงพอ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้การสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บังคับบัญชาในส่วนของการปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้มีการสัมมนางานวิชาการในเครือข่าย

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการบริหารเวชภัณฑ์ยา

5. ควรมีการศึกษาขอบเขตหน้าที่ภาระงานและสภาพการปฏิบัติงาน เพื่อการจัดระบบกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับวิชาชีพเพื่อให้มีความชัดเจนในการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

6. ควรมีการศึกษาลักษณะงานในหน่วยบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน โดย

ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนงานที่ปฏิบัติงานเพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขคณะสาธารณสุขสาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โกศล ศิริจันทร์, และประจักร บัวผัน. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขศาลาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9(2), 270-281.
2. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, และเกษม เวชสุทธานนท์บรรณาธิการ(2553). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. ประภัสสร ชาลีคาร. (2560). แรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11(1),
4. ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข., (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17 (2), 37-48.
5. พยุดา ชาเวียง, และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดาเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17 (1), 56-67.
6. พินิจสินธุ์ เพชรมณี, (2557). ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง. เภสัชกรชำนาญการโรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. พัทลุง : โรงพยาบาลป่าพะยอม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 1(3), 36-48.
7. เพชรสมร ไพรพยอม, และประจักร บัวผัน(2560). การพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(3), 11-22.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564). กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). ฐานข้อมูล HOSXP PCU ตัวชี้วัดการทำงาน. สำนักงานสาธารณสุข.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2558). การบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่, 15-16 กรกฎาคม 2558. จังหวัดนครราชสีมา.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). สรุปข้อมูลพื้นฐาน ปี2560 จ.นครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13.สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554). คู่มือการบริหารเวชภัณฑ์. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
14.สุภาวดี ศรีลามาตย์, และประจักร บัวผัน. (2556). การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 13 (2) 121-132.
15.สุวิชัย ถามูลเลศ. (2560). ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 25 (3) 23-34.
16. อำนาจ ธีระวานิช. (2553). การจัดการยุคใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 3 .นนทบุรี: มาเธอร์ บอส แพค เก็จจิ้ง.
17. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
18. Herzberg, F. et al. (2010) The motivation to work. New York: Transaction Pubblishers.
19. Likert, R. (1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

Personal characteristies and Organizational Support Influencing Performance of Health Personnel in Health Promotion and Disease Prevention at Tambon Health Promotion Hospitals in Muang Nong Khai District, Nong Khai Province

ปกรณ์ชัย ไก่แก้ว[1], ประจักร บัวผัน[2], สุวิทย์ อุดมพาณิชย์[3]

Pakornchai Kaikeaw, Prachak Bouphan, Suwit Udompanich

(Received: May 3 ,2018 ; Accepted: June 26 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยศึกษาจากประชากร จำนวน 114 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานใกล้เคียงและมีพื้นที่ติดต่อกัน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Cronbach's Method ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 - 30 ตุลาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย และพบว่า ภาพรวมระดับการสนับสนุนจากองค์การ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.57) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D. = 0.55) ส่วนระดับการปฏิบัติงานพบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D. = 0.55) นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร และ การสนับสนุนจากองค์การด้านบริหารจัดการ สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 42.6 (R_2= 0.426, p-value <0.001)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, การสนับสนุนจากองค์การ, การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ABSTRACT

This cross sectional descriptive research aimed to study the personal characteristies and organization support influencing performance of health personnel in health promoting and disease prevention at Tambon health promotion hospitals in Muang Nongkhai district, Nongkhai Province, Thailand. The populations were 114 personnel that collected data by questionnaire. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity Item Objective Congruence (IOC) all items more than 0.50 and tested for reliability in pilot study at Tha Bo Distict, Nonghkai Province with Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.98. Data collected between 1st to 31th October, 2018. Descriptive and inferential statistics use to distribute data.

The results showed that the personal characteristies had no influence with performance of health personnel in health promoting and disease prevention at Tambon health promotion hospitals in Muang Nongkhai district, Nongkhai Province, Thailand. And the results showed organization support was at high level with averages of 4.25 (S.D. = 0.55), organization support; Material was highest averages of 4.23 (S.D. =

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

variables of organization support; Man and Management could predict influencing performance of health personnel in health promoting and disease prevention at Tambon health promotion hospitals in Muang Nongkhai district, Nongkhai Province at 42.6% (R_2= 0.426, p-value <0.001)

Keywords: Personal characteristies, Organizational Support, Health Personnel in Health Promotion and Disease Prevention

บทนำ

แผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มุ่งเน้นในการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมีคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา ซึ่งยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการขับเคลื่อน รวมทั้งการดูแลส่งเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวันให้มี สุขภาวะและสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตได้ตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง[1] ซึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ได้เน้นยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน ทั้งในเรื่องของการเร่งการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเชิงรุก รวมทั้งมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยสุขภาพแข็งแรงทั้งกาย จิตใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสงบสุขสร้างความมั่นคง และยั่งยืนให้แก่ประเทศชาติ [2] ซึ่งมีความสอดสอดคล้องกับนโยบาย Thailand 4.0 ที่ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขในการดำเนินงาน พ.ศ. 2560 ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นเลิศ โดยมีโครงการในการส่งเสริมพัฒนาและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของทุกกลุ่มวัยในด้านสุขภาพ และการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญในระยะยาว สำหรับประชาชน เพราะจะช่วยให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี มีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น สร้างเสริมคุณภาพชีวิต และลดอัตราการเจ็บป่วย และการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคจะพัฒนาระบบสุขภาพของไทยให้ดีขึ้น เพื่อพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีสุขภาวะที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณโดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ[2]

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในส่วนของงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ.2560-2564 โดยมีเป้าหมายหลักในการเพื่อให้เกิดการบูรณาการของทุกหน่วยงานและทุกคนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพในทุกกลุ่มวัยและสามารถสร้างชุมชนที่เข้มแข็งสามารถพึ่งตัวเองและเป็นแบบอย่างในการดูแลสุขภาพ และสามารถใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพสูงสุด[2] โดยกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ คือ เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคมสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาระบบการใช้ชีวิตให้มีคุณภาพที่ดีในด้านการป้องกันโรคคือ พฤติกรรมหรือการกระทำที่ทำให้ไม่เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรค การเกิดโรคกลับไปเป็นซ้ำและการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดโรคนั้นๆ[3] ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีการให้บริการสาธารณสุขด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับประชาชนคนไทยทุกคนที่มารับบริการในหน่วยบริการ โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งประกอบไปด้วย 1)กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด 2)กลุ่มเด็ก 0-5 ปี3)กลุ่มเด็ก 6-12 ปี 4)กลุ่มผู้ใหญ่ 30-60 ปี และ 5)กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป [4] ซึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพบุคคลอย่างต่อเนื่องสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน มั่นคงต่อการรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในพฤติกรรมต่างๆ รวมทั้งเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมในการมีส่วนร่วมในการดูแลทุกกลุ่มวัยในชุมชน ตามวิถีของชุมชน การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพ และเพื่อเพิ่มศักยภาพของประชาชน ในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลต่อภาวะความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ตลอดจนก่อให้เกิดความเชื่อมโยงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกภาคส่วน[5] ซึ่งในการให้บริการสุขภาพสถานบริการที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนคือ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพด้านสาธารณสุขมีความเข้าใจวิถีชีวิต ในพื้นที่ชุมชน ในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย ครอบคลุมทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ แบบครบวงจร อย่างมั่นคงและยั่งยืน[6] รวมทั้งมีในการดำเนินปฏิบัติงานงานสาธารณสุข มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในพื้นที่รับผิดชอบ

ซึ่งในการปฏิบัติงานการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล มีส่วนสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และเป็นปัจจัยในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน ถือได้ว่าเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และได้มีแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร (Individual performance factor) ว่าประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual attributes) ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการฝึกอบรม ซึ่งความสามารถ การสนับสนุนจากองค์การ (Organization support) และความพยายามในการทำงาน (Work effort) รวมถึงแรงจูงใจ ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยกำหนดความพยายามในการทำงานของบุคคล [7]

นอกจากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การนั้นก็ปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในกระบวนการบริการและการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดขององค์การ รวมทั้งเป็นหลักในการส่งเสริมพัฒนาในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ซึ่งประกอบไปด้วย 1)ด้านบุคลากร (Man) 2) ด้านงบประมาณ (Money) 3)ด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ (Materials) และ4)ด้านการจัดการที่ดี (Management) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า 4M's[8]

จากรายงานการประเมินตนเอง(งานยุทธศาสตร์) – Self-Assessment Report (SAR) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย[9] จังหวัดหนองคาย ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 17 แห่ง มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 114 คน พบว่ายังมีผลงานในบางยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์การประเมิน เห็นได้จากคะแนนการประเมินตนเอง (งานยุทธศาสตร์) Self-Assessment Report (SAR) ปีงบประมาณ 2556 – 2560 ดังนี้ ร้อยละ 88.98 (4.45 คะแนน), ร้อยละ 92.84 (4.64 คะแนน), ร้อยละ93.42 (4.67 คะแนน), ร้อยละ 92.08 (4.60 คะแนน), ร้อยละ 87.40 (4.37 คะแนน) ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย,2560) ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงใคร่ศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางของการสนับสนุนจากองค์การ รวมถึงแนวทางการปัญหา และอุปสรรคต่องานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและระดับปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยการเก็บข้อมูลแบบเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วน

บุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 114 คน[9] และกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 87 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen(1988) [10] ดังนี้

สูตร $$N = \frac{\lambda\left(1 - R^2_{Y.A,B}\right)}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w \qquad \text{..... (1)}$$

เมื่อ $$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U}(\lambda_L - \lambda_U) \text{ .. (2)}$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์ [11] ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่า เท่ากับ 0.780

$R^2_{Y.A.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B}$ - $R^2_{Y.B.}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A.}$ = 0.760

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B.}$ = 0.020

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0 (เซต B) = 10

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัวแปร

v คือ ค่าที่ได้จาก $v = N - u - w - 1$

เพราะฉะนั้นการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งหมด 87 คน แต่เนื่องจากจำนวนตัวอย่างมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมดจำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบได้เลือกตอบเอง ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามคู่มือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2560 โดยกำหนดแบบสอบถาม ให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวตามกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิด ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ และส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย เป็นคำถามแบบปลายเปิดให้เติมข้อความให้ตอบได้โดยแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าบ่อ จังหวัด

หนองคาย ซึ่งที่มีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ (Cronbrach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรการสนับสนุนจากองค์การเท่ากับ 0.95 ตัวแปรการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ 0.93 และภาพรวม ทั้ง 2 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient หรือ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งทั้งสองตัวแปรนี้ต้องมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวนี้ ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่อิทธิพลผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) ถ้าค่า p-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่นั้น มีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal scale) ต้องทำการเปลี่ยนให้สามารถวิเคราะห์ได้โดยการทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0 [12]

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวน 114 คน ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 คน แต่เนื่องจากขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงศึกษาจากประชากรทั้งหมดจำนวน 114 คน ในการหาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางดังนี้

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ตัวแปร	การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
1. เพศ (หญิง)	-0.026	0.785	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	-0.071	0.451	ไม่มีความสัมพันธ์
3. สถานะภาพ (สมรส)	0.092	0.329	ไม่มีความสัมพันธ์
4. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)	0.113	0.229	ไม่มีความสัมพันธ์
5. ตำแหน่ง	-0.037	0.689	ไม่มีความสัมพันธ์
4. เงินเดือน	0.070	0.460	ไม่มีความสัมพันธ์
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	-0.108	0.251	ไม่มีความสัมพันธ์

** ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.01

จากตาราง 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา[13-16]

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของการสนับสนุนจากองค์การ ที่มีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

ตัวแปร	การปฏิบัติงานสร้างเสริม

	สุขภาพ และป้องกันโรค		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร	0.657**	<0.001	ปานกลาง
1. ด้านบุคลากร	0.574**	<0.001	ปานกลาง
2.ด้านงบประมาณ	0.507**	<0.001	ปานกลาง
3.ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.601**	<0.001	ปานกลาง
4.ด้านบริหารจัดการ	0.616**	<0.001	ปานกลาง

** ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.01

จากตาราง 2 ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.657, p-value < 0.001) เนื่องจากการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การ คือ การส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรการบริหาร เพื่อให้การบริหารงานมีประสิทธิภาพ เพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ และคุณภาพของปัจจัยการบริหาร ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[17-21]

ตาราง 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2	R^2 change
การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร	0.433	0.420	4.319	<0.001	0.616	0.379	-
การสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ	0.295	0.291	2.999	0.003	0.652	0.426	0.47

ค่าคงที่ 1.1198, F= 41.141, p–value<0.001, R=0.652, R^2=0.426

จากตาราง 3 การวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร การสนับสนุนจากองค์การด้านบริหารจัดการ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย ได้ร้อยละ 42.6 เนื่องจากการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย โดยการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากร เป็นการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสำคัญมากที่สุด ในการดำเนินงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์การ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ใช้ทรัพยากรอื่นๆและดำเนินการใช้ทรัพยากรด้านอื่นๆ ซึ่งองค์กรมีจำนวนบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เหมาะสม มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน จะส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายของหน่วยงาน และในส่วนของการสนับสนุนจากองค์การด้านการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการควบคุมการดำเนินงานภายในองค์การ ให้มีประสิทธิภาพเพื่อประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้กำหนดไว้ ซึ่งผล

การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การ ที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[22-24]

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีส่วนร่วมในการสรรหาและคัดเลือกบุคลากรการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการสร้างเสริมขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อกระตุ้นเสริมสร้างแรงจูงใจในปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อเกิดปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากต้นสังกัดในการแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็วและทันเวลา

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรติดตามนิเทศหรือประเมินผลการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้น เสริมกำลังใจในการปฏิบัติงาน

5. ควรมีการศึกษา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6. ควรมีการศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยวิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ประจักร บัวผัน และรองศาสตราจารย์ ทพ.ดร.สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ, 2560.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ, 2560.
3. เพ็ญแข ลาภยิ่ง. **การสร้างเสริมสุขภาพ :แนวคิด หลักการและยุทธศาสตร์.**นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. **คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556.** คัลเลอร์บ๊อกซ์ กรุงเทพฯ, 2555.
5. วิชัย เทียนถาวร. **"ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ".** พิมพ์ครั้งที่ 4. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. กรุงเทพฯ, 2555.
6. อุทัยวรรณ สุกิมานิล. **การบริการปฐมภูมิ = Primary care.** พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ, 2550.
7. Schermerhorn,R.,Hunt,G.,andOsborn,N. **(2003). Organizational Behavior.** New York: John Wiley&Sons.
8. ทองหล่อ เดชไทย. **หลักการบริหารงานสาธารณสุข.** พิมพ์ครั้งที่ 3. สามเจริญ พาณิชย์ กรุงเทพฯ, 2545.
9. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองหนองคาย. **รายงานผลการประเมินตนเอง(Self-Assessment Report) ปี 2559 – 2560.,** 2560.
10. Cohen.J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. (2nd ed). Hilladale,NJ:Lawrence EarlbaumAssociates.

11. สุภาพร เกสร และชัญญา อภิปาลกุล. “**ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเผ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์”**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.

12. สำเริง จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษศาสตร์ขอนแก่น และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.

13. ฐนกร คำหารพล และชนะพล ศรีฤาชา. “บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี”. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 2561.

14. อนันต์ แสงอรุณ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. “คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์**. 11(2), 2561.

15. ธรรมนูญ บุญจันทร์ และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. “บรรยากาศองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี”. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 25(239) : 30-33, 2556.

16. จารุกิตติ์ นาคคำ และชนะพล ศรีฤาชา. “ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ**”. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 2556.

17. ศุภชัย หมื่นมาและประจักร บัวผัน. “**การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล”**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.

18. กิตติมา ก้านจักร และประจักร บัวผัน. “การมีส่วนร่วมในการบริหารงานโครงการ TO BE NUMBERONE ของคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ NUMBERONE จังหวัดขอนแก่น”. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**. 13(2), 2556.

19. ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักร บัวผัน. “**ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี”.** วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหาร สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.

20. วีระวรรณ เหล่าวิทวัส และประจักร บัวผัน. “การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่งไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น”. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**. 13(2), 2556

21. ใจรัก กาญจนะ แลประจักร บัวผัน. “การปฏิบัติงานคุณภาพระบบยาตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน เขตสาธารณสุขที่ 12”. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา)**. 12(4) : 53-64, 2556.

22. สมหมาย ชาน้อย และ ชนะพล ศรีฤาชา. “การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 7(3), 2558.

23. สมพร อุ่นคำ และประจักร บัวผัน. “**การสนับสนุนองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน สถานีอนามัย จังหวัดเลย”.**วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.

24. พิมพ์วรา สิงหภิวัฒน์ และประจักร บัวผัน. “การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** 8(3) : 267-280, 2557.

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

PERSONAL CHARACTERISTICS AND ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING THE VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS PERFORMANCE AT COMMUNITY HEALTH CENTER ZONE 4 IN KALASIN PROVINCE

นิศมา ภูมิชิต[1], ประจักร บัวผัน[2]

Nissama Poomchit, Prachak Bouphan

(Received: May 2 ,2018 ; Accepted: June 29 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรทั้งหมด 2,331 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 201 คน และตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 12 คน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.88 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการจัดการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากรตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ร้อยละ 57.3 (R^2=0.573, p-value < 0.001) ปัญหาอุปสรรคที่พบ คือ วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานสุขศาลาไม่เพียงพอ จึงควรมีการวางแผนร่วมกันเพื่อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานสุขศาลา

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study personal characteristics and organizational support affecting the village health volunteers performance at community health center zone 4 in Kalasin Province. The populations were 2,331 village health volunteers. Data was collect by questionnaire in 103 samples by stratified random sampling technique and 12 key informants were in focus group discussion to confirm quantitative data. The questionnaire was examined and verified by the three experts for content validity Item Objective Congruence (IOC) all items more than 0.50 and Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.88. The data distribution was performed by descriptive and inferential statistics. The results showed three variables of Organizational support ; Management, Material and Man could predict the village health volunteers performance at community health center zone 4 in Kalasin Province at 57.3 percent (R^2=0.573, p-value < 0.001). The obstacle encountered was insufficient materials in the village health volunteers performance and the suggestion was the village health volunteers and public health officers should plan to provide necessary materials adequate for work.

คำสำคัญ : คุณลักษณะส่วนบุคคล, การสนับสนุนจากองค์การ, การปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Keywords: Personal characteristics, Organizational support, The Village Health Volunteers Performance

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ ดร.สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้นำหลักการและกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศโดยเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนมีเป้าหมายให้ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองครอบครัวชุมชนสังคมและสิ่งแวดล้อมโดยชุมชนเพื่อชุมชนได้อย่างยั่งยืนด้วยจิตอาสาตลอดระยะเวลากว่า 37 ปี[1] ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน ผสมผสานทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ประสานงาน[2] สุขศาลากาฬสินธุ์เป็นสถานบริการสุขภาพของประชาชนโดยประชาชน เพื่อประชาชนในชุมชน เดิมเคยมีระบบการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นสถานบริการสุขภาพชุมชนที่เรียกว่า ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2557) โดยมีมาตรฐานสุขศาลา 5 หมวด ประกอบด้วย 1) การพัฒนาสถานที่ในการปฏิบัติงาน 2) การบริหารจัดการ 3) การจัดบริการสุขภาพในชุมชน 4) การพัฒนาวิชาการและข้อมูลสุขภาพ 5) ผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพ[3]

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี[4] ซึ่งบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในปฏิบัติงานสุขศาลา มีทั้งหมด 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) การสร้างเสริมสุขภาพ 2) การปฐมพยาบาลเบื้องต้น 3) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น 4) การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ 5) การบริการแพทย์แผนไทย 6) การฟื้นฟูสุขภาพ และ 7) นวัตกรรมสุขภาพชุมชน[5] ซึ่งการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นมีความสำคัญต่อการพัฒนาขีดความของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เพิ่มมากขึ้น สำหรับการบริการปฐมพยาบาลและการักษาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับคนในชุมชน รวมทั้งการบริหารจัดการทำแผนสุขภาพ การควบคุมโรค การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

ในการปฏิบัติงานสุขศาลานั้นต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นบุคคลที่ช่วยดำเนินงานสุขศาลาให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นลักษณะที่ช่วยให้เห็นถึงภูมิหลังของบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สถานที่อยู่อาศัย ขนาดครอบครัว ตลอดจนสิ่งอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามลักษณะประชากรอย่างเดียวยังไม่เป็นเครื่องชี้วัดที่ดีที่จะแสดงถึงผลการปฏิบัติงานที่ดี ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่เกี่ยวข้อง คือ ความรู้ความสามารถ โดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของแต่ละคน อันประกอบไปด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 7) การฝึกอบรม[6] ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคลมีผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วยังมีปัจจัยการสนับสนุนจากองค์การที่มีส่วนช่วยเพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคคลประสบผลสำเร็จ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การที่ปฏิบัติงานอยู่บุคคลที่มีลักษณะบุคคลตรงกับความจำเป็นของงานและได้รับการจูงใจในระดับสูงหากได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอจากหน่วยงาน เช่น งบประมาณ เครื่องมือเครื่องใช้ และวัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับงานไม่ชัดเจน สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ในการดำเนินงานจึงต้องอาศัยทรัพยากรในการบริหาร ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร (Man) 2) ด้านงบประมาณ (Money) 3) ด้าน

วัสดุอุปกรณ์ (Material) 4) ด้านการจัดการ (Management) (ทองหล่อ เดชไทย, 2549) ดังนั้นการสนับสนุนจากองค์การจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จได้และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

จังหวัดกาฬสินธุ์มีจำนวน 18 อำเภอ 1,620 หมู่บ้าน/ชุมชน และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 156 แห่ง ได้มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพตามพันธกิจพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านสุขภาพ ปี 2560 เพื่อมุ่งสู่วิสัยทัศน์กาฬสินธุ์เป็นต้นแบบเมืองแห่งสุขภาวะขับเคลื่อนกระบวนการเป็นวาระจังหวัดกาฬสินธุ์ภายใต้แนวคิดรวมพลังขับเคลื่อนกาฬสินธุ์คนดี สุขภาพดี รายได้ดีสู่การเป็นเมืองแห่งความสุข ตามเป้าประสงค์ที่ 2 เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับมีคุณภาพมาตรฐาน ยึดหลักการทำงานแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง[7] จากการประเมินคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 พบว่า มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ ตัวชี้วัดที่ 6.3 ร้อยละของตำบลที่มีสุขศาลาผ่านเกณฑ์ของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสุขภาพ ต้องผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 จากจำนวนสุขศาลา 156 แห่ง ยังมีสุขศาลาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานสุขศาลากาฬสินธุ์ จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.92 และยังพบปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขศาลาในพื้นที่ในด้านการพัฒนาสถานที่ในการปฏิบัติงาน คือ ที่ตั้งของพื้นที่ตำบลอยู่ใกล้โรงพยาบาล ประชาชนรับบริการที่โรงพยาบาลสะดวกกว่าทำให้สุขศาลามีความสำคัญจำเป็นน้อย และด้านการบริหารจัดการโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขศาลาให้ความสำคัญน้อยลง[8] ซึ่งการพัฒนาสุขศาลาให้ได้มาตรฐานนั้นต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ปฏิบัติงานและการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนในพื้นที่ จึงจะสามารถทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้

จากข้อมูลข้างต้นเพื่อเป็นการพัฒนาให้สุขศาลากาฬสินธุ์ทุกแห่งเป็นสุขศาลาที่ได้มาตรฐานตามมาตรฐานสุขศาลากาฬสินธุ์ จึงนำไปสู่ประเด็นการวิจัย เรื่อง คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาสุขศาลาให้ได้มาตรฐานสุขศาลากาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการสนับสนุนจากองค์การ ระดับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,331 คน[9]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนากตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ดังนี้[10]

สูตร $$N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B}-R^2_{Y.A}} + w$$

ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า n มีจำนวนเท่ากับ 201 คนในกรณีตอบ แบบสอบถามผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 201 ตัวอย่าง

ในงานวิจัยมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณได้ โดยพิจารณาคัดเลือกจากตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติงานสุขศาลา จำนวนทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาครั้งนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3,2,1)มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ คำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศาลา ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามที่เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่มเป็นแนวทางในการสนทนาเพื่อยืนยันและสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเด็นเกี่ยวกับการสนับสนุนจากองค์การ ส่วนที่ 2 ประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศาลา ส่วนที่ 3 ประเด็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ นำเสนอโดยวิธีพรรณนาสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามนั้นจะต้องมีระดับการวัดในช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) หากตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal Scale) และมาตราเรียงลำดับ (Ordinal Scale) จะต้องทำการเปลี่ยนให้สามารถวิเคราะห์ได้โดยการทำให้เป็นตัวแปรหุ่น และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0 [11] ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร โดยตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์จับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05 ที่ระดับค่า p-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามแต่ละคู่นั้นมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ใช้เกณฑ์ของ Elifson et al.(1990)[12] มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 ใช้สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระตั้งแต่ 2 ตัวขึ้นไปที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวเดียว วิเคราะห์เพื่อหาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.09 ปี (S.D.= 10.08 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 76 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (คู่) จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 88.5 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,001 บาท จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,573.13 บาท มีค่ามัธยฐาน 5,600 บาท (S.D.= 3,859.17 บาท) รายได้ต่ำสุด 2,000 บาท รายได้สูงสุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 - 10 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 56.2 มีค่าเฉลี่ย 12.95 ปี มีค่ามัธยฐาน 10 ปี (S.D.= 9.81 ปี) ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 45 ปี และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศาลา จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 97.0 ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศาลา 6 – 10 ครั้ง จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้รับการอบรมต่ำสุด 2 ครั้ง ได้รับการอบรมสูงสุด 20 ครั้ง

2. ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (S.D.= 0.33) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการจัดการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด และอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (S.D.= 0.39) รองลงมา คือ ด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.50 (S.D.= 0.37) รองลงมา คือ ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 (S.D.= 0.45) ส่วนการสนับสนุนจากองค์การที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านวัสดุอุปกณ์ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 (S.D.= 0.46) ตามลำดับ

3. ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานสุขศาลาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 (S.D.= 0.34) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดบริการสุขภาพในชุมชน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 (S.D.= 0.32) รองลงมา คือ การบริหารจัดการอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 (S.D.= 0.40) ส่วนการปฏิบัติงานสุขศาลาที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การพัฒนาวิชาการและข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.38 (S.D.= 0.38) ตามลำดับ

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขศาลา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

การสนับสนุนจากองค์การ พบว่า ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ($r = 0.696$, p-value < 0.001) และเมื่อพิจารณารายตัวแปร ด้านการจัดการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านบุคลากร และด้านงบประมาณ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ($r = 0.679$, p-value < 0.001), ($r = 0.606$, p-value < 0.001), ($r = 0.480$, p-value < 0.001) และ ($r = 0.421$, p-value < 0.001) ตามลำดับ

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสันระหว่างการสนับสุนนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

การสนับสุนนจากองค์การ	การปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์การ	**0.696*** **	**< 0.001**	**ปานกลาง**

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสันระหว่างการสนับสุนนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

การสนับสุนนจากองค์การ	การปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านบุคลากร	0.480***	< 0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.421***	< 0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.606***	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการจัดการ	0.679***	< 0.001	ปานกลาง

*** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์การด้านการจัดการ การสนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์ และการสนับสนุนจากองค์การด้านบุคลากรตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร มีผลต่อการปฏิบัติงาน สุขศาลาและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ร้อยละ 57.3

ตาราง 2 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R^2	R^2_{Change}
ด้านการจัดการ	0.379	0.459	8.218	< 0.001	0.679	0.461	-
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.219	0.309	5.520	< 0.001	0.745	0.555	0.094
ด้านบุคลากร	0.137	0.155	2.898	=0.004	0.757	0.573	0.018
ค่าคงที่ = 0.650, F=88.184, p-value < 0.001, R=0.757, R^2=0.573, R^2_{adj}= 0.567							

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรายละเอียดของปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะได้รวบรวมจากแบบสอบถาม ปลายเปิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ให้ข้อมูล จากแบบสอบถามทั้งหมด 201 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนี้ ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า วัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในสุขศาลาของแต่ละหมู่บ้านไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชนในชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข ควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานสุขศาลา และด้านงบประมาณไม่ได้การได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการประชุมปรึกษาหารือ วางแผนการของบประมาณจากหน่วยงานอื่นเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานสุขศาลาและเป็นประโยชน์แก่ประชาชนในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนจากองค์การในการปฏิบัติงานสุขศาลา อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 (S.D.= 0.33) เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่มี

ผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก [13,14] และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง[15,16]

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานสุขศาลาอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 (S.D.= 0.32) การดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการร่วมกัน เป็นการบริการแบบองค์รวมเพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมาก[17,18,19,20] และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง [21,22]

3. คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย [21,23,24,25]

4. ภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.698$, p-value < 0.001) เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมปัจจัยการบริหารหรือทรัพยากรบริหารนั้น และยังช่วยให้การปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ ส่งผลให้องค์การก้าวไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[15,22,26] และมีความสอดคล้องในระดับที่แตกต่างกันกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[13,27]

5. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ และถูกเลือกเข้าสมการนั้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรอิสระที่ถูกเลือกเข้ามาในสมการเรียงลำดับได้ ดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การด้านการจัดการ (p-value < 0.001) ด้านวัสดุอุปกรณ์ (p-value < 0.001) และด้านบุคลากร (p-value = 0.004) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โซน 4 จังหวัดกาฬสินธุ์ได้ร้อยละ 57.3 เนื่องจากไม่ว่าจะเป็นการจัดการในการขับเคลื่อนงานใด ๆ จะขาดบุคลากรที่เป็นทรัพยากรทางการบริหารที่สำคัญ และต้องมีการจัดการที่ดีเพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์การด้านการจัดการ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[14,16,28] และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า งบประมาณมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[13]

ข้อเสนอแนะ

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานสุขศาลา โดยการร่วมกันการวางแผนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานสุขศาลา เพื่อพัฒนาสุขศาลาให้ได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานสุขศาลา

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการออกตรวจเยี่ยมสุขศาลาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการติดตามการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อทราบปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ขณะปฏิบัติงานจะได้

นำมาแก้ไข ปรับปรุงให้การปฏิบัติงานสุขศาลามีประสิทธิภาพดีขึ้น และยังเป็นการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานสุขศาลาอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศาลาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน ปรังปรุง แก้ไขและพัฒนาการปฏิบัติงานสุขศาลาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

5. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขศาลาตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญตามมาตรฐานการปฏิบัติงานสุขศาลา และการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ประจักร บัวผัน ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเรียนการสอน ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางและทำการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ดร.สม นาสะอ้าน อาจารย์ ดร.สุทิน ชนะบุญ และคุณศิริศักดิ์ บุญไชยแสน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือในการทำวิจัยมีความถูกต้องครบถ้วนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560ก). **หนังสือที่ระลึกวันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำปี 2560.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

2. กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). **หนังสือพิมพ์เพื่อน ผสส.-อสม. เพื่อการพัฒนาชุมชนการจัดการสุขภาพ.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

3. สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 จังหวัดขอนแก่น. (2560). **แบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)/สุขศาลา/ศาลาสุขภาพในชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7.** ขอนแก่น: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น.

4. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2556). **คู่มือการอบรมโครงการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อจัดการสุขภาพชุมชนและการบริการสุขศาลาที่ได้มาตรฐาน ปีงบประมาณ 2556.** กาฬสินธุ์: องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

6. Schermerhorn, J. R. (2005). **Management.** 8th ed. New York: John Wiley & Sons.

7. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560ก). **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560.** กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

8. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560ข). **สรุปผลการประเมินคำรับรองการปฏิบัติราชการ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560.** กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

9. กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560). เอกสารแจ้งโอนเงินค่าตอบแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก ประจำเดือน มิถุนายน 2560. (เอกสารอัดสำเนา). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

10. Cohen.J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed). Hilladale,NJ:Lawrence EarlbaumAssociates.

11. สำเริง จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

12. Elifson, K.W. (1990). **Fundamentals of socials statistics.** 2nd ed. New York : Mc Graw-Hill.

13. ภคอร โจทย์กิ่ง, และประจักร บัวผัน. (2560). การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลขอนแก่น. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 24**(2), 29-37.

14. ชวัลลักษณ์ คลังกลาง. (2560). **การปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

15. อรุณรัตน์ โทวรรณา, และชัญญา อภิปาลกุล. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(ผงพิเศษตราร่มชูชีพ)บ้านร่องคำ ตำบลป่าสังข์ อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 7**(2), 166-173.

16. อมรรัตน์ จันทร์สว่าง, และประจักร บัวผัน. (2553). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัย มข. 10**(3), 89-102.

17. เสาวณี ดอนเกิด, และชัญญา อภิปาลกุล, (2560). แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในสุขศาลา อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10**(1), 47-54.

18. ธัญญารัตน์ ศรีมุข, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, และวัลลภา เชยบัวแก้วคชภักดี. (2558). การสนับสนุนทางการบริหารกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. **วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 18**(3), 178-186.

19. อุทัย เพ็ชรนอก. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9**(6), 42-49.

20. มิตธิพนธ์ มอสูงเนิน, และ ณิตชาธร ภาโนมัย. (2557). **บทบาททางสังคมของครอบครัวผู้เสพยาเสพติดที่มีผลต่อการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านการป้องกันยาเสพติด อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ.** การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2557. มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 16-17 กรกฎาคม 2557. 620-627.

21. ศิริโชติ พจนสุนทร, (2560). **การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

22. ปุณณภา วงษาวรรณ, และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. (2559). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองนาคำ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9**(2). 248-255.

23. ธานินทร์ ไชยานุกูล. (2559). การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30**(2), 34-48.

24. ศิริยา จันทะโคตร, (2557). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 12**(2), 12-21.

25. พัทธนันท์ คงทอง และคณะ. (2555). การดำเนินงานสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โชนตะวันตก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5**(1), 69-76.

26. นริศรา ศรีแก้วน้ำใสย์, และชัญญา อภิปาลกุล. (2560). ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์.**วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10**(1), 431-437.

27. ประสงค์ ชัยชนะ, และประจักร บัวผัน. (2556). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 20**(1), 42-51.

28 เสกสรรค์ สองจันทร์, และประจักร บัวผัน. (2554). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสุมเส้า อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี. **วารสารวิจัย มข. 16**(6), 730-738.

บัญชา อนันเต่า. (2553). **การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านแท่น อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ**. รายงานการศึกอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2557). **คู่มือการอบรมโครงการเสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนกาฬสินธุ์ คนดี สุขภาพดี รายได้ดี สู่การเป็นเมืองแห่งความสุข.** กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

พฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

BEHAVIOR OF BUY AND FOOD CONSUMPTION OF STUDENT IN MUEANG SUANG DISTRICT ROI ET PROVINCE

ประภัทสร พิมพ์ดี[1] , ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม[2]

Prapassorn Pimdee[1] , Dariwan Sethitham[2]

(Received: June 10 ,2018 ; Accepted: July 4 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย รวม 355 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลระหว่างสิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึง มิถุนายน 2560 ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา จำนวน 80 คน ร้อยละ 85.00 ได้รับเงินมาโรงเรียน 20 – 39 บาท/วัน โดยร้อยละ 75.00 ไม่เคยซื้ออาหารกลางวันเนื่องจากได้รับอาหารกลางวันจากโรงเรียน ร้อยละ 42.50 มีการใช้เงินจำนวน 11-15 บาท ซื้อขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจากร้านค้าในโรงเรียน ร้อยละ 65.50 เลือกซื้ออาหารจากความชอบส่วนบุคคลโดยร้อยละ 85.00 ได้รับข่าวสารทางโทรทัศน์เกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร นักเรียนมีค่าดัชนีมวลกายร้อยละ 53.75 น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน นักเรียนมีความรู้ในการเลือกซื้อและบริโภคในระดับต่ำร้อยละ 62.50 ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคในระดับปานกลางร้อยละ 71.25 และพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคมีการปฏิบัติในระดับปานกลางร้อยละ 75.0 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 163 คน ร้อยละ 61.40 ได้รับเงินมาโรงเรียน 40 – 59 บาท/วัน โดยร้อยละ 69.33 ใช้เงินจำนวน 21-25 บาท ซื้ออาหารเฉลี่ย 3-4 วัน/สัปดาห์ และร้อยละ 29.45 ใช้เงินจำนวน 26-30 บาท ซื้ออาหารฟาสต์ฟู้ด เฉลี่ย 1-2 วัน/สัปดาห์ โดยร้อยละ 65.64 พิจารณาจากรสชาติเป็นเกณฑ์ในการเลือกซื้ออาหาร ร้อยละ 47.85 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ นักเรียนมีความรู้ในการเลือกซื้อและบริโภคในระดับต่ำ ร้อยละ 60.74 ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.39 และพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.60 นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 112 คน ร้อยละ 58.90 ได้รับเงินมาโรงเรียน 40 – 59 บาท/วัน นักเรียนร้อยละ 83.04 ใช้เงินจำนวน 21-25 บาท/วัน ในการซื้ออาหารร้อยละ 31.35 นักเรียนร้อยละ 80.36 พิจารณาเลือกซื้ออาหารจากความสะดวก ช่องทางในการได้รับข่าวสารร้อยละ 54.46 ทางมือถือ เฟสบุ๊ค ไลน์ นักเรียนร้อยละ 40.18 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ นักเรียนมีความรู้ในการเลือกซื้อและบริโภคในระดับสูง ร้อยละ 49.11 ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคในระดับปานกลางร้อยละ 75.00 และพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.64

คำสำคัญ : การเลือกซื้อ, บริโภคอาหาร

Abstract

The survey research to study knowledge, attitude, and practice in buying and Food Consumption Behavior of Students in Mueang Suang District, Roi Et Province. The samples were Prathom Suksa 5-6. Lower secondary school and upper secondary school, total students equal 355 persons. The data collection tool was questionnaire form. The data collected between August 2016 to June 2017. The results showed that elementary students 80 persons 85.00%. received money for paying at school 20 - 39 baht / day, students 75.00 percent never bought lunch, due to the school provided lunch. Students 42.50 % spend 11-15 baht to buy crunchy snacks and sweet drinks from school stores. 65.50% of the students choose to buy food with preferences, 85.00% receive information about food from TV. Primary students had 53.75 percent body mass index less than standard criteria. Students' knowledge about buying and consuming was at the level of low equal 60.74 %. Attitude of buying and consuming was at the level of medium equal 72.39%. And behavior in buying and consuming was at the level of medium equal 75.00%. Lower secondary students 163 persons 61.40 %. received money for paying at school 40 - 59 baht / day, students

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

30 baht / day to buy fast food And students 80.36% consider buying food by convenience, 85.71 % considered by quality. The buying and consuming information 54.46 % was from mobile telephone, facebook and line. 40.18% ofstudents had a normal BMI. Students' knowledge about buying and consuming was at the level of high equal 49.11 %. Attitude of buying and consuming was at the level of medium equal 75.00%. And behavior in buying and consuming was at the level of medium equal 69.64%.

Keywords : Buying , Food Consumption

บทนำ

สังคมในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและเทคโนโลยีที่มีการเจริญก้าวหน้ามากขึ้น การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเผยแพร่ข้อมูลจึงเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัญหาที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมและยังมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้น ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดปัญหาต่างๆมากมาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น สิ่งแวดล้อมด้านอาหารมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในปัจจุบัน มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบในปัจจุบันทำให้หลายคนต้องเลือกกินที่หาซื้อได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนในบริเวณโรงเรียน[1] มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหารอย่างมาก[6] จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2558 พบว่าเด็กไทยมีส่วนสูงระดับดี สมส่วนตามเกณฑ์ เพียงร้อยละ 56 โดยสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดสารอาหาร[11] และยังพบว่าความสูงเฉลี่ยของชายไทยอยู่ที่ 169.46 ซม. หญิง 157 ซม. โดยกลุ่มอายุ 16-25 ปี พบว่าผู้ชายมีความสูงเฉลี่ย 171.36 ซม. และหญิงสูง 159.32 ซม. สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดสารอาหารเรื้อรัง ซึ่งข้อมูลวิชาการในหลายประเทศระบุว่า เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีที่เตี้ย มักมีภูมิต้านทานต่ำ ส่งผลให้ติดเชื้อง่าย เจ็บป่วยบ่อย และยังพบว่ามีผลต่อการพัฒนาสมอง โดยระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ พัฒนาการล่าช้า และความสามารถในการเรียนรู้บกพร่อง[7] การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอายุ 9-18 ปี จากการสัมภาษณ์ย้อนหลัง 24 ชั่วโมง พบว่าร้อยละ 99.7 ของกลุ่มตัวอย่างบริโภคข้าวแป้งและผลิตภัณฑ์ บริโภคนมและผลิตภัณฑ์เท่ากับ ร้อยละ 47.2 มีการบริโภคน้ำมัน กะทิ ไขมัน และครีมชนิดต่างๆ และเครื่องปรุงรส ร้อยละ 93.4 และ 98.3 ตามลำดับ[9] ร้อยละ 15.6 ของนักเรียนไม่ได้รับประทานอาหารเช้าทุกวัน ทั้งที่การรับประทานอาหารเช้าที่มีพลังงานและสารอาหารครบถ้วนเพื่อบำรุง สมองให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบของกล้ามเนื้อทำงานได้ดีเป็นผลให้ระบบความจำ การเรียนรู้ และอารมณ์ดี นักเรียนมีการกินขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 52.9 และดื่มน้ำอัดลมมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 26.1 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ยังดื่มนมที่มีรส หวานเช่น นมเปรี้ยวและนมปรุงแต่งรส และนักเรียนยังกินลูกอมทอฟฟี่และขนมกรุบกรอบซึ่งส่งผลให้นักเรียนมีภาวะโภชนาการเกินเกิดโรคอ้วน[3] สัดส่วนของนักเรียนที่บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ : ขนมขบเคี้ยว เบเกอร์ ฟาสต์ฟู้ด ขนมหวาน และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เท่ากับ ร้อยละ 100, ร้อยละ 98, ร้อยละ 99, ร้อยละ 90.9 และร้อยละ 90.9 ตามลำดับ มีค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารและเครื่องดื่มจำนวน 21-40 บาท ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อและบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักเรียน คือ รสชาติและความชอบส่วนบุคคล นอกจากรสชาติและความชอบส่วนบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆอีก เช่น บทบาทของครอบครัว ความสะดวกในการซื้อ การจัดวางจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม สถานที่ตั้งของร้านสะดวกซื้อ สภาพแวดล้อมรอบบริเวณโรงเรียน และสื่อโฆษณาร่วมด้วย[2] การเลือกซื้ออาหารจึงเป็นส่วนที่สำคัญต่อนักเรียนที่มีผลต่อการได้รับสารอาหาร การก่อโรคในกรณีที่ได้รับอาหารที่ไม่สะอาด เนื่องจากเด็กนักเรียนต้องได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางสารอาหาร เพียงพอ และปลอดภัย เพื่อใช้ในการเจริญเติบโตของร่างกายและการพัฒนาทางด้านสมอง แนวทางการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดนั้นได้มีการกำหนดตัวชี้วัดเรื่องเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีส่วนสูงระดับดีและ รูปร่างสมส่วน (ส่วนสูงตามเกณฑ์และน้ำหนักสมส่วน) เมื่อเปรียบเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตของกรมอนามัย โดยกำหนดให้ไม่น้อยกว่า

ร้อยละ 70 เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของทางกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจังหวัดร้อยเอ็ด ในปี 2557-2559 มีเด็กที่สูงสมส่วน เพียงร้อยละ 71.00, 72.97, 72.29 ตามลำดับ และข้อมูลภาวะโภชนาการเด็ก 6-14 ปี ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสรวง พบว่า ในปี 2557 แบ่งเป็น 2 เทอม โดยเทอม 1 ช่วงเดือน พฤษภาคม – กรกฎาคม มีเด็กที่สูงสมส่วนร้อยละ 68.42 และเทอม 2 ช่วงเดือน ตุลาคม – มกราคม มีเด็กที่สูงสมส่วนร้อยละ 63.96 ปี 2558 เทอม 1 มีเด็กที่สูงสมส่วนร้อยละ 68.42 และเทอม 2 มีเด็กที่สูงสมส่วนร้อยละ 66.33 และในปี 2559 เทอม 1 มีเด็กที่สูงสมส่วนร้อยละ 62.44 และเทอม 2 มีเด็กที่สูงสมส่วนร้อยละ 67.14 [10] ซึ่งถือได้ว่าเป็นค่าร้อยละที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเด็กดื่มนมน้อย และอีกสาเหตุหนึ่งคือด้านการรับประทานอาหารที่ไม่ได้คุณค่าทางสารอาหาร ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นถึงปัญหาและความสำคัญที่จะศึกษาพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารให้ปลอดภัยของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลในเขตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ปีการศึกษา 2560 จำนวน 19 แห่ง จำนวนนักเรียนทั้งหมด 1,656 คน

2. เกณฑ์การคัดเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

2.1 เป็นนักเรียนที่สามารถอ่านออกเขียนได้ กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนรัฐบาลในเขตอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ปีการศึกษา 2560

2.2 นักเรียนยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. ขนาดตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

$n =$ 354.36 หรือเท่ากับ 355 คน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้ขนาดตัวอย่างนักเรียนที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลในเขตอำเภอ เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ปีการศึกษา 2560 ชั้นประถมศึกษาจำนวน 80 คน ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 163 คน และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 112 คน รวมเป็นจำนวน 355 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถามการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ทัศนคติด้านการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร และการปฏิบัติด้านการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา การใช้คำ ความสอดคล้องของข้อคำถาม วัดค่าความเที่ยงความรู้การเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ใช้ KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder, Richardson) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงความรู้ด้านการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.80 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-cofficient) ของครอนบาค (Cronbach) ของทัศนคติการเลือกซื้อและบริโภคอาหารผลการวิเคราะห์หา

ค่าความเที่ยงความรู้ด้านการเลือกซื้อและบริโภคอาหารให้ปลอดภัย เท่ากับ 0.81

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE592329 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ในการบรรยายข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.80 ส่วนใหญ่มีอายุ 13-15 ปี ร้อยละ 44.50 รองลงมาคืออายุ 16-18 ปี ร้อยละ 31.80 อายุเฉลี่ย 14.21 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16) เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองมาโรงเรียนต่อวัน พบว่า ชั้นประถมศึกษา อยู่ระหว่าง 20-39 บาท ร้อยละ 85.00 เงินที่ได้รับเฉลี่ย 22.06 บาท ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อยู่ระหว่าง 40 – 59 บาทต่อวัน ร้อยละ 61.40 เงินที่ได้รับเฉลี่ย 48.77 บาท และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 58.90 เงินที่ได้รับเฉลี่ย 56.47 บาท พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 41-50 กิโลกรัม ร้อยละ 42.50 น้ำหนักเฉลี่ย 41.58 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.84) ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 41-50 กิโลกรัม ร้อยละ 40.49 น้ำหนักเฉลี่ย 46.53 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.90) และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 41-50 กิโลกรัม ร้อยละ 50.00 น้ำหนักเฉลี่ย 49.66 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.68) ส่วนสูง พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 37.50 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 44.17 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 40.18 ค่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.50 ร้อยละ 53.75 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.04 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.53) ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-22.90 ร้อยละ 47.85 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.79) และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-22.90 ร้อยละ 51.79 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.46 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.63)

2. ความรู้ในการเลือกซื้อและการบริโภคอาหาร ระดับความรู้ในการเลือกซื้อและการบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีระดับความรู้สูง ร้อยละ 49.11 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.86 และยังมีนักเรียนคือ มัธยมศึกษาตอนต้นมากกว่าครึ่ง ที่ยังมีความรู้อยู่ระดับต่ำ อีกทั้งระดับประถมศึกษา ยังมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.50

ความรู้ในการเลือกซื้อและการบริโภคอาหาร พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่อง เกณฑ์การเลือกซื้ออาหาร คือ คุณค่าและประโยชน์ที่จะได้รับ โดยประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ตอบถูก ร้อยละ 61.25, 63.19 และ68.75 ตามลำดับ รับประทานขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ร้อยละ 97.50, 98.77 และ97.32 ตามลำดับ และอาหารประเภทขนมขบเคี้ยวมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนผสมหลัก ร้อยละ 97.50, 98.77 มากที่สุด ร้อยละ 98.00 อาหารประเภทขนมขบเคี้ยวมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนผสมหลัก ร้อยละ 93.75, 88.96 และ91.96

3. ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ระดับทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.25, 72.39 และ 75.00 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.50 ของชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 16.07 ของชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 12.88

ระดับทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.25, 72.39 และ 75.00

ตามลำดับ รองลงมาคือระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.50 ของชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 16.07 ของชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 12.88

ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารระดับชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเรื่องอาหารมื้อเช้าสำคัญสำหรับนักเรียน เห็นด้วย ร้อยละ 50.00 ค่าเฉลี่ย 1.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 การโฆษณาของสื่อ เชื่อได้ว่าอาหารมีคุณภาพ และมีประโยชน์ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 62.50 ค่าเฉลี่ย 1.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 เพื่อนมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหารของนักเรียน เห็นด้วย ร้อยละ 50.00 อาหารหลัก 3 มื้อ จำเป็นต่อพัฒนาการทางสมองของนักเรียน ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 51.25

ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน ซึ่งมีนักเรียนตอบเห็นด้วย ร้อยละ 50.31 เฉลี่ย 2.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 การโฆษณาของสื่อ เชื่อได้ว่าอาหารมีคุณภาพ และมีประโยชน์เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 44.17 เฉลี่ย 1.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 เพื่อนมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหารของนักเรียนเห็นด้วย ร้อยละ 43.56 เฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 ชนิดของสื่อโฆษณา มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้าเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 34.97 เฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 อาหารหลัก 3 มื้อ จำเป็นต่อพัฒนาการทางสมองของนักเรียนเห็นด้วย ร้อยละ 43.56 เฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87

ทัศนคติในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน ซึ่งมีนักเรียนตอบเห็นด้วย ร้อยละ 50.31 เฉลี่ย 2.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 การโฆษณาของสื่อ เชื่อได้ว่าอาหารมีคุณภาพ และมีประโยชน์เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 44.17 เฉลี่ย 1.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 เพื่อนมีอิทธิพลต่อการเลือกซื้ออาหารของนักเรียนเห็นด้วย ร้อยละ 43.56 เฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 ชนิดของสื่อโฆษณา มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้าเห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 34.97 เฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87 อาหารหลัก 3 มื้อ จำเป็นต่อพัฒนาการทางสมองของนักเรียนเห็นด้วย ร้อยละ 43.56 เฉลี่ย 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.87

4. การปฏิบัติตัวในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ระดับการปฏิบัติตัวในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร จากการศึกษา พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง ร้อยละ 75.00 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีระดับปานกลาง 81.60 และร้อยละ 69.64 ของชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คะแนนสูงสุด 43 คะแนน ต่ำสุด 21 คะแนน

การปฏิบัติตัวในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ระดับชั้นประถมศึกษา พบว่า ก่อนซื้อขนมนักเรียนไม่เคยอ่านฉลากบนบรรจุภัณฑ์ ร้อยละ 32.50 ค่าเฉลี่ย 2.16 นักเรียนเลือกซื้อสินค้าตามการโฆษณาของสื่อต่างๆ บางครั้ง ร้อยละ 51.50 ค่าเฉลี่ย 2.34 ผู้ปกครองไม่เคยให้คำแนะนำแก่นักเรียนในการเลือกซื้ออาหาร ร้อยละ 35.00 ค่าเฉลี่ย 2.61 นักเรียนรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 62.5 ค่าเฉลี่ย 2.61 ในรอบ 1 สัปดาห์ นักเรียนรับประทานอาหารกรุบกรอบทุกครั้ง ร้อยละ 75.00 ค่าเฉลี่ย 2.03 และหลังเลิกเรียน นักเรียนซื้อขนม เครื่องดื่ม หรือน้ำอัดลม ร้อยละ 71.25 ค่าเฉลี่ย 2.06

การปฏิบัติตัวในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนเลือกซื้อสินค้าตามการโฆษณาของสื่อต่างๆ บางครั้ง ร้อยละ 46.63 ค่าเฉลี่ย 2.38 ผู้ปกครองให้คำแนะนำแก่นักเรียนในการเลือกซื้ออาหาร บางครั้ง ร้อยละ 61.96 ค่าเฉลี่ย 2.21 ก่อนซื้ออาหารใดๆ นักเรียนได้พิจารณาถึงประโยชน์ หรือคุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 63.19 ค่าเฉลี่ย 2.29 นักเรียนไม่เคยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 35.58 ค่าเฉลี่ย 2.29 นักเรียนรับประทานอาหารขบเคี้ยวบางครั้งในรอบ 1 สัปดาห์ ร้อยละ28.22 ค่าเฉลี่ย 1.84 นักเรียนร้อยละ 36.81 ไม่เคยรับประทานอาหารเช้าก่อนมาโรงเรียน และร้อยละ 79.75 หลังเลิกเรียน นักเรียนซื้อขนม เครื่องดื่ม หรือน้ำอัดลม บางครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.01

การปฏิบัติตัวในการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ก่อนซื้อขนมกรุบกรอบ นักเรียนอ่านฉลากบนบรรจุภัณฑ์บางครั้ง ร้อยละ 51.79 ค่าเฉลี่ย 2.20 นักเรียนเลือกซื้อและบริโภคอาหารตามเพื่อนๆ แนะนำ ร้อยละ 65.18 ค่าเฉลี่ย 2.13 นักเรียนใช้ข้อมูลในมือถือ สำหรับการตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร ร้อยละ 53.57 ค่าเฉลี่ย 2.30 นักเรียนรับประทานอาหารขบเคี้ยวทุกครั้งครั้งในรอบ 1 สัปดาห์ ร้อยละ 28.57 ค่าเฉลี่ย 2.13 ผู้ปกครองไม่เคยทำอาหารให้นักเรียนบริโภคอย่างน้อย 2 มื้อ ร้อยละ 35.71 ค่าเฉลี่ย 2.42

สรุปและอภิปรายผล

นักเรียนชั้นประถมศึกษา มีค่าดัชนีมวลกาย(BMI) น้อยกว่ามาตรฐาน ถึงร้อยละ 53.75 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.04 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีค่าดัชนีมวลปกติ ร้อยละ 47.85 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 51.79 นักเรียนชั้นประถมศึกษา มี น้ำหนักเฉลี่ย 41.58 กิโลกรัม ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีน้ำหนักเฉลี่ย 46.53 กิโลกรัม และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีน้ำหนักเฉลี่ย 49.66 กิโลกรัม ส่วนสูง พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษา มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 37.50 ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 44.17 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 151-160 เซนติเมตร ร้อยละ 40.18 ถือว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับ [7] ระบุว่าเด็กไทยมีส่วนสูงระดับดี สมส่วนตามเกณฑ์ เพียงร้อยละ 56 โดยสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการขาดสารอาหาร และนักเรียนในอำเภอเมืองสรวงทุกชั้นยังใช้เงินเพื่อซื้อขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากกว่าครึ่งของจำนวนนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับ [3] ระบุว่านักเรียนส่วนใหญ่ยังดื่มนมที่มีรส หวานเช่นนมเปรี้ยวและนมปรุงแต่งรส และนักเรียนยังกินลูกอม ทอฟฟี่และขนมกรุบกรอบ รสชาติของอาหาร ความชอบส่วนบุคคลและความสะดวกในการซื้อ ยังเป็นหลักเกณฑ์ในการเลือกซื้ออาหารของนักเรียนในอำเภอเมืองสรวงอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. นักเรียนมีค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำ ส่วนสูงน้อย น้ำหนักน้อย ควรให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากภาวะโภชนาการน้อยแก่เด็ก เพื่อนักเรียนมีการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

2. ควรมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบในการส่งเสริมให้เด็กนักเรียนเห็นคุณค่าในการเลือกและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการในการเลือกซื้อและบริโภคอาหารของนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้คำแนะนำการปรับแก้เครื่องมือในการวิจัย และให้กำลังใจในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณคณะครูที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กุลวดี จงสมชัย. การบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงและความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ศึกษาศาสตร์)[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์เพื่อสุขภาพ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

2. นงนุช ใจชื่น และคณะ. การซื้อและบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่6. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7:137–150.

3. นภาพร เหมาะเหมิ่ง และคณะ. การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้จาก http://hpc2.anamai.moph.go.th/research/index.php/2558/108-9

4. บุษรัตน์ พุฒวิชัยดิษฐ์, นพวรรณ เปียซื่อ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มต่อความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการอ่านฉลากโภชนาการ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5–6. Ramathibodi Nursing Journal 2555;8:298–310.

5. รุ่งฟ้า โต๊ะถม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกรั้วโรงเรียนของนักเรียนในสังกัดสำนักงานเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. Veridian E - Journa Slipakorn Univrecity 2558;8:781–792

6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2557. เล่ม 1. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.

7. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน [อินเตอร์เน็ต]. 2555[เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 3]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน.html

8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2556 [อินเตอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/healthCare_56.pdf

9. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 10]. เข้าถึงได้จาก http://resource.thaihealth.or.th/library/musthave/14888

10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560 [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 สิงหาคม 16]. เข้าถึงได้จาก http://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/รายงานตามตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ปี 2560

11. สำนักสารนิเทศ. สธ. ขานรับนายกฯ ส่งเสริมเด็กไทย สูงสมส่วน แข็งแรง [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2559 สิงหาคม 16]. เข้าถึงได้. http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=82560

การประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร

Evaluation of Thai Traditional Medicine in Hospitals, Sakon Nakhon Province

นัทยา ขยอมดอก[1] อนุศักดิ์ เกิดสิน[2] ชุลีวัลย์ ธัญญศิรินนท์[3]

Nattaya Khayomdork, Anusak Kerdsin , Chuleewan Thunyasirinon

(Received: June 13 ,2018 ; Accepted: July 11 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับคุณภาพการบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร ดำเนินการวิจัยโดยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทั้งหมดในจังหวัดสกลนคร จำนวน 75 คน ผลการวิจัย พบว่าเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.2 อายุระหว่าง 20 – 30 ปี ร้อยละ 56.6 สถานภาพโสด ร้อยละ 67.1 วุฒิการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 94.7 ตำแหน่งเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ร้อยละ 76.3 เงินเดือน 10,000 – 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 78.9 การประเมินสภาวะแวดล้อมในโรงพยาบาล พบว่าสภาวะแวดล้อมของโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.1 S.D. 0.7) โดยการแยกสัดส่วนห้องให้บริการด้านแพทย์แผนไทยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.4 S.D. 0.5) การประเมินปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.2 S.D. 0.7) โดยมีไฟฟ้า น้ำประปาและน้ำดื่มที่สะอาดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.3 S.D. 0.6) การประเมินกระบวนการอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.1 S.D. 0.7) โดยการประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทุกคนตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.3 S.D. 0.6) การประเมินผลผลิตอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.0 S.D. 0.7) โดยเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยให้มีการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.3 S.D. 0.4)

คำสำคัญ: การให้บริการแพทย์แผนไทย

Abstract

This research on med to survey and evaluation of Thai Traditional Medicine in Hospitals,Sakon Nakhon Province. The data was collected by using questionnaire from 75 Thai Traditional Medicine The result found that most of Thai Traditional Medicine were female's (88.2%), age between 20-30 year olds (56.6%), single (67.1%), Bachelor's degree (94.7%), Thai Traditional Medicine (76.3%), salary between 10,000 – 20,000 baht (78.9%), The evaluated of environmental was good level ($\bar{x}$ = 4.1 , S.D. = 0.7) and highest aspect was separate room ($\bar{x}$ = 4.4 , S.D. = 0.5) The input factor was good level ($\bar{x}$ = 4.2, S.D. = 0.7) and highest aspect was public utility. The process was good level ($\bar{x}$ = 4.3 , S.D. = 0.6) and highest aspect was past evaluated Criteria of work ($\bar{x}$ =4.1 , S.D. = 0.7). The output factor (product) was good level ($\bar{x}$ = 4.3, S.D. 0.7=) and the highest aspect was Thai Traditional Medicine received training ($\bar{x}$ = 4.0, S.D. = 0.7)

Keyword: Thai Traditional Medicine

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[3] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

การแพทย์แผนไทย เป็นแนวคิดที่สอดคล้องส่งเสริมจากแนวคิดเชิงปรัชญาหลักการพัฒนาเศรษฐกิจแบบพอเพียง ซึ่งปรัชญาหลักการเกษตรยั่งยืนที่มีความเป็นไปได้ทางด้านเศรษฐกิจ ไม่ก่อผลเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ในการสนับสนุนให้ประชาชน “พอมีพอกิน” และพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อที่จะสามารถพึ่งตนเองได้ทรงมุ่งเน้นให้ประชาชนชาวไทยอยู่ร่วมกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างสันติ ประกอบกับสถานการณ์โลกตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา หลายประเทศทั่วโลกได้ประสบปัญหาภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมาก ทำให้ประเทศไทยต้องปรับเปลี่ยนกระบวนการพัฒนาจากเดิม และแสวงหาวิธีการแก้ไขพร้อมทั้งกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 จนถึงฉบับปัจจุบัน ได้เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา การพัฒนาด้านสาธารณสุขจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคำนึงถึงภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการพึ่งตนเอง ให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เน้นรูปแบบการส่งเสริมมากกว่าการรักษา ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และการรักษาสิ่งแวดล้อมเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนหันกลับมาสู่การมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ เช่น การดูแลสุขภาพแบบประยุกต์ โดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยถือได้ว่าเป็นการแพทย์แบบองค์รวม เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับปรัชญา องค์ความรู้ และมีวิธีการดูแลสุขภาพตลอดจนการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับหลักธรรมทางศาสนา วิถีชีวิตชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ก่อให้เกิดดุลยภาพของความเป็นมนุษย์ซึ่งครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ในการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างสันติสุข[1]

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสถาบันการแพทย์แผนไทย ได้นำการแพทย์แผนไทยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของของประชาชนโดยการผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ ทำให้มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคทุกระดับ ประชาชนมีการใช้บริการแพทย์แผนไทยมากขึ้น แต่การให้บริการของหน่วยบริการเหล่านี้เป็นการให้บริการแบบผสมผสานอยู่ในระบบบริการของโรงพยาบาล ให้การบริการเฉพาะผู้ป่วยนอก และการใช้ยาสมุนไพร ส่วนใหญ่เป็นยาสมุนไพรเดี่ยว ทั้งๆ ที่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยจะเน้นการใช้ยาตำรับและยังไม่มีการให้บริการในรูปแบบของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยที่มีบริการผู้ป่วยในอย่างครบวงจร และเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน[2]

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ทั้งในระดับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องได้รับการประเมินมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน สถานบริการสาธารณสุขของรัฐควรจัดให้มีบริการการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ แต่ถ้าหากไม่สามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ก็สามารถจัดบริการตามความความพร้อมด้านต่างๆ ของหน่วยงาน เช่น บุคลากร สถานที่ งบประมาณ เป็นต้น แต่จะทำให้การประเมินมาตรฐานไม่ผ่าน อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาปรับปรุงให้มีการจัดบริการด้านแพทย์แผนไทยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานต่อไป และพัฒนามาตรฐานด้านต่างๆ ไปพร้อมกัน เพราะการประเมินมาตรฐานแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงกัน ถ้าหากประเมินด้านการบริการไม่ได้มาตรฐานแล้ว ยังมีผลต่อมาตรฐานด้านอื่นๆ ด้วย[3]

จังหวัดสกลนครเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการพัฒนางานแพทย์แผนไทยในด้านต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาการให้บริการแพทย์แผนไทย ในเข้าถึงผู้รับบริการและการให้บริการที่มาตรฐาน แต่เนื่องจากในปี 2560 ยังไม่ได้มีการสำรวจและประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลดังกล่าว

เพื่อที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาการบริการด้านแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี CIPP Model ประเมินผลการให้บริการ และพัฒนาคุณภาพระบบบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และประเมินระดับคุณภาพการบริการ ผู้วิจัย ได้ศึกษาพื้นที่ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งในจังหวัดสกลนคร โดยประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ที่มีใบประกอบโรคศิลปะ จำนวน 75 คน และประชาชนชนทุกคนที่มารับบริการด้านแพทย์แผนไทย โดยใช้แบบประเมินที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี CIPP Model ในการสร้างแบบประเมิน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั้ง 18 ที่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง แบ่งโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ ตามขนาดของโรงพยาบาล คือโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ โรงพยาบาลกุสุมาลย์ โรงพยาบาลโพนนาแก้ว โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร โรงพยาบาลพังโคน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โรงพยาบาลกุดบาก โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร โรงพยาบาลวานรนิวาส โรงพยาบาลวาริชภูมิ โรงพยาบาลบ้านม่วง โรงพยาบาลคำตากล้า โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน โรงพยาบาลส่องดาว โรงพยาบาลอากาศอำนวย โรงพยาบาลเต่างอย และโรงพยาบาลเจริญศิลป์ โดยโรงพยาบาลทั้ง 18 แห่งนี้ มีจำนวนเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานโดยมีใบประกอบโรคศิลปะทั้งหมด 75 คน[4]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบประเมินเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย โดยแบบประเมินจะเป็นการแบบตรวจสอบรายการ (Check List) แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การประเมินปัจจัยชีวสังคม เป็นการตรวจสอบรายการ (Check List) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ตำแหน่ง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการทำงาน

ตอนที่ 2 การประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation: C) ของโรงพยาบาล

ตอนที่ 3 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I)

ตอนที่ 4 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation: P)

ตอนที่ 5 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P)

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 มีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี มีจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 สถานภาพโสด มีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 วุฒิการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 94.7 ตำแหน่งเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3 รายได้/เงินเดือน 10,000 – 20,000 บาท/เดือน จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9

2. การประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร

2.1 การประเมินสภาวะแวดล้อมของโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ แยกสัดส่วนห้องให้บริการด้านแพทย์แผนไทย เช่น ห้องจ่ายยา ห้องนวด ห้องอบสมุนไพร ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.45 (S.D. = 0.50) รองลงมาคือ บริเวณที่นั่งรอตรวจของผู้มารับบริการและญาติมีจำนวนเพียงพอ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (S.D. = 0.59) และอยู่ในระดับ ปานกลาง ได้แก่ มีกิจกรรมที่เน้นผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยได้เข้าร่วมและปฏิบัติจริง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 (S.D. = 0.90) และ การจัดบรรยากาศในการร่วมกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (S.D. = 0.95)

2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ มีไฟฟ้า น้ำประปา และน้ำดื่มที่สะอาด เท่ากับ 4.28 (S.D. = 0.64) รองลงมาคือ สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้มารับบริการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 (S.D. = 0.76) และอยู่ในระดับ ปานกลาง ได้แก่ มีอาคารแพทย์แผนไทย ห้องตรวจโรค ห้องเตรียมยา อย่างเพียงพอและเหมาะสม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 (S.D. = 0.76) และ มีการจัดทำสาระความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นและสนับสนุนการสืบทอดภูมิปัญญาให้คนรุ่นหลัง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.88 (S.D. = 1.05)

2.3 การประเมินกระบวนการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย มากที่สุดคือ มีการประเมินผลการทำงานของเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทุกคนตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด เท่ากับ 4.33 (S.D. = 0.64) รองลงมาคือ มีการแหล่งเรียนรู้ด้านแพทย์แผนไทยให้กับผู้มารับบริการ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. = 0.68) และอยู่ในระดับ ปานกลาง ได้แก่ ได้นำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงการทำงานด้านแพทย์แผนไทย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (S.D. = 0.77)

2.4 การประเมินผลผลิต โดยค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยให้มีการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการรักษา เท่ากับ 4.32 (S.D. = 0.49) รองลงมาคือ สภาพแวดล้อมภายในบริเวณอาคารแพทย์แผนไทยให้สะอาด ร่มรื่น และสวยงาม ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.24 (S.D. = 0.53) และอยู่ในระดับ ผลการประเมินการทำงานของเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 (S.D. = 0.66)

2.5 การประเมินของเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยในภาพรวม พบว่าผลการประเมินในแต่ละด้านอยู่ในระดับที่ดี ส่วนค่าเฉลี่ยในด้านที่มีมากที่สุด คือ ด้านปัจจัยนำเข้า เท่ากับ 4.12 (S.D. = 0.70) รองลงมาคือ ด้านกระบวนการ เท่ากับ 4.12 (S.D. = 0.71) เท่ากับ 0.71

ตาราง 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลจังหวัดสกลนครโดยรวม

การประเมิน	$\overline{X}$	S.D.	ระดับการประเมิน	ลำดับ
1.ด้านสภาวะแวดล้อมในโรงพยาบาล	4.06	0.79	ดี	3
2.ปัจจัยนำเข้า	4.12	0.70	ดี	1
3.กระบวนการ	4.12	0.71	ดี	2
4.ผลผลิต	4.05	0.73	ดี	4

การวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลจังหวัดสกลนครโดยรวม ระดับผลการประเมินในแต่ละด้านอยู่ในระดับดี โดยผลการประเมินปัจจัยนำเข้ามีระดับการประเมินดี เป็นลำดับที่ 1 เป็นผลมาจากการให้ความสำคัญในงานแพทย์แผนไทย ผู้บริหารเห็นความสำคัญจึงให้การสนับสนุน ทั้งบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ รวมถึงยาสมุนไพรที่สามารถนำมาใช้ทนแทนยาแผนปัจจุบันได้ อีกทั้งการให้ความสำคัญในการอนุรักษ์ภูมิปัญญาสมุนไพรให้ชนรุ่นหลังได้เรียนรู้และสืบทอดต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การประเมินการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล จังหวัดสกลนคร ตามเกณฑ์มาตรฐานของ การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.) นั้น การให้บริการแพทย์แผนไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และรองลงมาคือระดับดีที่สุด เป็นผลมาจากการให้บริการที่มีคุณภาพ ทั้งด้านบุคลากรและสถานที่ในการให้บริการ ส่งผลให้ผู้มารับบริการเกิดความเชื่อมั่นในผลการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญชนก (2559)[5]ได้ศึกษาเกี่ยวกับ การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี พบว่าผู้ที่ตัดสินใจมาใช้บริการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 35.3 มีสิ่งชักจูงการตัดสินใจ การรับรู้คุณภาพการบริการ และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.1, 62.8 และ 47.1 ตามลำดับ

และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ได้แก่การรับรู้ข้อมูลแพทย์แผนไทย สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการได้รับข่าวสารอยู่ในระดับดี การับรู้คุณภาพการบริการอยู่ในระดับดี

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยความกรุณาของผู้ให้ข้อมูล คือเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลจังหวัดสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11(พ.ศ. 2555-2559)**. แหล่งที่มา:http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=395, 3 กุมภาพันธ์ 2560.
2. ดารณี อ่อนชมจันทร์. 2558. **โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการดำเนินงานโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
3. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2551. **มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. 2559. **ข้อมูลบุคลากรและจำนวนผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย ปี 2559**. กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร.
5. ขวัญชนก เทพปัน. 2559. การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทย ของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล

กลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

Psychological Mechanism in Reducing Stigma of Male Homosexuals with HIV

วิภาพรรณ พิชัย[1], ณัฐวุฒิ อรินทร์[2], เพื่อนใจ รัตตากร[3]

Wiparphan Pichai[1], Nattawut Arin[2], Phuanjai Rattakorn[3]

(Received: June 13 ,2018 ; Accepted: July 11 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี และเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ แบบกรณีศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูลคือ ชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและทำงานเป็นอาสาสมัครในศูนย์ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4 ราย และได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีกลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของตนเอง สรุปได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้ 1) เปิดใจยอมรับและปรับมุมมอง 2) อยู่กับความเป็นจริง อันประกอบด้วย มุ่งแสวงหาความรู้มาทำความเข้าใจ, อยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริง, กล้าเปิดเผยตนเอง 3) ชีวิตมีความหมาย ประกอบด้วย การมีเป้าหมายในชีวิต/หมายมุ่งเป็นจิตอาสา, การมีความหมายต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ, และการมีความหมายต่อครอบครัว/ชุมชน 4) เห็นตัวตนที่งอกงาม ประกอบด้วย เป็นความภาคภูมิใจ, เห็นความสามารถ/เชื่อมั่นในตนเอง, และเกิดความงอกงามในจิตใจ ส่วนเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากภายนอก และ การได้ฝึกฝนเสริมพลังให้ตนเอง

คำสำคัญ : ตราบาป, กลไกทางจิตใจในการลดตราบาป ,ชายรักชาย, ชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

Abstract

The purpose of this study was to explore the Psychological mechanism reducing stigma of male homosexuals living with HIV and other conditions supporting. The subjects were 4 male homosexuals working as volunteer at HIV care center in Chiangmai and Sakon nakhon province. In-depth interviews were performed. The qualitative data obtained were analyzed using content analysis. This study found that the Psychological mechanism reducing stigma of male homosexuals living with HIV were triggered by four major subjects:- 1) open mind and Acceptance 2) here and now :- the passion to know, be present, self-disclosure 3) meaningful life:- set goal of life/aiming to be a volunteer, meaning for infected person, meaning for family/community 4) felt growth:- fully of proud , self-efficacy, felt growth in mind. And other conditions supporting were 1) external supporting 2) self-enhancement

Keywords: stigma, Psychological mechanism reducing stigma, male homosexuals, male homosexuals living with HIV

บทนำ

ประเทศไทยมีภาพลักษณ์เป็นประเทศที่เปิดกว้างในการยอมรับบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ แต่ความเป็นจริงแล้วพบว่ายังไม่ได้รับการยอมรับในสังคมอย่างแท้จริง และนักระบาดวิทยาได้จัดให้กลุ่มชายรักชายเป็น “กลุ่มเสี่ยง” เน้นย้ำว่าพฤติกรรมทางเพศของชายรักชายเป็นสะพานเชื่อมต่อการแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ไม่สามารถหนีพ้นจากการตีตราว่าเป็น “กลุ่มเสี่ยง” และ “กลุ่มแพร่เชื้อ”[24] และในช่วงแรกประเทศไทยมีโรคเอดส์แพร่ระบาดในกลุ่มคนเหล่านี้ จึงเกิดการประทับตราซ้ำอีกชั้นหนึ่ง ทำให้กลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของสังคมได้รับการรังเกียจจากสังคม[20] ซึ่งคำว่า “ตราบาป” (Stigma) นั้นหมายถึง สิ่งที่สังคมสร้างขึ้น หรือการที่บุคคลถูกมองว่ามีความผิดปกติ มีความแตกต่าง มีลักษณะเบี่ยงเบนไปจากคนอื่นๆในสังคม หรืออาจมองว่าผู้ที่มีตราบาปนั้นไม่ใช่คนโดยสมบูรณ์ และลักษณะที่ผิดปกตินี้จะถูกประทับไว้กับตัวของบุคคลที่ถูกตีตรา[38] ในบริการทางการแพทย์ก็จะพบว่ามีการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่แสดงความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี และทำการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์[22] การตีตราจากสังคมนั้นซึมซับเข้ามาจนผู้ติดเชื้อเอชไอวียอมรับและรู้สึกผิด กลายเป็น “ตราบาป” ภายในตนเอง (Internalized Stigma) เกิดความละอาย รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำลง และหลีกเลี่ยงที่จะพบปะผู้คนหรือไม่เข้ารับการตรวจรักษาซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง ทั้งส่งผลให้เกิดการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นต่อมาด้วย[22] กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยมีมาตรการที่สำคัญคือ การสร้างความเข้าใจเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ เน้นการเสริมศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย[24]

สำหรับแนวทางการลดตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ (2558) และเบญจพร ปัญญายง (2558) ได้ศึกษาการลดตราบาปในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคจิตเภท มีข้อค้นพบว่า กลยุทธ์ที่จะช่วยลดตราบาปประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยเอง 2) การเสริมสร้างทักษะแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 3) การให้การปรึกษา/การสนับสนุนด้านจิตใจ และ 4) การติดต่อกับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบโดยตรง ส่วนการลดตราบาประดับภายในจิตใจมีสองแนวทาง คือวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อเกี่ยวกับตราบาป กับวิธียอมรับตราบาป โดยผ่านการเสริมสร้างความภาคภูมิใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากนี้ กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2550)ได้กล่าวว่า การลดตรา[1]บาปในระดับจิตสำนึกนั้น ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะพยายามจัดการกับตราบาปของตนเองด้วยการปลูกจิตสำนึก เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ตนเอง ซึ่งผู้ที่ก้าวผ่านพ้นตราบาปได้จะเป็นผู้ที่ยอมรับตนเอง นับถือตนเอง จนรู้สึกว่าไม่จำเป็นต้องปกปิดสัญญะนั้นอีกต่อไป[20] สอดคล้องกับสุดาพร นาคฟัก (2548) อธิบายว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้วิธีการยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นและเผชิญหน้ากับสังคมอย่างเปิดเผยโดยไม่ยอมท้อถอย อีกทั้งยังสร้างคุณค่าให้แก่ตนเองด้วยการทำงานเพื่อสังคม ใช้ธรรมะเข้าช่วยให้จิตใจสงบ มีความปรารถนาที่จะอยู่เพื่อช่วยเหลือผู้อื่น และ สำราญ ฉิมนอก (2556) ได้นำเสนอวิธีคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งใช้หลักการคิดปลง หรือการปล่อยวางตามหลักพุทธศาสนาช่วยให้ปรับตัวได้ มีการใช้การคิด ไตร่ตรองอย่างมีสติ ทำความเข้าใจและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น จนได้รู้จักคุณค่าของการมีชีวิต ค้นพบความหมายของการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเผชิญและข้ามผ่านการตีตราตลอดจนภาวะวิกฤติของการเจ็บป่วยด้วยเอชไอวีได้ในที่สุด

ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาในเรื่องนี้ เพื่อมุ่งหวังที่จะทำความเข้าใจแก่สังคมให้ยอมรับบุคคลที่มีความแตกต่าง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเข้าถึงการตรวจรักษาเอชไอวีครอบคลุมมากขึ้น อันจะเป็นการช่วยลดปัญหาการแพร่กระจายโรคเอดส์ ทั้งได้เห็นคุณค่าของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีและเสริมศักยภาพให้สามารถร่วมพัฒนาประเทศชาติได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี และเงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษา (Case study) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลักคนละ 1-2 ครั้งๆละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสกลนคร (เลขที่ ECSKH 03/2560) และอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งยอมเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตน และทำงานเป็นอาสาสมัครในศูนย์สุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 4 ราย โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากศูนย์สุขภาพแคร์แมทเชียงใหม่ (Caremat Chiangmai) และศูนย์องค์รวมโรงพยาบาลสกลนคร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวผู้วิจัย ซึ่งต้องเว้นวางข้อมูลแนวคิดทฤษฎีที่ได้ทบทวนวรรณกรรมไว้ก่อน เพื่อป้องกันอคติชี้นำ

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) เป็นคำถามปลายเปิดประกอบการสนทนา

3. อุปกรณ์การบันทึกข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก และปากกา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลคำพูด ประโยค ที่แสดงการรู้การคิดที่สามารถตอบคำถามวิจัยมาให้รหัสเป็นประเภท (Category) และนำประเภทหรือหมวดที่มีทิศทางเดียวกันกันมารวมตั้งชื่อเป็นประเด็นสำคัญ (Theme) แล้วมาวิเคราะห์เรียบเรียงด้วยการพรรณนาข้อค้นพบอย่างละเอียด โดยไม่นำความคิดเห็นของผู้วิจัยหรือแนวคิดทฤษฎีมาตีกรอบตัดสิน อีกทั้งได้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยอาจารย์ที่ปรึกษาตามแบบของวิธีการวิจัย peer examination

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลหลัก 4 ราย เป็นชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี มีภูมิลำเนาอยู่ภาคภาคเหนือตอนบนและอีสานตอนบน เป็นอาสาสมัครในศูนย์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดสกลนคร มีอายุระหว่าง 27-58 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและ 1 ราย จบปริญญาตรี ระยะเวลาที่ติดเชื้อมาถึงปัจจุบัน 5-30 ปี และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร 3-24 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงภายใต้การรักษาจากแพทย์ต่อเนื่องและดูแลตนเองอย่างดี ปัจจุบันนี้ทำหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เป็นปกติ

ผลการวิจัย กลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี ที่พบในการศึกษานี้ สรุปได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1. เปิดใจยอมรับ ปรับมุมมอง

1.1 <u>เปิดใจยอมรับ</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 รายให้สัมภาษณ์ว่าเกิดความรู้สึกตกใจเมื่อได้รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อโดยที่ยังไม่มีอาการทางกาย แต่ตระหนักดีว่าตัวเองมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน จึงได้เริ่มปรับจิตใจที่จะยอมรับต่อเหตุการณ์นี้

ใหม่: *“เอ้ยมันเป็นไปได้ยังไง อะไรประมาณอย่างเงี้ย แต่ถ้าเรา ทำความเข้าใจกับมันดีๆเนี่ย มันก็สามารถอยู่ร่วมกับมันได้ ครับ”* และ *“ถ้าเรามีความปกติในชีวิตและเข้าใจกับมัน ยอมรับมัน เปิดใจ มันก็จะอยู่ร่วมกันได้”*

รวิชช์: *“เราทำผิดพลาดไปนะ เราก็ยอมรับตัวเองว่าเออ ถ้ามันเกิดอะไรขึ้นน่ะ เราก็ยินดีจะรับกับมัน”*
“ตอนแรกเนี่ยหมอไม่ได้บอกไง ว่าเราเป็นอะไร เนาะ แต่เราก็คิดว่าเออ มัน อะไรจะเกิดเราต้องยอมรับมันให้ได้”

1.2 <u>ปรับมุมมอง</u> ผู้ให้ข้อมูล 1 ใน 4 รายที่เน้นใช้การปรับมุมมองเป็นหลัก และเปลี่ยนเป็นโอกาสในการสร้างเป้าหมายชีวิต

ใหม่: *"เสียดายมั้ยก็เสียดาย แต่ถ้าเรามองมันเป็นเรื่องปกติ มันก็คือความปกติ" "ถ้าเราเข้าใจกับมันปุ๊บ เราจะรู้เลยว่า จุดหลักๆที่เราควรจะมอง คือมองตัวเองก่อน ไปมองคนอื่น ถ้าเราไปตัดสินคนอื่นว่าคนนี้มองเรายังไงปุ๊บ มันเหมือนการสร้างตราบาปให้ตัวเอง"* และ *"...สอนเค้ามาให้เค้าลืมในจุดๆนั้น และก็มาสร้างความหวัง สร้างเป้าหมายให้กับตัวเองเนาะ"*

2. อยู่กับความเป็นจริง

2.1 <u>มุ่งแสวงหาความรู้มาทำความเข้าใจ</u> พบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความสนใจใคร่รู้และพยายามแสวงหาข้อมูลความรู้ พร้อมที่จะฝึกฝนตนเองเพื่อการดูแลตนเองและนำไปถ่ายทอดเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น

ชาคริต: *"เติมเต็มอะไรที่ผมไม่เคยรู้ เติมเต็มอะไรที่ผมขาด ผมก็เลยเอาเทคนิคที่พี่เค้าทำมาปรับใช้ อะไรที่ที่มันไม่ดี ผมก็จะย้อนกลับไปถามพี่เค้า"*

ใหม่: *"...เรามีโอกาสที่จะเจอคนมากกว่าคนบางคนที่เค้าเจอคนไม่กี่คน อย่างเงี้ย เราเจอคนเยอะเราก็เก็บเกี่ยวเอาประสบการณ์จากคนนู้นคนนี้มา"*

รวิชช์: *"มันจะมีการอบรม ก็คืออย่างน้อยแบบ เราไม่ต้องคิดอะไรมาก คือ เราไปเพื่อตัวเรา เพราะว่าเราก็เป็นผู้ติดเชื้อ ก็ไป มีการอบรมที่ไหน ไปหมด ก็ไป อู้ย รู้ข้อมูล อะไรอย่างเงี้ย ค่อนข้างจะ เยอะ"* และ *"เราก็เป็นผู้ติดเชื้อ เราไปเรา ก็ได้ความรู้ คือ ถ้าเราไปช่วยคนอื่น เราไปคุยให้เค้าฟัง เค้าไม่ฟัง แต่เราก็มีความรู้"*

2.2 <u>อยู่กับปัจจุบันตามความเป็นจริง</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 4 ราย มีหลักในการคิดที่จะอยู่กับปัจจุบันและสิ่งที่เผชิญอยู่

ชาคริต: *"...ให้ยึดเอาปัจจุบัน ทำให้ดีที่สุด แล้วมันจะทำให้ตัวเองมีความสุข...ถ้ารู้แล้วมันจะช่วยอะไรมึงได้ มันสามารถทำให้มึงย้อนกลับไปไม่มีเอชไอวีได้มั้ย"* และ *"แล้วจะไปคิดมันทำไม ทำไมไม่ทำวันนี้ให้ดีก็พอ ในเมื่อมันอยู่กับเราแล้ว ก็ให้มันอยู่กับเราอย่างเป็นมิตรสิ"*

ใหม่: *"...ว่าการใช้ชีวิตควรเป็นยังไง จน จนถึงได้เข้าใจว่า เออ มันคือ โรคอีกโรคนึงที่ต้องการการดูแลมากกว่าปกติ"* และ *"เราเพียงแค่ใช้สิ่งที่มันเป็นธรรมชาติ ในการใช้ชีวิต มันก็จะอยู่ร่วมกันได้ ครับ"*

2.3 <u>กล้าเปิดเผยตนเอง</u> ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 รายได้เปิดเผยการติดเชื้อของตนเอง มี 1 รายที่เปิดเผยได้กับทุกคน ส่วนใหญ่เปิดเผยในการทำหน้าที่ซึ่งมักจะใช้เมื่อต้องการให้ผู้ติดเชื้อไว้วางใจและเข้าระบบการตรวจรักษา

ศรันย์: *"เราเห็นหน้าคนเราก็กลัว กลัวเขาจะรังเกียจเรา นะครับ ในตรงนั้น หลังจากเรามาเปิดตัวอย่างเงี้ยเนาะ เราสบายใจ"*

ชาคริต: *"ถ้าเคสไหนที่ผมไม่เปิดเผยผลเลือด เค้าไม่ค่อยจะคุย คุยแต่น้อย แต่เคสไหนที่ผมเปิดกับเค้า เค้าจะพูดคุยกับผมมาก จะเปิดอกคุยกัน"*

รวิชช์: *"ถ้าเค้าเจอแบบเดียวกับเรา เค้าไม่มีทางไปนะ เค้าไม่รู้จะทำยังไง จะใช้ตัวเองเป็นมาตรฐาน เออ พี่ก็เป็นผู้ติดเชื้อนะ"* และ *"ผมบอกหมดเลยนะพี่ ที่ทำงานชุมชนด้วยกันเนี่ย ผมบอกเค้าหมดเลย นะครับ ว่าผมมีไอ้เนี่ย นะครับ"*

3. ชีวิตมีความหมาย

3.1 <u>มีเป้าหมายในชีวิต/หมายมุ่งเป็นจิตอาสา</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 ใน 4 รายกล่าวเน้นถึงเจตจำนงที่มุ่งมั่นในการเป็นจิตอาสาของตนเอง

ศรันย์ *"ผมว่าเราได้ช่วยเหลือปัญหา ๆ หนึ่งเนาะ เรารู้สึกสบายใจมากเลย นะ เราเป็นส่วนสำคัญที่ให้เขาเนี่ย มีเรี่ยวแรงที่จะต่อสู้ชีวิตเขา อันที่สองเนี่ย เขาสามารถพบแสงสว่าง นะ"*

ชาคริต *"...ผมบอกพี่นางว่า ถ้าวันนึงผมตาย ให้คนเค้าบอกว่า ผมตายด้วย ผมช่วยเหลือคนอื่น อย่าให้ผมต้องนอนรอความตายโดยที่ไม่มีประโยชน์อะไรเลย..."*

"...เพราะว่าสิ่งที่เราก้าวเข้ามาอยู่ในคณะกรรมการเครือข่าย หรือว่าศูนย์องค์รวมเนี่ย เราเคยบอก เคย เตือนใจเรามาตลอดว่าเราเป็นจิตอาสา จิตอาสาช่วยเพื่อน..."

"เค้าบอกว่า เราทำงานด้วยใจ จริง ซึ่งมันตรงกับเราเลย เพราะว่า ที่เรามาเนี่ย เราไม่ได้มาทำด้วยเพราะอามิสสินจ้างที่คนมาจ้างให้เราทำ ถ้าเราไม่มีใจเราจะทำตรงนี้ไม่ได้เนาะ"

3.2 <u>ตนเองมีความหมายต่อผู้อื่น</u>

3.2.1 <u>ความหมายต่อผู้ติดเชื้อ</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่บอกเล่าถึงคุณประโยชน์ที่ผู้ติดเชื้อได้รับจากตน

ใหม่ *"ใหม่ไม่ได้ทำเฉพาะงานที่เป็นอาสาสมัคร ที่มันเป็นตำแหน่งเป็นอะไร ใหม่จะเป็นอาสาสมัครพิเศษ ด้วยตัวเองอ่ะ ถ้าเจอคนที่เค้ามีปัญหา เค้าต้องการการปรึกษา"*

ชาคริต *"...ผมก็มีโอกาส เออ ได้รับข้อมูล แล้วผมก็ได้ไปช่วย แล้วชวนเขามาเข้าสู่กระบวนการรักษา"*

"...เค้ามาเจอเรา เราคุยเราพูดแบบนี้ให้เค้า เค้าเริ่มความรู้สึกและเค้าก็เป็นมือในการดึงคนอีกหลายๆคนที่เค้ายัง ยังอยู่ในที่มืด"

3.2.2 <u>ความหมายต่อครอบครัว/ชุมชน</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 รายกล่าวถึงความรู้สึกผูกพันตนเองกับหน้าที่ หรือสิ่งที่ครอบครัวและชุมชนควรได้รับจากตน

รวิชช์ *"...เนี้ย คือ หลานเราอีกคนนึงละ เออต้องก็มาดูหลานเราอย่างเงี้ย มันมีแว๊บนึงว่า อื้ม เราต้องทำงานหนักนะหนักกว่าเดิมนะ..."*

"...อย่างที่บอกว่าเรามีกันอยู่สามคน แม่ลูก เนาะ ก็เลย เอ้อ คืออย่างน้อยเนี่ย คือประคองชีวิตให้อยู่นานที่สุด..."

"ก็ ตอนที่ว่า เรารู้ว่าติดเชื้ออะไรเงี้ย คือความคิดหนึ่งก็คือ แบบ โอ๊ย คือจะต้องทำอะไรให้กับครอบครัวให้เยอะที่สุด..."

"...ไปช่วยคนที่กลุ่ม เออ ทำกิจกรรมหลายๆอย่างไง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเด็กที่มีผลกระทบกับพ่อแม่เสียชีวิต อะไรอย่างนี้เนี่ย เราก็ไปช่วย เอ่อ เป็นอาสาของตำบล"

ชาคริต *"จะเป็นคนที่แบบ ไม่อยู่นิ่งเฉยไง คือ เรามีศักยภาพอย่างอื่นพอ ที่เราต้องไปทำอย่างงั้นอย่างงี้ ให้กับชุมชนได้"*

4. เห็นตัวตนที่งอกงาม

4.1 <u>เป็นความภาคภูมิใจ</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 รายซึ่งได้ผ่านประสบการณ์การติดเชื้อมาเป็นเวลายาวนาน มองเห็นความภาคภูมิใจของตนเองที่เป็นตัวขับเคลื่อนส่งให้เขาผ่านความยากลำบาก ทำงานจิตอาสามาจนเป็นชีวิตที่ดีมีความสุขอย่างในปัจจุบัน

ศรันย์ *"ทุกวันเนี้ย เราก็ชนะเขานะ เนาะ ชนะเขาในแง่ของ เราเนี่ย เราไม่ได้ตามใจปากตามใจท้องของตัวเองนะ ชีวิตของเรา เราต้องเปลี่ยน"*

ชาคริต *"...ครับ ผมก็เลยเป็นชีวิตที่ใหม่เนาะ เป็นชีวิตที่ใหม่ เป็นชีวิตที่ผมคิดว่า ผมก็ภาคภูมิใจในตัวเองนะ ที่มันเป็นอย่างงี้..."*

"...ผมจะเป็นคนที่ทุ่มเท เวลาทำอะไรผมจะทุ่มเทมากพอทุ่มเทเสร็จปั๊บ มันทำให้ตัวเอง ความภูมิใจอะครับ ภูมิใจว่าตัวเอง ทำได้แล้ว อย่างเงี้ย..."

"แล้วอีกอย่างหนึ่งที่ผมภูมิใจนะครับพี่ ผมได้เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ แต่ผมสามารถทำให้เพื่อน... เพื่อนมันบอกว่ากูอยากเป็นโรคเอดส์คือมึง เพื่อนมันพูดจริงๆครับ มึงเป็นคือมึงมีความสุขแท้ มันพูดอย่างเงี้ย"

"...ผมมีความรู้สึกว่าตอนนั้น ผมได้ทำสังฆทานเก้าวัด ก็ยังไม่เท่า ทุกวันนี้น้องเค้าจบ เค้าไปทำงานที่ตำบลของเค้า เป็นพยาบาลวิชาชีพ พี่ครับ อันนี้คือสิ่งที่ผมภูมิใจมาก"

4.2 <u>เห็นความสามารถของตน/ เชื่อมั่นในตนเอง</u> ผู้ให้ข้อมูล 2 รายซึ่งผ่านการทำงานและพบอุปสรรคมากมายมายาวนานจนได้รับการยอมรับจากสังคมเป็นวงกว้าง ได้มองเห็นและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ศรันย์ *"...แต่ ณ ปัจจุบันเนี้ย ทำไมอ่ะ ชาวบ้านมีปัญหาเรื่องเนี้ย เข้ามาปรึกษากับญาติพี่น้องของเรา ให้คำปรึกษาได้ทุกคนเลย นะครับ"*

"...การไปอยู่ในส่วนของราชการเนี่ยเนาะ มันก็เป็นบ่งบอกถึง อันหนึ่งก็คือ ความสามารถเนาะ และความสำคัญของตัวของเรา นะ ที่จะก้าวเข้าไปทำงานกับคนทั่วๆไปและก็คนในชุมชน นะครับ"

ชาคริต *"...พอแม่เห็นปุ๊บ แล้วคนก็กระตุ้น ลูกเจ้ามาเก่งแท้ กะเทยหยังมาเก่งแท้ แกก็คงจะทำให้แกเปลี่ยนทัศนคติจากเมื่อก่อนน่ะ"*

"...ทำไมคุณพูดอักขระอะไรนู่นนี่นั่น ได้หมดเลย ชั้นไม่เชื่อ ชั้นเป็นครู ชั้นรู้ว่าคุณจะต้องเป็นอะไร พูดอย่างเงี้ยครับ ผมโอ้โห ภูมิใจเหลือเกิน ในขณะตอนนั้นแม่ก็อยู่ใกล้ๆ"

4.3 <u>เกิดความงอกงามในจิตใจ</u> ผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่ตกผลึกประสบการณ์ชีวิตตนเองได้เป็นสัจธรรมมานำชีวิตใหม่

ชาคริต *"...หนึ่ง เราจะต้องให้ตัวเองด้วย ยาใจ ยาใจนี้ก็คือ เรื่องของธรรม เรื่องของการ เค้าเรียกอะไรครับ เรื่องของการแบบ พิจารณา...พิจารณาว่าชีวิตของเรามันก็ไม่มีอะไรเที่ยง ไม่มีอะไรจีรังยั่งยืน ได้มาก็ต้องมีเสียไป"*

ใหม่ *"มือของผู้ให้ย่อมสูงกว่ามือของผู้รับ ใช่ ใหม่พยายามจะบอกอย่างนี้ตลอด แล้วความสำเร็จของใหม่คือการส่งต่อ ส่งต่อยังไง ส่งต่อแบบ พี่ส่งต่อให้หนู และหนูส่งต่อให้คนอื่น คนอื่นก็จะส่งต่อไปเรื่อยๆอย่างเงี้ย เป็นการส่งต่อความดี เนาะ"*

รวิชช์ *"ในชีวิตของเรานะ ตัวเรานะ มีคุณค่าอยู่ อย่าไปคิดมาก สิ่งที่เราทำได้ แต่เราไม่เคยทำให้คนอื่น แต่พอเราเป็น มันเหมือนกับว่าสร้างโอกาส สร้างโอกาสว่าเออ พอชั้นเป็นแบบนี้นะ ชั้นมีโอกาสชั้นต้องเสนอความสามารถบางอย่างที่เค้าไม่เห็น ให้เค้ารู้"*

เงื่อนไขที่ช่วยสนับสนุนในการลดตราบาปของชายรักชายที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี

1. การได้รับแรงสนับสนุนจากภายนอก ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 รายได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวที่ให้ความรักและเข้าใจอย่างไม่มีเงื่อนไข จากญาติมิตรที่ช่วยทั้งด้านสิ่งของ การกระทำ ให้ข้อมูลความรู้ ให้โอกาสตลอดจนได้กำลังใจจากผู้ติดเชื้อที่ส่งพลังย้อนมาให้

ศรันย์ *"ตอนนั้นคือ หนัก เราทำอะไรไม่ได้แล้ว ตอนนั้นนะ ก็ไม่ทำอะ มันมีไข้เรื้อรัง มันเป็นไข้อะ แล้วก็นอนเพื่อนก็ไปทำงานกันหมด เลิกงานมาก็ สี่ทุ่มห้าทุ่ม ...แต่ทุกวันเนี่ยเขาก็ปฏิบัติดีแหละ ก่อนจะไปเขาก็ไปหาข้าวหาน้ำหาอาหารมาไว้ให้เรา ตั้งไว้ให้เรา ...ไม่มีแบ่งแยกนะครับ ก็กินด้วยกันก็อยู่ด้วยกัน อะไรอย่างเนี้ย"*

"พี่ของเขาก็เลย มีจักร เขาก็เลยให้ผมเนี่ยเอาผ้ามาเย็บ ...พี่ของเพื่อนน่ะนะ เอาผ้ามาเย็บ ตอนแรกเย็บก็ เย็บให้พวกพี่ๆเขาใส่ก่อน แล้วก็ ...พอมีเพื่อนอยากตัด อะไร เขาก็วัดตัวแล้วก็เอาไปให้ เราตัดเสร็จก็เอามาส่งอะไรเงี้ย ก็เริ่มมีรายได้ขึ้น แล้วก็ สองคนป่วยอะ เราก็จุนเจือกันน่ะ"

"เงินที่บ้านก็ไม่ค่อยจะมี แม่บอกว่า มีอะไรเราก็ต้องหามารักษา แม่ไม่ทิ้งลูกหรอก ลูกของแม่ ไม่ทิ้ง แม่ไม่ทิ้ง แม่รักลูกทุกคน แม่ก็บอกมาอย่างเงี้ย"

ชาคริต *"พี่ยาบาลก็โอบกอด แล้วก็ให้ความรู้ อย่างนั้นนะ อย่างนี้นะ มันไม่ตาย อย่างนั้นอย่างนี้ ให้ความรู้ทุกแง่ด้านน่ะครับ ก็มีความรู้สึกว่าตัวเองเริ่มมีกำลังใจมากขึ้นละ แต่ก็ไม่ได้หวังว่าตัวเองจะรอด ก็ยังมีอยู่ว่าตัวเองต้องตายแน่ๆ พอออกไปหาแม่ปุ๊บก็เล่าให้แม่ฟัง แม่ก็กอด ทีนี้เสร็จปุ๊บ น้องสาวก็โทรหา น้องสาวซึ่งตอนนั้นเค้าอยู่เมืองนอกออกมาปุ๊บ น้องโทรเลย ก็เลยเล่าให้น้องฟัง ก็เลยร้องไห้ น้องบอกว่า ไม่เป็นไร ถึงจะเป็นอะไรก็ตาม หนูก็จะดูแล หนูก็จะไม่ทิ้ง น้องพูดอย่างนี้มาเราก็ได้กำลังใจมาอีกขั้นตอนนึง"*

"ทีนี้ พี่แมว ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของ TUC ตอนนั้น ผมยังไม่ลืมพี่เค้าเลย ผมเก่งมาด้วยพี่แป๋ว พี่แป๋วของ TUC เนี่ยแกจะคอยให้อบรม ไม่ว่าจะเป็น counseling counselor นะครับ เทคนิคในการพูดกับเพื่อน นะครับ"

ใหม่ *"พลังที่เราส่งให้เราทำงาน มันเกิดจากคนที่เราได้พูดคุยหรือคนที่เราได้ช่วยด้วยใจมากกว่า มันเป็นเครื่องในการส่งตัวเราให้เราทำงานต่อไปเรื่อยๆ*

"...สิ่งที่ช่วยเสริมกำลังใจ อย่างที่ใหม่บอกเมื่อกี้คือ คือคุณภาพชีวิตของคนที่เราไปช่วยเหลือเค้า กำลังใจจากเค้าที่

ถ่ายทอดออกมา เราเป็นคนให้เค้า แล้วเค้าก็เป็นคนให้เรา เหมือนกัน"

"ครอบครัวและคนรอบข้างก็จะเป็นเรื่องของกำลังใจ เป็นกำลังใจ คือเค้าไม่ได้มองเป็นสิ่งใหม่อ่ะครับ เดี๋ยวนี้ สังคมเดี๋ยวนี้ ปัจจุบัน เค้ามีความเข้าใจมากขึ้นเนาะ เกี่ยวกับข้อมูลเกี่ยวกับอะไร เค้าก็เข้าใจ เนาะ ถ้าครอบครัวแข็งแรงแล้วก็มันจะไม่ค่อยมีปัญหา

รวิชช์ *"คนที่ทำให้เราสู้ได้และเข้มแข็งก็คือคนในครอบครัวเนี่ยแหละ คือ ไม่รู้นะว่าคนอื่นจะคิดยังไงไง "*

"คือแม่ไม่ถามเราเลยนะ บอกว่า เออ ไปเอามาจากไหน ไปติด อะไรเงี้ย แม่ไม่ถาม...กลับแบบ มอง มันตรงข้ามกันเลย พอแม่รู้เนี่ย แม่จะดูแลเราเป็นส่วนใหญ่"

"...แม่ก็จะอยู่ที่บ้าน ไปหาไอ้พวกขมๆพวกเนี้ย อึมเอามาต้ม ตอนเย็นก็กลับไป แม่ก็ต้มน้ำให้เรา เรียบร้อยแล้วนะ..."

"ใครที่ไปรวมกลุ่มทุกเดือนๆๆเนี่ย จะได้โควต้าก่อน เออ แม่ก็จะพยายามไปทุกเดือนๆๆ เพื่อว่า เออ เราจะได้กินยาอะไรเงี้ย"

"ญาติพี่น้องคนอื่น เออ กลับกลายเป็นดีนะ คือเหมือนกับว่า ญาติพี่น้องกลับมาดูแลเรา แบบ มากกว่าเดิมอ่ะ ตอนที่รู้ผลว่าเราเป็นน่ะ"

2. การได้ฝึกฝนเสริมพลังให้ตนเอง

ผู้ให้ข้อมูล 3 รายได้ผ่านการพยายามฝึกฝนตนเองให้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเติมเต็มทักษะการทำงานเพื่อเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้นทั้งด้านสภาวะของโรคหรือสถานะทางสังคมของตนเอง

ศรันย์ *"เอามาส่วนของปรับปรุงตัวเองก่อนเนาะ พอปรับปรุงตัวเองเราก็ออกไปเผยแพร่กับเพื่อนๆเนี่ย นี่นะ ให้กินอย่างนี้ๆนะ ชีวิตเราจะปลอดภัย เราจะอยู่ได้นานถึงเราเป็นเอดส์แล้ว เราจะไม่มีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น โรคฉวยโอกาสจะไม่เกิดขึ้นถ้าหากว่าเราปฏิบัติอย่างนี้ 1 2 3 4 5 เงี้ยนะครับ"*

"เราเนี่ย เราไม่ได้ตามใจปากตามใจท้องของตัวเองนะ ชีวิตของเรา เราต้องเปลี่ยน เราต้องทบทวนเนาะ อาหารการกินการอยู่เราจะไม่เหมือนเดิม นะ เราต้องทำให้ได้"

"คือสองคนนี้เค้าให้ข้อมูล เติมเต็มอะไรที่ผมไม่เคยรู้ เติมเต็มอะไรที่ผมขาด ผมก็เลยเอาเทคนิคที่พี่เค้าทำมาปรับใช้ อะไรที่ที่มันไม่ดี ผมก็จะย้อนกลับไปถามพี่เค้า เอ๊ะ พี่ ผมทำอย่างนี้น่ะ มันถูกมั้ย มันดีมั้ย"

ชาคริต *"ผมได้มีโอกาสเข้าไปเป็นคณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อของจังหวัดด้วย ซึ่งผมมาจากศูนย์องค์รวมเนี่ย นะครับ เวลาเข้าไปเนี่ย ผมก็ได้ เลือก ถูกรับเลือกให้เป็นตัวแทน เป็นคณะกรรมการทำงาน ผมก็จะเป็นเลขา เป็นรองประธานอย่างนี้มาตลอดน่ะครับ ในระยะเวลาที่ผมทำงานมา คือ ศูนย์องค์รวมมันดีอย่างนึงก็คือ เวลาเราเข้าไปเนี่ย เวลามีข้อมูลอะไรปุ๊บ เราจะเติมเต็มให้กัน เติมเต็มให้ข้อมูล"*

ใหม่ *"เพราะว่า ใหม่ผ่านมาหลายอย่าง ทั้งเป็นอาสาสมัคร ทำเกี่ยวกับศูนย์ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตในชุมชนด้วย เรามีโอกาสที่จะเจอคนมากกว่าคนบางคนที่เค้าเจอคนไม่กี่คน อย่างเงี้ย เราเจอคนเยอะเราก็เก็บเกี่ยวเอาประสบการณ์จากคนนู้นคนนี้มา"*

สรุป

จากการศึกษากลไกทางจิตใจในการลดตราบาปของชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีและเงื่อนไขที่ช่วยในการลดตราบาป ผู้วิจัยพบว่าบุคคลที่มีภาวะแวดล้อมหรือเหตุการณ์ความทุกข์ลำบากที่เข้ามากระทบในแต่ละช่วงของชีวิตดังเช่นชีวิตของกรณีศึกษา ก็ย่อมจะเป็นต้นเหตุให้บุคคลได้พยายามปรับตัวสรรหากลไกทางจิตใจที่ทรงพลัง สามารถขับเคลื่อนปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมตนเองฟันฝ่าความทุกข์ยากทั้งความเจ็บป่วยทางกายและตราบาปในจิตใจ จนในที่สุดได้พบความหมายของชีวิต Frankl[21] ได้ใช้ชีวิตที่เหลือในการช่วยเหลือผู้อื่น และก้าวสู่การพัฒนาตนจนเห็นสัจธรรมเกิดเป็นความงอกงามในจิตใจได้ สอดคล้องกับทฤษฎีอัตถิภาวนิยม ซึ่งจะเน้นมองการให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่ เช่น การมองเห็นความทุกข์ในมุมมองอีกด้านหนึ่ง หรืออาจ

กล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์ การได้ค้นพบสิ่งเหล่านี้ทำให้เขามีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อได้ สอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกกลุ่มการจัดการกับปัญหาโดยใช้การรู้การคิด[37] (Cognitive-Focused Approaches) การมองโลกตามความเป็นจริง (Optimistic Explanatory) โดยให้เหตุผลมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดตามความเป็นจริง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นมาแล้วได้อย่างแท้จริง บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็วเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับโลกและสิ่งแวดล้อม อีกทั้งแนวคิดความงอกงามหลังเผชิญเหตุการณ์เจ็บปวดทางใจ (Post Traumatic Growth) ซึ่งเป็นแนวคิดเชิงบวกที่บุคคลมีประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นจากการได้ต่อสู้กับภาวการณ์ที่ท้าทายในชีวิต และเมื่อเขาได้จัดการกับภาวะเหล่านั้นจนผ่านพ้นมาได้ เขาก็ค้นพบความเข้มแข็งส่วนตนที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษามุมมองของสังคมหรือชุมชนที่มีต่อการปรับตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีความหลากหลายทางเพศในปัจจุบันซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงของการยอมรับไปตามยุคสมัย ซึ่งถือเป็นการตรวจสอบข้อมูลให้หลายด้านมากขึ้นและปรับกระบวนการหรือวิธีการให้การปรึกษาได้สอดคล้องกับลักษณะปัญหาที่เปลี่ยนไป

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการการยอมรับชายรักชายหรือหญิงรักหญิงของสังคมปัจจุบันกับการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งถือว่าเป็นการค้นหาความจริงในมุมมองบวก อาจทำให้คลี่คลายลดช่องว่างระหว่างบุคคลทั่วไปกับผู้มีความแตกต่างได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ผศ. ดร.ณัฐวุฒิ อรินทร์ และ ผศ.ดร.เพื่อนใจ รัตตากร ที่คอยให้คำปรึกษาและให้กำลังใจตลอดมา อีกทั้งอาจารย์ ผศ.ดร.ธีวรรณ ธีระพงษ์ ผศ.ดร.เสรี ใหม่จันทร์ ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านในสาขาวิชา ที่ได้เป็นแม่แบบบ่มเพาะศาสตร์ศิลป์ของการเป็นนักจิตวิทยาการปรึกษา และข้าพเจ้าขอยกมอบความดีงามทั้งหมดที่เกิดแต่งานวิจัยฉบับนี้แด่ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยได้เข้าไปสัมผัสโลกอันซับซ้อนแยบยล จนได้ค้นพบกลไกวิธีคิดอันมีพลังยิ่ง และ ยังได้มีเจตนาถ่ายทอดบทเรียนชีวิตอันมีค่านี้ให้เป็นวิทยาทานด้วย สุดท้ายขอกราบสำนึกในพระคุณบิดามารดาที่ให้ทั้งชีวิตเกิดมา และให้แบบอย่างการใฝ่เรียนรู้แก่ข้าพเจ้า ขอขอบคุณญาติมิตรและเพื่อนเรียนร่วมสาขาที่คอยห่วงใยและให้กำลังใจเสมอมา ข้าพเจ้าขอตอบแทนทุกท่านด้วยการปวารณาตนเป็นผู้ให้การปรึกษาอย่างเต็มกำลังที่จะทำได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สานพลังร่วมกันยุติการเลือกปฏิบัติ**. http://www.riskcomthai.org/th/news/mass-media-detail.php?id=33290 23 มีนาคม 2559.
2. กฤติกา โภคากร. **เรื่องเล่า: การเยียวยาของผู้หญิงชนชั้นกลางที่ถูกข่มขืน.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.
3. ขนิษฐา แสนใจรักษ์. **ในชั่ววูบของการฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ที่ผ่าน ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2548.
4. ขวัญฤทัย จ่างจำรัส. **กระบวนการต่อสู้กับการลดทอนความเป็นมนุษย์ของ "สาวคาราโอเกะ".** ธนบรรณ การพิมพ์ เชียงใหม่, 2544.
5. จันทร์จิรา บุญประเสริฐ. **ชีวิตที่ถูกละเมิด: เรื่องเล่า กะเทย ทอม ดี้ หญิงรักหญิง ชายรักชาย และกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ.** มูลนิธิธีรนาถ กาญจนอักษร และสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ, 2554.
6. ชาย โพธิสิตา. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. อมรินทร์พริ้นติ้งฯ กรุงเทพฯ, 2554.
7. ดวงมณี จงรักษ์. **ทฤษฎีการให้การปรึกษาและจิตบำบัดเบื้องต้น.** สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น). กรุงเทพฯ, 2549.

8. ธนวัต ปุณยกนก. “การประทับตราว่าด้อยค่าในบริบทการรับบริการด้านจิตใจจากนักวิชาชีพ”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 19(1) : 66-69, 2554.

9. นิฮาฟีซา หะยีวาเงาะ. **ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัด ปัตตานี.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.

10. นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. **การตีตราชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกระบวนการ ดำเนินงานแก้ปัญหา โรคเอดส์: ประชากรและสังคม 2555 ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย.** ใน กุลภา วจนะสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บก.) เดือนตุลา กรุงเทพฯ, 2555.

11. นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ. **ขบวนการเคลื่อนไหวของเกย์ในสังคมไทยภาคปฏิบัติและกระบวนทัศน์.** ปริญญานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2553.

12. บุษกร สุริยสาร. **อัตลักษณ์และวิถีทางเพศในประเทศไทย.** องค์การแรงงานระหว่างประเทศ พ.ศ. 2557 กรุงเทพฯ, 2557.

13. เบญจพร ปัญญายง. “การลดตราบาปของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 23(1) : 49-53, 2557.

14. เพชรศรี ศิรินิรันดร์ และวาสนา นิ่มวรพันธ์. **มติและประกาศคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ การบูรณาการงานเอดส์.** ศบจอ. นนทบุรี บริษัทโอ-วิทย์ ประเทศไทยจำกัด นนทบุรี, 2554.

15. พิเชฐ สายพันธ์. **เกย์ : ในฉากชีวิตแห่งสีลมสถาน.** ใน ชีวิตชายขอบ ตัวตนกับความหมาย, ปริตรตา เฉลิมเผ่า กออนันตกุล (บก.) ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร กรุงเทพฯ, 2544.

16. ภาคภูมิ เตชะอนันต์วงศ์. **การยอมรับตนเองด้านความโน้นมเอียงทางเพศของชายรักชาย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555.

17. มัตติกา ใจจันทร์ และพรนภา คำพราว. “ตราบาปจากโรคเอดส์ ตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม”. **วารสารพยาบาลทหารบก.** 15(3) : 170-173, 2557.

18. มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. **ผลสำรวจพบคนไทยยังรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี** https://www.hfocus.org/content/2015/08/10730 24 สิงหาคม 2558.

19. ยุทธชัย ไชยสิทธ์. “ตราบาป: การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. **วารสารกองการพยาบาล.** 40(3) : 115-120, 2556.

20. รพีพงษ์ กันยะมี. **การทำงานของตราบาปต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทย: กระบวนการทางสังคม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการครอบงำ**. ปริญญานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.

21. วรัญญา โลสุยะ. **ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนว logotherapy ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2550.

22. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. **คู่มือการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาลสุขภาพ.** บริษัทหกหนึ่งเจ็ด จำกัด กรุงเทพฯ, 2558.

23. สังกมา สารวัตร. **ปฏิบัติการประชาธิปไตยกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ : ศึกษากรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.** ปริญญานิพนธ์รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2557.

24. สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์. **รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์แบบมีส่วนร่วม ประเด็นการตีตรา การเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย.** ทีคิวพี จำกัด กรุงเทพฯ, 2554.

25. สุดาพร นาคฟัก. **การสะท้อนตัวตนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์: กรณีศึกษา.** การค้นคว้าอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

26. สุธิสา ดีเพชร. “ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตีตราตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 29(1) : 123-137, 2558.

27. สุธรรม ธรรมรงค์วิทย์. **อำนาจและการขัดขืน: ชายรักชายในสังคมที่ความสัมพันธ์ต่างเพศเป็นใหญ่.** วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.

28. สุพร เกิดสว่าง. **ชายรักชาย หนังสือสำหรับคนที่อยากรู้จักและเข้าใจเกย์/กะเทย.** สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด กรุงเทพ, 2546.

29. สุไลพร ชลวิไล และคณะ. **เอชไอวี วิถีชุมชน กับ ผู้หญิงมุสลิม.** ความร่วมมือในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้านเพศภาวะ เพศวิถีและสุขภาพ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม, 2550.

30. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทาง การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายและสาวประเภทสองระดับชาติ.** กรมควบคุมโรค กระทวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2556.

31. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **หลักสูตรการสอนความรู้ที่จำเป็นในการเรียนรู้ทักษะชีวิตสำหรับเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย**. ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพฯ, 2553.

32. สำราญ ฉิมนอก. **ความงอกงามหลังเผชิญเหตุการณ์เจ็บปวดทางใจในกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556.

33. อริยา คูหา. "จิตวิทยาทางบวก". **วารสารรูสมิแล.** 3(1) : 77- 79 [รูปแบบอิเลกทรอนิกส์], (2554).

34. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2549.

35. Cobb, S. "Social support as a moderated of life stress". **Psychosomatic Medicine**. 38(5) : 300-314, 1976.

36. Jackson, P. "An explosion of Thai identities: Global queering and re-imaging Queer Theory". **Culture, Health & Sexuality.** 2(4) : 405-424, 2000.

37. Lopez et al, C. R. (Eds.). **The Oxford handbook of positive psychology.** Oxford University Press Oxford, 2009.

38. Goffman, E. **Stigma: note on the management of spoiled identity**. N.J.: Prentice-Hall Englewood Cliffs, 1963.

39. Li et al. "Disclosure appraisal mediating the association between perceived stigma and HIV disclosure to casual sex partners among HIV+ MSM: a path model analysis". **AIDS care.** 28(6) : 722-725, 2016.

40. Kalichman et al. "Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: The Internalized AIDS-Related Stigma Scale". **AIDS care.** 21(1) : 87-93, 2009.

41. Li et al. "Exploring HIV-related stigma among HIV- infected men who have sex with men in Beijing, China: a correlation study". **AIDS care**. 1-8, 2016.

42. Zoellner et al. "Posttraumatic growth in clinical psychology- A critical review and introduction of a two components model". **Clinical Psychology Review**. 26(5) : 626-653, 2006.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Factors affecting the amount of Airborne Bacteria in Tambon Health Promoting Hospital

นริศรา จันทรประเทศ[1], รจฤดี โชติกาวินทร์[2], กุหลาบ รัตนสัจธรรม[3], วันดี นิลสำราญจิต[2]

Narissara Chantaraprathet[1], Rotruedee Chotigawin[2], Koolarb Rudtanasudjatum[3], Wandee Nilsumranchit[2]

(Received: June 2 ,2018 ; Accepted: July 16 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวางเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แบบตรวจรายการและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เป็นตัวแทนผู้รับผิดชอบด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนแห่งละ 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 30 แห่ง เก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศทั้งหมด 540 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณแบคทีเรียเท่ากับ 583.19 CFU/m^3 (S.D.=304.36) ซึ่งสูงกว่าค่าแนะนำของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (<500 CFU/m^3) โดยจำนวนคน ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนความเร็วลมและปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ ปัจจัยด้านจำนวนคน(H) ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ (DIS) ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ(ACT) ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย(ENV) และความเร็วลม(V) สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 54.3 (Adj. R^2 = 0.543, **p**=0.002) ดังสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

ปริมาณแบคทีเรียในอากาศ = 0.428*Z(H)+0.225*Z(DIS)+0.209*Z(ACT)+0.155*Z(ENV) + 0.093*Z(V)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผลต่อ, แบคทีเรียในอากาศ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The objective of this research was to analyze factors affecting the amount of airborne bacteria in Tambon Health Promoting Hospital. Data collection of Tambon Health Promoting Hospital using checklists and interviews, one in every 30 hospitals and 540 samples of airborne bacteria. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation statistics and stepwise multiple regression statistics.

Results the average total airborne bacteria count 583.19 CFU/m^3 (S.D.=304.36), which is higher than recommended by the Office of Environmental Health, Department of Health (<500 CFU / m^3). By the number of people, environmental factors contributing to the bacteria, bacterial source factor, spreading factor of airborne bacteria and carbon dioxide, there was a moderate positive relationship with the amount of airborne bacteria in Tambon Health Promoting hospital. Wind speed and activity factor cause airborne bacteria were positively correlated at low level with airborne bacteria content in Tambon Health Promoting hospital. Factors such as the number of people (H), spreading factor of airborne bacteria (DIS), activity factor cause airborne bacteria (ACT), environmental factors contributing to the bacteria (ENV) and wind speed (V) that cause bacteria in the air can predict 54.3% (Adj. R^2 = 0.543, **p**= 0.002) the equation in standard score.

The amount of airborne bacteria = 0.428*Z(H)+0.225*Z(DIS)+0.209*Z(ACT)+ 0.155*Z(ENV)+0.093*Z(V)

Keywords: Factors Predicting, Airborne Bacteria, Tambon Health Promoting Hospital

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[2] อาจารย์ ดร. ภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[3] รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทนำ

ในปัจจุบันโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนได้ดำเนินการเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคาร เพื่อเป็นการลดการติดเชื้อที่เกิดขึ้น ข้อมูลอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558 และ 2559 พบร้อยละ 2.24 และ 1.55 ครั้งต่อ 1,000 วัน ตามลำดับ[1] โดยโรงพยาบาลมีวิธีการหลาย ๆ วิธีในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการในการเฝ้าระวัง การติดตั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ในการลดปริมาณเชื้อแบคทีเรีย เช่น การติดตั้งเครื่องฟอกอากาศ การติดตั้งหลอดไฟกำจัดเชื้อโรค การทำความสะอาดอุปกรณ์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเครื่องปรับอากาศที่หลาย ๆ งานวิจัย พบว่า เป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคที่สำคัญ แต่อย่างไรก็ตามสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นเพิ่งได้รับการยกระดับมาไม่นาน จากการปฏิรูประบบสาธารณสุขหรือการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อการปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ในปี 2552 ก่อให้เกิดการยกฐานะของสถานีอนามัยให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปัจจุบัน [2] ทำหน้าที่รับผิดชอบการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับตำบล หมู่บ้าน ชุมชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมีศักยภาพมากขึ้น ภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องดำเนินการคือ การสร้างเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล ควบคุมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค[3] การยกระดับดังกล่าวทำให้ประชาชนเข้ามารับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การจัดการสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการรู้สึกปลอดภัยในการใช้บริการ และปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเองด้วย ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังมีวิธีการเฝ้าระวังในการติดเชื้อยังไม่มากนักเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งหากการเฝ้าระวังหรือจัดการไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้มารับบริการ ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน โดยในปัจจุบัน พบว่า ภายในห้องปฐมพยาบาล และหน่วยทันตกรรม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีปริมาณแบคทีเรียในอากาศ เท่ากับ 644.31 และ 654.88 CFU/m^3 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าเกินข้อกำหนดของ WHO และ กรมอนามัย (ไม่เกิน 100 และ 500 CFU/m^3) โดยชนิดของแบคทีเรียที่พบมากที่สุด คือ *Staphylococcus* spp. รองลงมา คือ *Streptococcus* spp. [4] โดย *Staphylococcus spp.* เป็นแบคทีเรียฉวยโอกาส เมื่อสิ่งแวดล้อมเอื้อให้ก่อโรค เช่น มนุษย์ผู้ถูกอาศัยป่วยอ่อนแอ ขาดสารอาหาร พบได้ทั่วไปในบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้น โพรงจมูก คอ ผิวหนัง และเล็บในมนุษย์ [5] หรือตามเสื้อผ้า สิ่งของต่าง ๆ เป็นเชื้อที่สามารถปนเปื้อนจากบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่งได้โดยการสัมผัสโดยตรงหรือทางอากาศ ซึ่งแหล่งของ *Staphylococcus spp.* ในอาคารมาจากผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ ญาติผู้ป่วย และผู้มาเยี่ยม โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ *Staphylococcus spp.* เช่น การเกิดฝี หนอง การติดเชื้อที่บาดแผล แผลพุพอง ติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (Nandalal, & Somashekar, 2007; ธีรวงศ์ มีชื่น, 2553) สำหรับ *Streptococcus spp.* เป็นแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อที่ทำให้เกิดอาการอักเสบ มีไข้ และเป็นหนอง เช่น โรคปอดบวม โรคคออักเสบ ไข้รูมาติก ไข้แดงดำ เป็นต้น[6]

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น การศึกษาการจัดการคุณภาพอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีการศึกษาทั้งในอดีตและภายหลังจากการยกระดับขึ้นมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเฉพาะภายหลังจากการยกระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นทำให้มีคนมาใช้บริการและไว้วางใจในการบริการจำนวนมาก หากการจัดการคุณภาพอากาศภายในอาคารไม่ดี สามารถนำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อโรคติดต่อจากคนสู่คนได้อีกด้วย ดังนั้นเพื่อเป็นการจัดการและการวางแผนการจัดการที่ดี ลดการติดต่อของโรค การลดปริมาณแบคทีเรียและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จึงต้องวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกัน เฝ้าระวัง และลดความเสี่ยงการรับสัมผัสแบคทีเรียในอากาศ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและ

ปลอดภัยของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายภาคตัดขวาง เก็บตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีห้องตรวจรักษาเป็นระบบปิดและมีการเปิดเครื่องปรับอากาศในขณะเก็บตัวอย่างอากาศ และเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยินดีให้ความร่วมมือและยินยอมให้ทำการเก็บตัวอย่างจนกว่าการเก็บตัวอย่างจะเสร็จสิ้น จำนวน 540 ตัวอย่าง จาก 30 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเก็บตัวอย่าง 2 จุดคือ จุดที่ 1 เป็นตัวแทนของกิจกรรมการตรวจรักษา และจุดที่ 2 เป็นตัวแทนของกิจกรรมการทำแผล จุดละ 3 ซ้ำ 3 ช่วงเวลา รวมหน่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมด 18 ตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สุ่มตัวอย่างอำเภอโดยจับสลากอำเภอเพื่อเป็นตัวแทน ถ้าอำเภอที่จับสลากมาได้มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เพียงพอต่อการศึกษาหรือไม่ตรงเกณฑ์การคัดเข้า จะทำการจับสลากอำเภอในจังหวัดนครสวรรค์อีกครั้งจนกว่าจะครบตามจำนวนตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องเก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศ แอนเดอร์เซน อิมแพคเตอร์ ชนิดชั้นเดียว

2. เครื่องตรวจวัดปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (ยี่ห้อ Testo รุ่น 535)

3. เครื่องตรวจวัดความเร็วลมและอุณหภูมิ (ยี่ห้อ Testo รุ่น 425)

4. เครื่องตรวจวัดความชื้นสัมพัทธ์ (ยี่ห้อ Rotronic HygroPalm รุ่น HP21)

5. แบบบันทึกปริมาณแบคทีเรียในอากาศ อุณหภูมิ ความเร็วลม ความชื้นสัมพัทธ์ ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จำนวนคน และกิจกรรมขณะทำการเก็บตัวอย่างภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

6. แบบตรวจรายการแหล่งของแบคทีเรีย สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย และการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แหล่งของแบคทีเรียในอากาศ จำนวน 8 ข้อ 3) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย จำนวน 20 ข้อ และ 4) การแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นแบบปลายปิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ การให้คะแนน “ไม่ถูกต้อง” ให้คะแนน 1 คะแนน “ถูกต้อง” ให้คะแนน 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการตรวจวัดด้วยตนเอง

7. แบบสัมภาษณ์กิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศภายในในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปที่เป็นลักษณะคำถามแบบปิดให้เลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ และเป็นลักษณะคำถามแบบเปิด ตอบตามความเป็นจริงเป็นตัวเลข มีจำนวน 3 ข้อ และ 2) กิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศภายในในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน “ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์” ให้คะแนน 1 คะแนน “ปฏิบัติตามเกณฑ์” ให้คะแนน 0 คะแนน และคำถามลักษณะปลายปิด จำนวน 36 ข้อ โดยจำนวน 17 ข้อ การให้คะแนน “มีกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรีย” ให้คะแนน 1 คะแนน “ไม่มีกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรีย” ให้คะแนน 0 คะแนน และจำนวน 19 ข้อ การให้คะแนน “มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดแบคทีเรีย” ให้คะแนน 2 คะแนน “มีทั้งกิจกรรมที่ก่อและไม่ก่อให้เกิดแบคทีเรีย” ให้คะแนน 1 คะแนน และ “ไม่มีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดแบคทีเรียเลย” ให้คะแนน 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์ถามจากเจ้าหน้าที่ที่เป็นตัวแทนผู้รับผิดชอบด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวนแห่งละ 1 คน

ซึ่งแบบบันทึก แบบตรวจรายการและแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการศึกษาหลักการ แนวคิดทฤษฎี

จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในการลดปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในอาคาร/ โรงพยาบาล มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบสำรวจและแบบสัมภาษณ์ที่เป็นเครื่องมือวิจัย โดยการสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) อยู่ระหว่าง 0.5-1.0 ซึ่งสามารถยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศภายในห้องตรวจรักษาภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำการเก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศ ด้วยเครื่องตรวจเก็บตัวอย่างแบคทีเรียในอากาศ แอนเดอร์เซน อิมแพคเตอร์ ชนิดชั้นเดียว (อัตราการดูดอากาศ 28.3 ลิตรต่อนาที) นาน 5 นาที ทำการเก็บตัวอย่างภายในห้องตรวจรักษา จำนวน 2 จุด โดยแต่ละจุดเก็บมีระยะห่างจากมุมห้อง หน้าต่าง กำแพง ฉากกั้นห้อง ตู้เอกสาร อย่างน้อย 0.5 เมตร และมีระยะห่างจากแหล่งกำเนิดแบคทีเรียอย่างน้อย 1 เมตร เก็บตัวอย่างสูงจากพื้น 1.5 เมตร (สำนักอนามัย, 2556) จำนวน 3 ซ้ำ อาหารเลี้ยงเชื้อที่ใช้สำหรับแบคทีเรีย คือ อาหารวุ้นทริปติก ซอย (Tryptic soy agar : TSA) หลังจากเก็บตัวอย่างเสร็จแล้วนำเข้าตู้บ่มที่อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส นาน 24 ชั่วโมง นับจำนวนโคโลนีของแบคทีเรียทั้งหมด ในขณะที่ทำการเก็บตัวอย่างแบคทีเรีย ทำการตรวจวัดอุณหภูมิ ความเร็วลม ความชื้นสัมพัทธ์ และปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ไปพร้อมๆ กันด้วย

2. การเก็บตัวอย่างโดยใช้แบบตรวจรายการแหล่งของแบคทีเรีย สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรียและการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้วิจัยทำการสำรวจด้วยตนเอง นำแบบตรวจรายการมาแปลข้อมูลที่ได้เป็นรหัส พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การเก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์กิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศภายในในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้รับผิดชอบด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บอกวัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ประโยชน์นำไปใช้ และชี้แจงสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมศึกษา จากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ แล้วนำแบบสัมภาษณ์มาแปลข้อมูลที่ได้เป็นรหัส พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพรรณนานำเสนอด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคน ความเร็วลม ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ และปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติ รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ตาม เอกสารรับรองเลขที่ IRB 012/2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลและผู้ให้ข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง (รับผิดชอบประชากร 3,000-8,000 คน) และ ขนาดใหญ่ (รับผิดชอบประชากรมากกว่า 8,000 คนขึ้นไป) จำนวน 30 แห่ง จากอำเภอเมืองนครสวรรค์ (8 แห่ง) อำเภอชุมแสง (8 แห่ง) อำเภอเก้าเลี้ยว

(4 แห่ง) อำเภอพยุหะคีรี (3 แห่ง) อำเภอลาดยาว (3 แห่ง) อำเภอโกรกพระ (2 แห่ง) และ อำเภอหนองบัว (2 แห่ง) จำนวนประชากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบเฉลี่ย 4,887.10 คน (S.D. = 1,667.82) มีจำนวนผู้รับบริการระหว่าง 30-70 คนต่อวัน เฉลี่ย 39.83 คนต่อวัน (S.D. = 10.79) ส่วนผู้ให้ข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้ง 30 แห่ง ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 41.67 ปี (S.D.=5.28) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรี ร้อยละ 96.67 และ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 ตำแหน่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 56.67 และ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 43.33

2. ข้อมูลทั่วไปของปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 583.19 $\pm$ 304.36 CFU/m^3 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าค่าแนะนำของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (กำหนดให้ <500 CFU/m^3) ความเร็วลมเฉลี่ยเท่ากับ 0.434$\pm$0.252 m/s ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เฉลี่ยเท่ากับ 543.79$\pm$236.67 ppm และ จำนวนผู้มาใช้บริการห้องตรวจในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล เฉลี่ยเท่ากับ 3.17$\pm$1.51 คน

ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 3.90 (SD = 0.83) (ดังตาราง 1) พบว่า ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีรอยแตกร้าวของผนังอาคารภายในห้องตรวจรักษา รองลงมา คือ มีผ้าม่านหน้าต่างที่ทำด้วยวัสดุดูดซับ เช่น ผ้า ภายในห้องตรวจรักษา ร้อยละ 96.67 มีต้นไม้/ ดอกไม้ประดับภายในห้องตรวจรักษา ร้อยละ 86.67 และมีพรมเช็ดเท้าภายในห้องตรวจรักษา ร้อยละ 73.33 ดังตาราง 2

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณแบคทีเรียในอากาศ และตัวแปรอิสระที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	เปรียบเทียบกับข้อแนะนำ
ปริมาณแบคทีเรีย (CFU/m^3)	583.19	304.36	สูงกว่าข้อแนะนำ (<500)
ความเร็วลม (m/s)	0.43	0.25	สูงกว่าข้อแนะนำ (< 0.25)
ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (ppm)	543.79	236.67	< 1,000
จำนวนคน (คน)	3.17	1.51	-
ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรียในอากาศ	3.90	0.83	ระดับปานกลาง
ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรียในอากาศ	4.76	1.33	ระดับปานกลาง
ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ	3.07	0.77	ระดับปานกลาง
ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ	14.50	2.19	ระดับปานกลาง

ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.76 (S.D. = 1.33) (ดังตารางที่ 1) พบว่า ส่วนใหญ่พบฝุ่นและหยากไย่ จากเฟอร์นิเจอร์และเครื่องใช้สำนักงานภายในห้อง โดยพบฝุ่นและหยากไย่มากที่สุดที่โต๊ะ เก้าอี้ เฟอร์นิเจอร์และตู้เอกสาร คือ ร้อยละ 96.67 รองลงคือ หน้ากากเครื่องปรับอากาศ และ พัดลมตั้งโต๊ะ/ พัดลมติดผนัง ร้อยละ 73.33 และ 70 ตามลำดับ อุณหภูมิภายในห้องมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.34 ^{o}C (S.D = 1.49) ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 26 ^{o}C คิดเป็นร้อยละ 74.80 และ ความชื้นสัมพัทธ์มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 56.91 (S.D. = 9.08) ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 50-65% คิดเป็นร้อยละ 65.93

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ศึกษาจำแนกตามปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ และปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ

ตัวแปรอิสระ			จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
1	ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย			
	1.1	พบรอยแตกร้าวของผนังอาคารภายในห้องตรวจรักษา	30	100
	1.2	มีผ้าม่านหน้าต่างที่ทำด้วยวัสดุดูดซับ เช่น ผ้าภายในห้องตรวจรักษา	29	96.7
	1.3	มีต้นไม้/ ดอกไม้ประดับภายในห้องตรวจรักษา	26	86.7
	1.4	มีพรมเช็ดเท้า/ ผ้าเช็ดเท้าภายในห้องตรวจรักษา	22	73.3
2	ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย			
	2.1	พบฝุ่น/ หยากไย่ จาก		
		1) โต๊ะ/ เก้าอี้/ เฟอร์นิเจอร์/ ตู้เอกสาร	29	96.7
		2) หน้ากากเครื่องปรับอากาศ	22	73.3
		3) พัดลมตั้งโต๊ะ/ พัดลมติดผนัง	21	70
	2.2	อุณหภูมิ		
		1) 24 – 26 °C	1	3.3
		2) > 26 °C	29	96.7
	2.3	ความชื้นสัมพัทธ์		
		1) < 50%	6	20
		2) 50 – 65 %	21	70
		3) > 65 %	3	10
3	ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ			
	3.1	ไม่มีระบบกำจัดจุลินทรีย์ เช่น UV โอโซน เครื่องฟอกอากาศ	30	100
	3.2	การฟุ้งกระจาย		
		1) มีการเปิดพัดลมตั้งพื้น/ ติดผนัง ภายในห้องตรวจรักษา	30	100
		2) ไม่มีพัดลมระบายอากาศภายในห้องตรวจรักษา	23	76.7
4	ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ			
	4.1	การทำความสะอาดพื้นห้องด้วยไม้กวาดร่วมกับวิธีการทำความสะอาดวิธีอื่นๆ	29	96.7
	4.2	การทำความสะอาดผนังส่วนใหญ่ ทำความสะอาดด้วยผ้าแห้งเป็นประจำ	19	63.3
	4.3	การทำความสะอาดตู้เอกสารและโต๊ะส่วนใหญ่ ทำความสะอาดด้วยการปัดด้วยไม้ขนไก่หรือผ้าแห้ง	20	66.7
	4.4	การทำความสะอาดเตียงผู้ป่วยทำความสะอาดด้วยผ้าแห้ง	30	100
	4.5	พัดลมระบายอากาศ		
		1) ความถี่การทำความสะอาด มากกว่าเดือนละครั้ง	6	20
		2) ไม่มีการเปิดใช้งาน	26	86.7
	4.6	การทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ		
		1) ความถี่ในการทำความสะอาดหน้ากากเครื่องปรับอากาศ >1 สัปดาห์/ครั้ง	27	90
		2) ความถี่ในการทำความสะอาดแผงกรองอากาศ/ ฝุ่นในเครื่องปรับอากาศ >2 สัปดาห์/ครั้ง	28	93.3

ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 (SD. = 0.77) ดังตารางที่ 1 พบว่า ทุกแห่งไม่มีระบบกำจัดจุลินทรีย์ เช่น UV โอโซน เครื่องฟอกอากาศ คิดเป็นร้อยละ 100 และ การฟุ้งกระจายของแบคทีเรีย พบว่า ทุกแห่งมีพัดลมตั้งโต๊ะ/ พัดลมติดผนัง ภายในห้องตรวจรักษา ร้อยละ 100 และไม่มีพัดลมระบายอากาศภายในห้องตรวจรักษา ร้อยละ 76.67 สำหรับปัจจัย

กิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเท่ากับ 15.20 (S.D. = 1.74) ดังตาราง 2

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษากับปริมาณแบคทีเรียในอากาศ ผลการการศึกษา พบว่า จำนวนคน ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย และ ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ มีความสัมพันธ์กับปริมาณแบคทีเรียในอากาศในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ความเร็วลม และปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ศึกษากับปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=540)

ตัวแปรที่ศึกษา	r	*P*	ระดับความสัมพันธ์
จำนวนคน	0.563**	0.001	ปานกลาง
ความเร็วลม	0.178**	0.001	ต่ำ
ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์	0.393**	0.001	ปานกลาง
ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย	0.394**	0.001	ปานกลาง
ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย	0.367**	0.001	ปานกลาง
ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ	0.469**	0.001	ปานกลาง
ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ	0.287**	0.001	ต่ำ

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามคงที่สำหรับทุกค่าของตัวแปรอิสระและจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า มีตัวทำนาย 1 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.80 คือ ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรียกับปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ ($r = 0.915$, $p < 0.01$) ซึ่งผู้วิจัยจึงทำการเลือกปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศเพื่อใช้เป็นตัวแปรในการทำนาย ดังนั้นผู้วิจัยนำตัวแปร จำนวนคน ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย และความเร็วลม เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 54.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 4 โดยปัจจัยแต่ละปัจจัยมีตัวแปรที่นำมาใช้ในการทำนายในครั้งนี้ ดังนี้ ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ ประกอบด้วย การพบฝุ่น/ หยากไย่ภายในห้องตรวจรักษา และ อุณหภูมิภายในห้องตรวจรักษามากกว่า 26^0C ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ ประกอบด้วย การทำความสะอาดหน้ากากเครื่องปรับอากาศ การทำความสะอาดแผงกรองอากาศ/ ฝุ่นในเครื่องปรับอากาศ การทำความสะอาดพัดลมระบายอากาศ การทำความสะอาดและรวบรวมมูลฝอยทั่วไป การทำความสะอาดพัดลมตั้งพื้น/พัดลมติดผนัง ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ ประกอบด้วย การฟุ้งกระจาย ส่วนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ไม่สามารถทำนายปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนี้ได้ จากผลการวิจัยครั้งนี้ สมการทำนายปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ

สมการในรูปคะแนนดิบ ปริมาณแบคทีเรียในอากาศ = -577.265 + 86.146 (H) + 48.431 (ACT) + 161.983 (DIS) + 44.392 (ENV) + 112.382 (V)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ปริมาณแบคทีเรียในอากาศ = 0.428*Z(H) + 0.209*Z(ACT) + 0.225*Z(DIS) + 0.155*Z(ENV) + 0.093*Z(V)

เมื่อ H = จำนวนคน

ACT = ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ

DIS = ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ

ENV = ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย

V = ความเร็วลม

ตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n = 540)

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	Adj.R^2	R^2 change	t	*p*
ค่าคงที่	-577.265	61.708				-9.355	0.001
จำนวนคน (H)	86.146	6.140	0.428	0.316		14.030	0.001
ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ (ACT)	48.431	8.751	0.209	0.466	0.150	5.534	0.001
ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ (DIS)	161.983	25.130	0.225	0.518	0.052	6.446	0.001
ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย (ENV)	44.392	11.141	0.155	0.536	0.018	3.985	0.001
ความเร็วลม (V)	112.382	36.273	0.093	0.543	0.007	3.098	0.002

Durbin-Watson = 1.023

สรุปและอภิปรายผล

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 540 ตัวอย่าง พบปริมาณแบคทีเรียโดยรวมเฉลี่ย 583.19 CFU/m^3 (S.D = 304.36) และความเร็วลม มีค่าเฉลี่ย 0.43$\pm$0.25 m/s ซึ่งสูงกว่าค่าแนะนำของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (<500 CFU/m^3 และ <0.25m/s ตามลำดับ) [7] ส่วนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มีค่าเฉลี่ยไม่เกินข้อกำหนด นอกจากนี้ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรีย ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย และปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การที่แบคทีเรียเกินข้อกำหนด เนื่องจากห้องตรวจรักษาเป็นระบบปิด มีการเปิดใช้เครื่องปรับอากาศ และบางแห่งไม่มีการติดตั้งพัดลมระบายอากาศจึงทำให้มีการระบายอากาศได้น้อย นอกจากนี้ภายในห้องตรวจรักษายังมีสภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ เช่น การแพร่กระจายผ่านเครื่องปรับอากาศ ขยะติดเชื้อ กิจกรรมการรักษา ทำแผล การพูดคุย ไอ จาม จากผู้มาใช้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน[8] (รจฤดี โชติกาวินทร์, 2559) ที่ส่งผลต่อปริมาณแบคทีเรีย การที่แบคทีเรียเกินข้อกำหนดนั้นสามารถส่งผลต่อผู้ใช้บริการ ญาติผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติ และเจ้าหน้าที่ได้ สำหรับความเร็วลมเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่เกินข้อกำหนด เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานนิยมเปิดพัดลมเพดานและพัดลมติดผนังในขณะที่ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการช่วยให้ภายในห้องรู้สึกเย็นสบายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการกระทำดังกล่าวแม้จะเป็นการช่วยลดอุณหภูมิลงได้ แต่ส่งผลต่อความเร็วลมภายในห้อง และยังเป็นการทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของแบคทีเรียมากขึ้น จึงอาจเป็นผลให้ปริมาณแบคทีเรียเกิดการฟุ้งกระจายและมีปริมาณสูงเกินข้อกำหนดนั้นเอง

2. เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและปัจจัยกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า จำนวนคนภายในห้องตรวจรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($r = 0.563$, $p < 0.001$) แสดงว่าเมื่อมีจำนวนคนมากปริมาณแบคทีเรียในอากาศก็เพิ่มขึ้นด้วย จำนวนคนถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปริมาณแบคทีเรีย ($R^2 = 0.714$) (Obbard & Fang, 2003) และเป็นปัจจัยหลักที่พาแบคทีเรียเข้าสู่สภาพแวดล้อมภายในอาคาร (Park, Yeom, Won & Lee, 2013) โดยแบคทีเรียในอากาศมาจากร่างกายของคนซึ่งส่วนใหญ่มักจะพบในโรงพยาบาลและสถานที่มีผู้คนอาศัยอยู่มาก [9] โดยเฉพาะโรคระบบการหายใจ การไอและจาม และหากผู้รับบริการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ทางสถานบริการทางการแพทย์ควรแนะนำให้ผู้ใช้บริการสวมหน้ากากอนามัยที่ทางสถานบริการจัดเตรียมไว้ให้ เพื่อเป็นอีกแนวทางหนึ่งเพื่อลดการเกิดและการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ และควรมีการจัดการให้บริการมีการกระจายจำนวนคนในแต่ละช่วงเวลาไม่ให้แออัดในช่วงเวลาเดียวกัน หรือใช้ระบบคิวเพื่อการตรวจรักษาของผู้รับบริการ ส่วน ความเร็วลมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศ ($r = 0.178$, $p< 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ถ้ามีความเร็วลมสูงจะทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของแบคทีเรียในอากาศได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ekhaise และคณะ (2008)[5] ที่พบว่า บริเวณที่มีความเร็วลมสูงจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศได้มากกว่าในบริเวณที่มีความเร็วลมต่ำ และในบริเวณที่มีความเร็วลมสูง จะพบว่ามีการสะสมของจำนวนแบคทีเรียในอากาศในบริเวณนั้นน้อย เนื่องจากลมหรืออากาศที่กระแทกลงมาจากเครื่องปรับอากาศ อาจทำให้แบคทีเรียนั้นกระจัดกระจายโดยจะไปรวมตัวกันอยู่ในบริเวณที่อากาศนิ่งกว่า[10] จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้บริเวณที่เป็นจุดอับอากาศ (ความเร็วลมต่ำ) มีจำนวนแบคทีเรียบริเวณนั้นมากกว่าบริเวณอื่น

ปัจจัยแหล่งกำเนิดแบคทีเรียมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศ ($r= 0.394$, $p<0.001$) เนื่องจากแบคทีเรียเป็นสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ที่พบได้ทุกหนทุกแห่ง นอกเหนือจากการแขวนลอยในอากาศแล้ว ยังสามารถพบแบคทีเรียในตัวกลางอื่น ๆ ด้วย เช่น บนพื้นผิววัสดุ ทั้งนี้เนื่องจากแบคทีเรียแขวนลอยอาจตกลงบนพื้นผิว และสะสมหรือถูกกักเก็บอยู่บน/ ในวัสดุ เช่น พื้น โต๊ะ ผนัง พื้นห้อง พรม ผ้าม่าน เป็นต้น[11] โดยเฉพาะผ้าม่านหน้าต่าง และพรมเช็ดเท้าที่เป็นแหล่งสะสมเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผ้าม่านหน้าต่างที่ทำด้วยวัสดุดูดซับ เช่น ผ้า (ร้อยละ 96.7) และพรมเช็ดเท้า (ร้อยละ 73.3)

ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรียมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศ ($r = 0.367$, $p < 0.001$) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่พบฝุ่นและหยากไย่ บริเวณเฟอร์นิเจอร์และเครื่องใช้สำนักงานภายในห้อง ซึ่งพบมากที่สุด คือ โต๊ะ เก้าอี้ เฟอร์นิเจอร์และตู้เอกสาร (ร้อยละ 96.67) รองลงคือ หน้ากากเครื่องปรับอากาศ (ร้อยละ 73.33) และ พัดลมตั้งโต๊ะ/ พัดลมติดผนัง (ร้อยละ 70) ซึ่งการพบฝุ่นปริมาณมากจะสามารถส่งผลให้ปริมาณแบคทีเรียในอากาศเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งฝุ่นถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปริมาณแบคทีเรีย ($R^2 = 0.76$) [12] เนื่องจากแบคทีเรียในอากาศจะอาศัยอยู่กับฝุ่นละอองขนาดเล็กที่ล่องลอยอยู่ในอากาศได้เป็นเวลานาน 3-4 วันหรืออาจอยู่ได้นานเป็นเดือน ด้วยการกระจายในลักษณะเป็นละอองเล็กๆ ลอยไปในอากาศ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวงศ์ (2553) พบว่า อนุภาคฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอนกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r=0.426$) นอกจากปริมาณฝุ่นละอองแล้ว ยังพบว่า ความชื้นสัมพัทธ์และอุณหภูมิเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญของแบคทีเรีย โดยความชื้นสัมพัทธ์มีผลต่อการสูญเสียน้ำในเซลล์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของแบคทีเรีย [13] และการที่อุณหภูมิมีค่าสูงขึ้นส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนแบคทีเรีย โดยเฉพาะแบคทีเรียกลุ่มมีโซไฟล์ที่เป็นแบคทีเรียก่อโรค[6]

ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศ ($r = 0.469$, $p < 0.001$) โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งมีการติดตั้งพัดลมตั้งโต๊ะ/ พัด

ลมติดผนัง (ร้อยละ 100) เพื่อเป็นการลดอุณหภูมิภายในห้องตรวจรักษาไม่ให้ภายในห้องอึดอัดจนเกินไป จนทำเกิดอาการปวดศีรษะและเมื่อยล้า [14] ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานจึงมักนิยมทำการเปิดพัดลมตั้งโต๊ะ/ พัดลมติดผนังร่วมด้วย เพื่อช่วยให้ภายในห้องรู้สึกเย็นสบายขึ้น การที่อุณหภูมิในห้องไม่คงที่และมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากห้องตรวจรักษามีผู้มาใช้บริการอย่างต่อเนื่องทำให้มีการเปิดประตูเข้า-ออก นอกจากนี้ลักษณะของห้องตรวจรักษาเป็นระบบปิด มีการเปิดเครื่องปรับอากาศอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการติดตั้งพัดลมระบายอากาศ (ร้อยละ 76.67) จึงทำให้การระบายอากาศได้น้อย ส่งผลต่อปริมาณแบคทีเรียที่สะสมเพิ่มขึ้นภายในห้องตรวจรักษาเนื่องจากอยู่ในสภาพอับอากาศดังได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น ประกอบกับภายในห้องตรวจรักษาแบคทีเรียยังมาจากสภาพแวดล้อมและกิจกรรมภายในห้องอีกด้วย เช่น จากการเปิดเครื่องปรับอากาศ การฟุ้งกระจายจากขยะติดเชื้อ กิจกรรมการรักษา ทำแผล การพูดคุย ไอ จาม จากผู้มาใช้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน [8]

ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปริมาณแบคทีเรียในอากาศ ($r = 0.287$, $p < 0.001$) เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมักทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของแบคทีเรีย และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดแบคทีเรีย โดยพบว่าการทำความสะอาดอุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในห้อง เช่น พื้น ผนัง เฟอร์นิเจอร์ เครื่องใช้สำนักงาน เครื่องปรับอากาศ พัดลมระบายอากาศ พัดลมตั้งโต๊ะ ที่ไม่ถูกวิธี และความถี่ในการทำความสะอาดที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งไม่เป็นไปตามข้อกำหนด สามารถส่งผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิอร อริโยทัย และคณะ (2547)[15] ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ พบว่า เชื้อวัณโรคมีคุณสมบัติทนต่อกรด ความแห้ง สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานในบริเวณที่ชื้น แสงแดดไม่จัด เมื่อมีลมแรงหรือมีการกวาดพื้นจะเป็นฝอยละอองขนาดเล็กฟุ้งกระจายไปในอากาศเข้าสู่ปอดทางการหายใจได้ [นอกจากนั้น อาคารหรือบ้านเรือนที่ไม่สะอาดมีอัตราส่วนของโอกาสเกิดการป่วยเป็นวัณโรค 37.5 เท่าของอาคารหรือบ้านเรือนที่มีสภาพสะอาด ซึ่งการทำความสะอาดเครื่องนอนมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดการป่วยวัณโรค [16] นอกจากความสะอาดภายในอาคารที่ส่งผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศแล้วนั้น การทำความสะอาดแผงหน้ากากกรองอากาศของเครื่องปรับอากาศก็มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศเช่นกัน ปิยะพงษ์ ชุมศรีและคณะ (2550) [17] ทำการศึกษาปริมาณแบคทีเรียเมื่อมีการทำความสะอาดแผงหน้ากากกรองอากาศของเครื่องปรับอากาศ พบว่า ปริมาณแบคทีเรียในอากาศเพิ่มขึ้น 2–8 เท่าตัวในช่วงเวลา 4 สัปดาห์ นับจากมีการทำความสะอาดแผงหน้ากากกรองอากาศของเครื่องปรับอากาศ ดังนั้น การทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศเดือนละหนึ่งครั้งนั้นไม่เพียงพอต่อการควบคุมคุณภาพอากาศ

3. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า จำนวนคน ปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ (การทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ การทำความสะอาดพัดลมระบายอากาศ การทำความสะอาดและรวบรวมมูลฝอยทั่วไป และการทำความสะอาดพัดลมตั้งพื้น/พัดลมติดผนัง) ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย (การพบฝุ่นภายในห้องตรวจรักษา และอุณหภูมิภายในห้องตรวจรักษามากกว่า 26^0C) ความเร็วลม และปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ (การฟุ้งกระจาย) สามารถร่วมกันทำนายปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 54.3 ซึ่งจำนวนคนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายปริมาณแบคทีเรียในอากาศสูงสุด รองลงมาเป็นปัจจัยกิจกรรมที่ทำให้เกิดแบคทีเรียในอากาศ ปัจจัยการแพร่กระจายของแบคทีเรียในอากาศ ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแบคทีเรีย และความเร็วลม ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อที่มีผลต่อปริมาณแบคทีเรียในอากาศภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังกล่าว เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกัน

เฝ้าระวังและลดความเสี่ยงการได้รับเชื้อแบคทีเรียในอากาศ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัยของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากงบประมาณรายได้ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2558 และได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีงบประมาณ 2560 ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบร่วมข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ภารดี ช่วยบำรุง คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลับบูรพาที่ให้ความอนุเคราะห์เครื่องมือในการเก็บตัวอย่างตลอดงานวิจัย และขอขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ที่อนุเคราะห์เครื่องมือและสถานที่ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561. สืบค้น 26 มิถุนายน 2561, จาก http://plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/meetting30_1/page1.html
2. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, เกษม เวชสุทธานนท์ และ ศุภกิจ ศิริลักษณ์. (2552). **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.** กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี จำกัด.
3. กันยา บุญธรรม. (2553). **รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องปีงบประมาณ 2552**. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
4. รจฤดี โชติกาวินทร์ ภารดี อายา มนัสนันท์ พิบาลวงศ์ และ เอกพงษ์ สุดสาว. (2559). **การประเมินคุณภาพอากาศภายในอาคารสาธารณะจังหวัดชลบุรี**. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 6 ณ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช วันที่ 25 พฤศจิกายน 2559.
5. Ekhaise F.O., Ighosewe O.U., & Ajakpovi O.D. (2008). Hospital Indoor Airborne Microflora in Private and Government Owned Hospitals in Benin City, Nigeria. **World Journal of Medical Sciences**, 3(1): 19-23.
6. อิสยา จันทร์วิทยานุชิต และ วัชรินทร์ รังษีภาณุรัตน์. (2556). **แบคทีเรียทางการแพทย์.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
8. รจฤดี โชติกาวินทร์. (2559). คุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ในสถานศึกษาปฐมวัย. **วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ,** 19(1): 84–95.
9. ศิริลักษณ์ วงษ์วิจิตสุข. (2553). อันตรายและการควบคุมจุลินทรีย์ในอากาศภายในโรงงานอุตสาหกรรม. **วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ,** 13(26): 65-80.
10. Chuaybamroong, P., Choomseer, P., & Sribenjalux, P. (2008). Comparison between Hospital Single Air Unit and Central Air Unit for Ventilation Performances and Airborne Microbes. **Aerosol and Air Quality Research**, 8(1): 28-36.
11. วันทนี พันธุ์ประสิทธิ์. (2555). **สุขศาสตร์อุตสาหกรรม: การประเมิน:หน่วยที่ 12 การประเมินสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ.** นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
12. Katerina, K. & Jitka, H. (2003). Hospital Indoor Environment : Screening for Micro-Organisms and Particulate Matter. **Journal of Indoor and Built Environment**, 12: 61-67.
13. ธีรวงศ์ มีชื่น. (2553). **ความแปรปรวนของความเข้มข้นฝุ่นและปริมาณแบคทีเรียในอากาศกับการระบายอากาศและกิจกรรมภายในห้องของโรงพยาบาลกลาง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

14. จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ. (2555**). คุณภาพอากาศภายในอาคาร ในสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและการประเมิน (หน่วยที่ 15).** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

15. นิอร อริโยทัย, สายใจ สมิทธิการ และ บุญเชิด กลัดพ่วง. (2547). การสูบบุหรี่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็นวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อ. **วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต**, 26(3): 167-173.

16. ศรีธณา ศรีทา. (2553). **ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

17. ปิยะพงษ์ ชุมศรี, พิพัฒน์ ศรีเบญจลักษณ์ และ ภารดี ช่วยบำรุง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการใช้งานของแผงหน้ากากกรองอากาศกับปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ในบรรยากาศของโรงพยาบาล. **วิศวกรรมสิ่งแวดล้อมไทย**, 21(2): 79-91.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การวิจัยนำร่องการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง

A pilot study : Development of oral health care home visit in homebound and bedridden elderly, Amphur Thoen, Lampang Province

จุฑารัตน์ รัศมีเหลืองอ่อน[1] , ขวัญชนก สุขช่วย[2]

Jutarat Rasmeruanon[1] , Kwanchanok Suksai[2]

(Received: June 10 ,2018 ; Accepted: July 12 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยนำร่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง วิธีดำเนินการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ P-D-C-A ดำเนินการวิจัย 1 วงจร 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์บริบทและวางแผนพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 ทดลองใช้รูปแบบและเครื่องมือที่วางแผนไว้ ระยะที่ 3 การติดตามตรวจสอบผล และระยะที่ 4 การดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดำเนินงานที่ใช้ในการวิจัยคือการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากและประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากช่วยในการดำเนินการ ผู้ออกเยี่ยมบ้านคือทันตแพทย์จำนวน 4 คน ก่อนดำเนินการได้ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจแนวทางการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากแก่ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลประจำ การประสานงานติดตามดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปรับมาตรฐานการตรวจประเมินด้วยเครื่องมือที่กำหนด กำหนดระยะเวลาในระยะทดลองใช้รูปแบบ 12 เดือน ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียงทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 117 คน เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 80 คน ติดเตียง 33 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ 1) แบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว 2) แบบประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปาก 3)แบบสังเกตวิธีการและทักษะการทำความสะอาดช่องปากขณะฝึกปฏิบัติในผู้ป่วย 4) แบบสอบถามความคิดเห็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากในทีมสหวิชาชีพมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงและผู้ดูแลได้รับการสอนวิธีทำความสะอาดช่องปากที่ได้ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด ผู้ป่วยและญาติสามารถทำความสะอาดช่องปากได้อย่างถูกต้อง หลังการเยี่ยมบ้าน 2 เดือนมีค่าเฉลี่ยการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านลดลงจาก 3.30 เป็น 2.41 และในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงลดลงจาก 3.94 เป็น 3.06 ในระยะที่ 4 มีการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้ได้ความครอบคลุมการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น โดยจัดอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดเครือข่ายในการติดตามดูแลสุขภาพช่องปาก โดยสรุปรูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เครื่องมือช่วยประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากตามการศึกษานี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

Abstract

The objective of this study was to find out a proper model of oral health care home visit for homebound and bedridden elderly. Followed the quality improvement concept, this study was conducted in one Plan-Do-Check-Act cycle-4 phases: 1.context studied and planned 2.implemented the plan 3.checked the results 4.Acted for more improvement. The model designed for this study was the multidisciplinary home visit oral health care with the use of oral health assessment tools (OHAT) and mouth care risk assessment (MCRA). Home visit were performed by 4 calibrated dentists. The oral assessments, care plans, oral health care education and training by hands-on approach with the elderly and resident-caregiver were done during the home visit process. Population in this study was all patients of home visit multidisciplinary team who meet the inclusion criteria of this study. By the limited time frame of phase 2 (implement the plan) for 12 months, 80 homebound, 33 bedridden and 4 palliative elderly were included for this study. Materials used for this study were 1) oral health assessment tools 2) mouth care risk assessments 3) method and skill of oral health care observation form and 4) volunteer-caregiver opinion questionnaire. Data analysis was the content analysis and descriptive statistics analysis (mean, frequency distribution and percentage). Results

[1] ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

[2] ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง

homebound and bedridden group respectively. The elderly with oral cleanliness and dental pain problems were followed up and had better status. The homebound and bedridden had significant lower mean OHAT score ($p < 0.05$). Mean OHAT score of homebound was 3.30 at baseline and two-month follow-up was 2.41, mean OHAT score of bedridden was 3.94 at baseline and two-month follow-up was 3.06. For increasing coverage of oral health care, 65 volunteer-caregivers were educated to use OHAT, MCRA and to teach proper mouth care techniques to the elderly and their resident-care givers. Volunteer-caregivers opinion about their mouth care knowledge and skill, ability to teach other, ability to use OHAT and MCRA was in good level (mean score 4.59). In summary, oral health care home visit in multidisciplinary team and the uses of OHAT and MCRA in this study was a proper model for improving oral health of homebound and bedridden elderly.

Keywords: home visit, oral health, home bound and bedridden elderly

บทนำ

โรคและสภาวะสุขภาพช่องปากมีผลกระทบทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการการการรับประทานอาหาร การพูดคุยได้อย่างสะดวกสบายและความรู้สึกมีความสุขต่อภาพลักษณ์ของตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีมาตรฐานในการตรวจประเมินและดูแลสุขภาพช่องปากตลอดช่วงชีวิต ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มักมีปัญหาด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค [1] ได้รับยาที่มีผลต่อภาวะปากแห้ง และมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพช่องปากหากไม่ได้รับการดูแลอนามัยในช่องปากอย่างเพียงพอ นอกจากนั้นการทำความสะอาดช่องปากยังช่วยลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโดยเฉพาะปัญหาปอดติดเชื้อจากการสำลัก [2] โดยสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราลงได้ถึง 1 ใน 10 [3] การดูแลสุขภาพช่องปากโดยมุ่งเน้นแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาโดยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจะช่วยให้มีการคงสภาพสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไปได้ [4] [5] [6]

อำเภอเถิน มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีพ.ศ.2558 อำเภอเถินมีประชากรทั้งสิ้น 42,628 คน [7] เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 23.91 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.11ในปี พ.ศ. *2559* อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ[3] อัตราส่วนของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงานอายุ 15-59 ปี 100 คน) เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 40.61ในปี 2558 เป็นร้อยละ 43.38 ในปี 2559 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลประชากรสูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558 ซึ่งมีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุร้อยละ 23.88 จะเห็นได้ว่าอำเภอเถินมีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเกือบสองเท่า ปี พ.ศ. 2559 อำเภอเถิน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 11639 คน เป็นกลุ่มติดสังคม 11338 คน ติดบ้าน 238 คน ติดเตียง 63 คน มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ (community-based long term care) และมีการออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมหมอครอบครัวระดับตำบลในการออกเยี่ยมบ้านนั้นส่วนใหญ่เป็นการดูแลปัญหาสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นหลัก ยังไม่มีการดูแลในด้านสุขภาพช่องปากและไม่มีทันตบุคลากรร่วมในทีม การหารูปแบบและแนวทางการทำงานที่เหมาะสม การกำหนดเป้าหมายการทำงานด้านสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้และรวมถึงการเรียนรู้การใช้เครื่องมืออย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อนำมาใช้ในการช่วยดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและวัดผลได้เป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าเครื่องมือประเมินสุขภาพช่องปากที่มีการแนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีหลายชนิดเช่น Brief oral health status examination (BOHSE), Oral Health Assessment Tools (OHAT), Mouth Care Risk Assessment (MCRA) เครื่องมือเหล่านี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานของต่างประเทศ ในบริบทที่เป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีพยาบาลหรือผู้ดูแลประจำคอยดูแล แต่ในประเทศไทยซึ่งมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่ได้อยู่ในศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดังในต่างประเทศนั้นจะสามารถใช้เครื่องมือดังกล่าวและจัดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด BOHSE [8] เป็นเครื่องมือตรวจคัดกรอง

สภาวะช่องปากออกแบบมาให้ใช้โดยพยาบาล ตรวจประเมิน 10 ข้อ มีคะแนนประเมินเป็น 3 ระดับ คะแนนสูงหมายถึงมีปัญหามาก การตรวจเริ่มจากการคลำต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอไปจนถึงการตรวจภายในช่องปากโดยใช้เครื่องมือในการตรวจคือ ไฟฉาย ไม้กดลิ้นและผ้าก๊อซ OHAT[9]เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากเบื้องต้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว มีการนำไปใช้อ้างอิงในหลายการศึกษา[10] [11] [12] [13] มีความเชื่อถือได้และความถูกต้องออกแบบมาให้ใช้โดยผู้ดูแลประจำศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตรวจประเมินภายใต้แสงจากไฟฉายโดยไม่ใช้เครื่องมือในการตรวจ การประเมินตามOHAT บอกสถานะสุขภาพช่องปากที่เข้าใจได้ง่าย โดยมีการตรวจประเมินใน 8 หัวข้อ ดังนี้ ริมฝีปาก,ลิ้น,เหงือกและเนื้อเยื่ออ่อน,น้ำลาย,ฟันธรรมชาติ,ฟันเทียม,ความสะอาดช่องปากและอาการเจ็บปวดในช่องปาก ในแต่ละข้อมีคะแนน 3 ระดับคือ 0, 1, 2 MCRA [14] เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงในการให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามสถานะสุขภาพและระดับความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ 1) กลุ่ม Healthy หมายถึง กลุ่มที่รู้สึกตัวดี กินอาหารและดื่มน้ำเองได้โดยไม่ต้องช่วยเหลือ 2) กลุ่ม Changes หมายถึง กลุ่มที่ต้องการการช่วยเหลือบ้าง มีภาวะกลืนลำบาก 3) กลุ่มUnhealthy หมายถึง กลุ่มที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่รู้สึกตัว อาจมีท่อช่วยหายใจ มีความเจ็บป่วยรุนแรง ผลการประเมินตาม MCRA ช่วยในการเลือกวิธีการดูแลอนามัยในช่องปากตามความเหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยนำร่องมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากที่สุด โดยเลือกใช้เครื่องมือ OHAT และ ประยุกต์ใช้ MCRA ช่วยในการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

วิธีการวิจัย

วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ P-D-C-A ดำเนินการวิจัย 1 วงจร 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวางแผน ระยะที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ ระยะที่ 3 การติดตามตรวจสอบ และระยะที่ 4 การดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง วิธีดำเนินการวิจัย ระยะที่ 1 โดยการประชุมระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ระบบงาน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ เพื่อค้นหาปัญหาส่วนขาดและโอกาสพัฒนาจากการทำงานที่ผ่านมา วางแนวทางการพัฒนากระบวนการทำงาน กำหนดรูปแบบการทำงาน ระยะที่ 2 เป็นการทดลองใช้รูปแบบที่ได้วางแผนไว้ ศึกษากระบวนการทำงานโดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในขณะออกปฏิบัติงานจริง และการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน ระยะที่ 3 วิเคราะห์ผลการใช้รูปแบบโดยการประชุมระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนร่วมในการทำงาน วิเคราะห์ผลการประเมินผู้ป่วย และระยะที่ 4 สรุปและดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการดำเนินงาน 18 เดือน (ธันวาคม 2559 - พฤษภาคม2561)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การศึกษาด้านกระบวนการ และ 2) การศึกษาด้านผลลัพธ์ต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ด้านกระบวนการทำการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและให้ข้อมูลด้านกระบวนการทำงานแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าศูนย์การดูแลต่อเนื่องอำเภอเถิน เภสัชกร โภชนากร แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด รวม 5 คน หัวหน้างานผู้สูงอายุอำเภอเถิน 1 คน ตัวแทนผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(care manager) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน ทันตแพทย์และทันตาภิบาล 10 คน รวม 18 คน ในระยะทดลองใช้รูปแบบประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามเกณฑ์คู่มือการดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลลำปางและเครือข่ายสุขภาพ เป้าหมายดังกล่าว ได้แก่ ครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนมีความยุ่งยากในการดูแลต้องการการดูแลจากผู้อื่นเกือบทั้งหมด และครอบครัวที่มี

ปัญหาสุขภาพที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนแต่ยังสามารถดูแลตัวเองได้บางส่วนที่ได้รับการส่งปรึกษามาจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกกลุ่มศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเวลาระยะทดลองใช้รูปแบบ 12 เดือน ได้จำนวนกลุ่มศึกษา 117 คน เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน 80 คน ติดเตียง 33 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านกระบวนการทำงาน ได้แก่ แบบบันทึกการประชุมระดมความคิดเห็นในระยะที่ 1-4 ของการศึกษาและแบบบันทึกหลังการปฏิบัติงานในขั้นตอนทดลองใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการและรวบรวมข้อมูลด้านผู้ป่วย ได้แก่

แบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว (OHAT) ทำการตรวจประเมินภายใต้แสงจากไฟฉาย โดยผู้ป่วยนั่งหรือนอนบนเตียงให้ผู้ป่วยอ้าปาก ผู้ตรวจใส่ถุงมือตรวจโดยใช้ตาเปล่าไม่ใช้เครื่องมือในการตรวจ ใช้นิ้วมือหรือด้ามแปรงสีฟันช่วยในการถ่างปากและกระพุ้งแก้มเพื่อตรวจภายในช่องปาก ตรวจประเมิน 8 หัวข้อ ดังนี้ 1.ริมฝีปาก 2. ลิ้น 3. เหงือกและเนื้อเยื่ออ่อน 4.น้ำลาย 5. ฟันธรรมชาติ 6.ฟันเทียม 7. ความสะอาดช่องปาก 8. อาการเจ็บปวดในช่องปาก ในแต่ละข้อแบ่งคะแนนประเมินเป็น 3 ระดับคือ 0,1,2 คะแนน 0 หมายถึงการมีสภาวะของสิ่งที่ตรวจในข้อนั้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ(healthy) คะแนน 1 หมายถึง การมีความเปลี่ยนแปลง(changes)ไปจากภาวะปกติควรได้รับการดูแลหรือมี intervention/mouth care เพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ และคะแนน 2 หมายถึง การมีลักษณะของสิ่งที่ตรวจที่เป็นปัญหามาก(unhealthy) ควรได้รับการส่งต่อไปพบทันตแพทย์ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย โดยมีคะแนนเต็มแต่ละรายเท่ากับ 16 คะแนนสูงหมายถึงการมีระดับปัญหามาก รายละเอียดเกณฑ์การประเมินแสดงในตาราง 1 สำหรับในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์การแปลผลการประเมินเพิ่มเติมเพื่อต้องการทราบสัดส่วนปัญหาสุขภาพช่องปากในภาพรวม จึงใช้คะแนนที่มากที่สุดของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นผลสรุปของผู้ป่วยรายนั้น เช่น หากมีผลการประเมินข้อใดข้อหนึ่งใน 8 ข้อ เท่ากับ 2 ผู้ป่วยรายนั้นจะถูกนับเป็นผู้ป่วยที่มีระดับปัญหามาก หากมีข้อใดข้อหนึ่งมีคะแนนเท่ากับ 1 ผู้ป่วยรายนั้นจะถูกนับเป็นผู้ป่วยที่เริ่มมีปัญหามีความเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติ เป็นต้น

แบบประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปาก (mouth care risk assessment : MCRA) แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามสถานะสุขภาพ และระดับความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ 1) กลุ่ม healthy หมายถึง กลุ่มที่รู้สึกตัวดี กินอาหารและดื่มน้ำเองได้โดยไม่ต้องช่วยเหลือ 2) กลุ่ม changes หมายถึง กลุ่มที่มีการสับสนด้านการสื่อสาร มีภาวะกลืนลำบาก อาจต้องช่วยป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ต้องการการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปากบ้าง เช่น อาจต้องช่วยแปรงฟันให้ 3) กลุ่ม unhealthy หมายถึง กลุ่มที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ ไม่รู้สึกตัว อาจมีท่อช่วยหายใจ หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรง ต้องการการช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพช่องปากมากอาจต้องใช้ผู้ช่วยเหลือ 2 คน การจำแนกประเภทผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มมี mouth care plan ที่แตกต่างกัน ในการศึกษานี้ได้จัดทำ mouth care plan guideline โดยประยุกต์จากคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง [15] [16] เป็นแนวทางแบบง่ายเพื่อให้ทันตแพทย์ที่ออกปฏิบัติงานสามารถให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มได้ในแนวทางเดียวกัน ดังนี้ ผู้ป่วยในกลุ่ม MCRA-low risk สามารถให้การดูแลสุขภาพช่องปากได้เกือบเหมือนปกติ แนะนำให้ใช้ mouth care plan A เน้นการแปรงฟันด้วยตนเอง อาจจะต้องมีการปรับแต่งอุปกรณ์ในการแปรงฟัน จัดเตรียมอุปกรณ์หรือจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผู้ป่วยในกลุ่ม MCRA-medium risk มีอาการกลืนลำบาก เสี่ยงต่อการสำลัก หรือสับสน ลืมง่าย แนะนำใช้ mouth care plan B ต้องระมัดระวังเรื่องการสำลัก สามารถแปรงฟันได้โดยต้องมีผู้ช่วย และจัดท่านั่งให้เหมาะสมคือเอียงตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง ในบางรายที่รู้สึกตัวดีแต่เสี่ยงสำลักสูง แนะนำให้ใช้วิธีการแปรงแบบ Mob and Go [17] ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่ม MCRA-high risk ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่รู้สึกตัว ไม่ทานทางปาก หรือมีการให้อาหารทางสายยาง (NG tube) การดูแลสุขภาพช่องปากใช้ mouth care plan C ต้องระมัดระวังการสำลักซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด aspiration pneumonia

ตามมา แนะนำให้ผู้ดูแลใช้ผ้าก็อซชุบน้ำยาบ้วนปาก คลอเฮกซิดีน 0.12 % เช็ดทำความสะอาดภายในช่องปาก อย่างไรก็ตามในการจัดทำmouth care planในผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีการปรับปรุงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากในรายละเอียดให้เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วยให้มากที่สุด เกณฑ์การประเมินแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 Mouth care risk assessment (MCRA)

	low risk	medium risk	high risk
health status	alert, able to eat&drink unaided.	apathetic,intermittent systemic pain/dysphagia. Required nutritional support eg.supplement or tube fed	unable to cooperate, unconscious,intubated,severe pain, no nutritional or fluid intake,oxygen therapy, mouth breathing
level of support required for mouth care	no assistance required	required assistance with mouth care:- verbal/physical prompting/hand on hand support	depended on others for mouth care & may required more than 1 person to assist.
mouth care plan	A	B	C

แบบสังเกตทักษะการทำความสะอาดขณะฝึกปฏิบัติ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนนเป็น 5 ระดับ คะแนนดีที่สุดคือ 5 โดยผู้วิจัยทำการสังเกตตลอดกระบวนการและบันทึกคะแนนขณะเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

กำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน ศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้องโดยการศึกษาจากเอกสาร งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เครื่องมือและแบบประเมินที่เหมาะสม และการดำเนินงานของฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องในองค์กรในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำการประชุมระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ระบบงาน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ เพื่อค้นหาปัญหาส่วนขาดและโอกาสพัฒนาจากการทำงานที่ผ่านมา วางแนวทางการพัฒนากระบวนการทำงาน นำข้อมูลมาสังเคราะห์และดำเนินการร่างระบบการทำงาน กำหนดเป็นรูปแบบการทำงานเพื่อทดลองใช้

ระยะที่ 2 การนำไปปฏิบัติ เป็นการทดลองใช้รูปแบบและเครื่องมือประเมินตามที่ได้วางแผนไว้ ศึกษากระบวนการทำงาน โดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในขณะออกปฏิบัติงานจริงและการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน โดยมีการเตรียมความพร้อมให้กับทันตแพทย์ผู้ออกปฏิบัติงาน 4 คน ประชุมชี้แจงอบรมเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทำความเข้าใจเกณฑ์ที่ใช้ในแบบประเมินและปรับมาตรฐานการใช้แบบประเมินที่ออกแบบไว้ทดสอบความสอดคล้องในการประเมิน ได้ค่า Kappa 0.95 ดำเนินการออกปฏิบัติงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโดยผู้วิจัยทำการประเมินและบันทึกความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปาก จัดทำแผนการดูแลสุขภาพช่องปาก (mouth care plan) สอนวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรงโดยการฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุตามวิธีการดูแลที่ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายมากที่สุด ผู้วิจัยทำการสังเกตทักษะการทำความสะอาดช่องปากตลอดกระบวนการและบันทึกให้คะแนน

ระยะที่ 3 การติดตามตรวจสอบและวัดผลกระบวนการทำงาน กำหนดขั้นตอนการติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงาน คือ

1. การประเมินผลการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในทีมสหสาขาวิชาชีพและประโยชน์ของเครื่องมือที่นำมาใช้ช่วยในการดำเนินงาน โดยการประชุมระดมความคิดเห็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งหมด

2. การประเมินผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

2.1 การประเมินผลขณะออกเยี่ยมโดยใช้การสังเกตทีมผู้วิจัยสังเกตทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในขณะฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากตลอดกระบวนการในขณะที่ออกเยี่ยมบ้าน

2.2 การติดตามผลหลังการออกเยี่ยม ผู้วิจัยดำเนินการติดตามประเมินซ้ำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความสะอาดในช่องปากและมีปัญหาด้านความเจ็บปวดในช่องปากหลังการออกเยี่ยมครั้งแรก 2 เดือน

2.3 การติดตามให้การดูแลรักษาแก่ผู้สูงอายุและญาติที่สมัครใจรับการรักษาทางทันตกรรมตามคำแนะนำ ผู้วิจัยดำเนินการ ประสานงานนัดหมาย อำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง ให้การรักษาและติดตามผลการรักษาตามความเหมาะสม

ระยะที่ 4 สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียงและการดำเนินการปรับปรุงกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองการทำการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เลขที่ 66/60 ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2560 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ทุกขั้นตอน

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวางแผน จากการศึกษาบริบทที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ผ่านมา เป็นการดูแลแบบเชิงรับให้การรักษาเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยที่พบคือผู้ป่วยติดเตียงที่มีปัญหาการติดเชื้อในช่องปากที่ได้รับการส่งต่อมาจากหอผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาเพื่อขอคำปรึกษาหรือรับการรักษาที่แผนกทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากแต่ทุกรายที่พบ มีสภาพช่องปากไม่สะอาดและญาติไม่รู้วิธีการทำความสะอาดที่ถูกต้อง ด้านปัจจัยนำเข้าไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ด้านกระบวนการทำงาน ไม่มีการกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน ด้านส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินงานร่วมอบรมให้ความรู้เพิ่มศักยภาพแก่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกับงานผู้สูงอายุ 1 ครั้งแต่ยังไม่มีการวางแผนการดำเนินงานต่อเนื่อง และจากการทบทวนการทำงานของฝ่ายอื่นๆในองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า มีการจัดทีมออกเยี่ยมบ้านเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพสัปดาห์ละ 1 วันแต่ยังไม่มีทันตบุคลากรเข้าร่วมปฏิบัติงานในทีม การวางแผนรูปแบบการดำเนินงานจึงมีเข็มมุ่งคือ เน้นการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ การทำงานเป็นทีมและดำเนินการเชิงรุกโดยการออกเยี่ยมบ้านในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิด โดยการฝึกปฏิบัติจริง (hands-on approach)

ระยะที่ 2 ดำเนินการตามแผน มีกิจกรรมที่สำคัญคือ 1. การเยี่ยมบ้านโดยทันตแพทย์ในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยและญาติ ฝึกปฏิบัติวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ป่วยและญาติทุกรายและประเมินทักษะการทำความสะอาดช่องปากโดยการสังเกต 2. ประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากและประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 3. การติดตามผู้สูงอายุหลังการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสะอาดในช่องปากอยู่ในระดับที่มีปัญหาและกลุ่มที่มีปัญหาความเจ็บปวดในช่องปาก 4.บริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วยที่สมัครใจรับบริการทันตกรรมตามคำแนะนำ ติดตามประสานงานอำนวยความสะดวกด้านการเดินทาง การนัดหมายและให้การรักษาทางทันตกรรมตามความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ

ระยะที่ 3 ผลการติดตามตรวจสอบและวัดผลรูปแบบการทำงาน

<u>ผลการศึกษาด้านกระบวนการและรูปแบบการเยี่ยมบ้าน</u> รูปแบบการทำงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในการศึกษานี้ใช้การจัดบริการแบบบูรณาการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย ทันตแพทย์ พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร แพทย์แผนไทย โดยใช้เครื่องมือช่วยประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากตามที่วางแผนไว้ในระยะที่ 1 พบว่าการเยี่ยมบ้านในทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ทันตแพทย์ได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการประเมินผู้ป่วยจากสมาชิกในทีมและ

สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ สภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย สภาวะโรคประจำตัว ความเสี่ยงในการสำลัก ความสามารถในการกินและดื่มน้ำ การใช้ยา ระดับความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย และภาวะโภชนาการ ซึ่งมีประโยชน์ในการประเมินสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมและวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากโดยตรงต่อผู้ดูแลประจำหรือตัวผู้สูงอายุเอง ทำให้สามารถประเมินทักษะความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากและประยุกต์ใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้มากที่สุด โดยมีผลการประเมินทักษะการทำความสะอาดช่องปากในขณะฝึกปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 4.64 และ 4.7 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.5 นอกจากนั้นการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลประจำในเรื่องการดูแลภาวะโภชนาการ การเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยาอย่างถูกต้อง การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนสายยางให้อาหารและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสม

ผลการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากและประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากที่ออกแบบไว้ในการศึกษานี้ พบว่าการใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีประโยชน์ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุและเลือกใช้ mouth care plan ที่เหมาะสม โดยประยุกต์จาก mouth care plan ที่จัดทำขึ้นเป็นแนวทางกว้างๆ แล้วปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การใช้แบบประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก มีประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนในการดูแลปัญหาสุขภาพช่องปาก สามารถบอกขนาดของปัญหาและอวัยวะที่เป็นปัญหา ใช้เป็นข้อมูลในการติดตามดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและวิเคราะห์สรุปในภาพรวมเพื่อดูแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

<u>ผลการศึกษาด้านสภาวะสุขภาพช่องปากและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย</u> ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงทั้งหมด 117 คน อายุเฉลี่ย 74.2 ปี โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีญาติเป็นผู้ดูแลประจำ มีเพียง 3 คนที่จ้างผู้ดูแล

ตาราง 2 ผลการประเมินความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปาก

	low risk		medium risk		high risk		all
	n	percent	n	percent	n	percent	
homebound	66	82.50	13	16.25	1	1.25	80
bedridden	10	30.30	12	36.36	11	33.33	33
palliative	0	0.00	1	25.00	3	75.00	4

จากตาราง 3 ผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากต่ำ(ร้อยละ 82.5) ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง(ร้อยละ 36.36 และ 33.33)ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มมีความเสี่ยงสูง(ร้อยละ 75)

ตาราง 3 สรุปผลการตรวจประเมินสุขภาพช่องปากในภาพรวม

	score = 0 healthy		score = 1 changes		score = 2 unhealthy		OHAT score	
	n	percent	n	percent	n	percent	mean	SD
homebound	22	27.5	34	42.5	24	30.0	2.09	1.86
bedridden	6	18.2	17	51.5	10	30.3	2.88	2.19
palliative	0	0	0	0	4	100.0	6.50	2.08

จากตาราง 3 ผู้สูงอายุติดบ้านมีสภาวะช่องปากอยู่ในเกณฑ์ปกติ 22 คน(ร้อยละ 27.5) เริ่มมีความเปลี่ยนแปลง 34 คน(ร้อยละ 42.5) มีปัญหาสุขภาพช่องปากมาก 24 คน(ร้อยละ 30) พบว่าผู้สูงอายุ 1 คน อาจมีปัญหาในช่องปากมากกว่า 1 ด้าน เช่น มีปัญหาด้านฟันผุฟันโยก ร่วมกับมีปัญหาความสะอาด หรือมีปัญหาด้านฟันเปลอมร่วมกับปัญหาลิ้นเป็นฝ้าขาวหนาหรือมีแผลในช่องปากร่วมกับปัญหาด้านความเจ็บปวด เป็นต้น ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 33 คน มีสภาวะช่องปากปกติ 6 คน(ร้อยละ 18.2) เริ่มมีความเปลี่ยนแปลง 17 คน(ร้อยละ 51.4) มีปัญหามาก 10 คน(ร้อยละ 30.3) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 คน ทุกคนมีสภาวะช่องปากอยู่ในระดับมีปัญหามาก ค่าเฉลี่ยสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และระยะสุดท้าย มีค่า 2.09, 2.88 และ 6.50 ตามลำดับ พบว่ามีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากมากควรได้รับการส่งต่อพบทันตแพทย์มากถึงร้อยละ 30 ปัญหาสุขภาพช่องปากแต่ละด้านในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงในตารางที่ 5,6,7 ตามลำดับ

ตาราง 4 ผลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วย**ติดบ้าน**

	score 0 healthy		score 1 changes		score 2 unhealthy		
categories	n	percent	n	percent	n	percent	all
lips	73	91.3	7	8.8	0	0.0	80
tongue	54	67.5	24	30.0	2	2.5	80
gums and tissues	72	90.0	4	5.0	4	5.0	80
saliva	75	93.8	5	6.3	0	0.0	80
natural teeth	23	35.9	27	42.2	14	21.9	64
denture(s)	4	33.3	3	25.0	5	41.7	12
oral cleanliness	46	57.5	27	33.8	7	8.8	80
dental pain	74	92.5	6	7.5	0	0.0	80

จากตาราง 4 ผู้สูงอายุติดบ้านทั้งหมด 80 คน เป็นผู้สูงอายุไร้ฟัน 16 คน ใส่ฟันเทียม 12 คน ปัญหาที่พบเป็นสัดส่วนมากที่สุดคือปัญหาฟันเทียมสกปรกชำรุด ผลการประเมินในข้อฟันเทียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4 คน เริ่มมีปัญหา 3 คน มีปัญหามาก 5 คน ทั้ง 5 คนเป็นปัญหาใส่ฟันปลอมเถื่อนมีจุ๊บยางสภาพสกปรก ปัญหาด้านฟันธรรมชาติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ 23 คน (ร้อยละ 35.9)เริ่มมีปัญหา 27 คน(ร้อยละ42.2) มีปัญหามาก 14 คน(ร้อยละ21.9) เป็นปัญหาฟันโยกฟันผุควรได้รับการรักษาโดยการถอนฟัน ผลการประเมินด้านความสะอาดพบว่าความสะอาดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 46 คน(ร้อยละ 57.5) เริ่มมีปัญหา 27 คน(ร้อยละ 33.8) มีปัญหามาก 7 คน(ร้อยละ 8.8) ผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาริมฝีปากแห้งเล็กน้อย 7 คน ทุกคนได้รับคำแนะนำการดูแลโดยให้จิบน้ำและทาวาสลินเพิ่มความชุ่มชื้น ปัญหาลิ้นมีลักษณะลิ้นเป็นฝ้าขาวหนา 2 คน ได้ให้คำแนะนำวิธีการแปรงลิ้น ปัญหาด้านความเจ็บปวดในช่องปากพบว่ามีปัญหาความเจ็บปวดในช่องปาก 6 คน(ร้อยละ 7.5) เป็นปัญหาแผลในช่องปาก ปากแห้งแสบ ฟันยื่นยาวไม่มีคู่สบแทงเหงือก ปวดฟันเป็นบางครั้ง ทุกรายได้รับการดูแลโดยการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและวิธีการรักษาที่เหมาะสม ในรายที่ควรได้รับการรักษาโดยการถอนฟันหรือใส่ฟันเทียมและสมัครใจรับการรักษา ทีมผู้วิจัยดำเนินการประสานงานอำนวยความสะดวกด้านการเดินทางและนัดหมายบริการ

ตาราง 5 ผลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง

	score 0 healthy		score1 changes		score 2 unhealthy		
categories	n	percent	n	percent	n	percent	all
lips	23	69.7	9	27.3	1	3.0	33
tongue	18	54.5	13	39.4	2	6.1	33
gums and tissues	26	78.8	7	21.2	0	0.0	33
saliva	25	75.8	7	21.2	1	3.0	33
natural teeth	4	14.8	17	63.0	6	22.2	27
denture(s)	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1
oral cleanliness	15	45.5	18	54.5	0	0.0	33
dental pain	29	87.9	4	12.1	0	0.0	33

จากตาราง 5 ผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหามากที่สุดในเรื่องฟันธรรมชาติ โดยอยู่ในระดับ เป็นปัญหามาก สูงถึงร้อยละ 22.2 และ อยู่ในระดับเริ่มมีปัญหา ร้อยละ 63.0 รองลงมาเป็นปัญหาความสะอาดในช่องปาก โดยมีปัญหาในระดับเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติร้อยละ 54.5

ตาราง 6 ผลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย

	score 0 healthy		score1 changes		score 2 unhealthy		
categories	n	percent	n	percent	n	percent	all
lips	1	25.0	3	75.0	0	0	4
tongue	1	25.0	3	75.0	0	0	4
gums and tissues	2	50.0	2	50.0	0	0	4
saliva	1	25.0	3	75.0	0	0	4
natural teeth	0	0.0	2	50.0	2	50	4
denture(s)	0	0.0	0	0.0	0	0	0
oral cleanliness	0	0.0	0	0.0	4	100	4
dental pain	3	75.0	1	25.0	0	0	4

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายมีปัญหาความสะอาดในช่องปาก มีความเจ็บปวดในช่องปากแสบปาก 1 ราย มีปัญหาริมฝีปากลิ้น แห้ง ฟันผุโยก 3 ราย

ตาราง 7 ผลการติดตามสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มที่**มีปัญหาความสะอาดและ/หรือปัญหาความเจ็บปวดในช่องปาก**

		OHAT ครั้งที่ 1		OHAT ครั้งที่ 2		p-value
	คน	mean	SD	mean	SD	
ติดบ้าน	37	3.3	1.87	2.41	1.95	< 0.0001*
ติดเตียง	17	3.94	1.95	3.06	1.89	< 0.0001*
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	7.33	1.53	7.33	1.53	

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05**

จากการติดตามประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากซ้ำหลังการเยี่ยมบ้านครั้งแรก 2 เดือน ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีปัญหาด้านความสะอาดในช่องปากตั้งแต่ระดับเริ่มมีปัญหาและกลุ่มที่มีปัญหาด้านความเจ็บปวดในช่องปาก มีผู้สูงอายุติดบ้านที่เข้าเกณฑ์การประเมินซ้ำจำนวนทั้งสิ้น 37 คน พบว่าในจำนวนผู้สูงอายุ มีระดับความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับดีขึ้นจากการตรวจประเมินครั้งแรก 23 คน (ร้อยละ 62.16) ผู้สูงอายุทุกคนที่มีปัญหาความเจ็บปวดในช่องปากได้รับการดูแลรักษาตามความเหมาะสมได้แก่ การรักษาด้วยยา การถอนฟัน และปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตแพทย์จนไม่มีอาการเจ็บปวด มีผู้ได้รับบริการทำฟันปลอมใหม่ 2 คน ถอนฟัน 1 คน ผลการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย OHAT ครั้งแรก 3.3 ± 1.87 ครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 2.41 ± 1.95 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่เข้าเกณฑ์การติดตามซ้ำจำนวน 19 คน เสียชีวิตแล้ว 2 คน พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีระดับความสะอาดช่องปากอยู่ในระดับดีขึ้นจำนวน 7 คน และผู้สูงอายุที่มีปัญหาความเจ็บปวดในช่องปาก 4 คนได้รับการดูแลรักษาจนไม่มีอาการเจ็บปวด ผลการประเมินสภาวะช่องปากมีคะแนนเฉลี่ย OHAT ครั้งแรก 3.94 ± 1.95 ครั้งที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 3.06 ± 1.89 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการติดตามผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 4 คนเสียชีวิตแล้ว 1 คน ระดับความสะอาดในช่องปากและสภาวะสุขภาพช่องปากยังคงไม่เปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 4 การดำเนินการปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลที่ได้รับจากผลการศึกษาในระยะที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ การได้รับการสอนและฝึกแปรงฟันอย่างเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติใกล้ชิดจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองได้มากที่สุดนั้น สามารถทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะช่องปากที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการขยายผลการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จึงดำเนินการอบรมเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลและตรวจประเมินสุขภาพช่องปากโดยใช้เครื่องมือตามการศึกษานี้ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงพบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางและสูง ควรมีทันตบุคลากรช่วยดูแลจึงได้ทำการอบรมเพิ่มศักยภาพทันตาภิบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและการใช้แบบประเมินตามการศึกษานี้และมอบหมายให้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบทุกราย ผลการอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 65 คน พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนความคิดเห็นในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการใช้แบบประเมินที่กำหนดและสามารถนำความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงไปถ่ายทอดต่อได้อยู่ในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.59)

สรุปและอภิปรายผล

การทำงานเชิงรุกและการทำงานเป็นทีมโดยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถประเมินสุขภาพในภาพรวมและปัญหาด้านอื่นๆ นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ด้วย เช่น ปัญหาด้านความต้องการผู้ดูแลประจำซึ่งส่งผลต่อปัญหารายได้ของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ (2016) [18] ซึ่งพบว่าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการดูแลผู้ป่วยและในด้านค่าใช้จ่าย ดังนั้นในมุมมองของผู้ป่วยและญาติปัญหาสุขภาพช่องปากที่ยังไม่มีอาการเจ็บปวดจึงอาจเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยด้านต่างๆที่เผชิญอยู่ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ปฏิเสธการรับบริการทางทันตกรรม ถึงแม้จะมีการอำนวยความสะดวกด้านการเดินทางก็ตาม

อย่างไรก็ตามพบว่า การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลใกล้ชิด ดูแลความสะอาดช่องปากตัวเองได้มากที่สุด มีผลทำให้ผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชฎารัตน์ เกื้อสุข (2015)[19] ซึ่งศึกษารูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการปฐมภูมิพบว่าการเน้นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล บุคคลใกล้ชิด และการมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการวางเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตัวเองได้ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งสามารถป้องกันโรคและภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ เป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ การสอน

และฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากโดยตรงในผู้ป่วยแต่ละราย แก่ผู้ดูแลประจำซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิดนั้น มีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยซึ่งต้องการวิธีการดูแลที่แตกต่างกันไปในรายละเอียด ผู้ดูแลบางคนไม่เคยทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วย แต่เมื่อได้รับการสอนและฝึกปฏิบัติจริง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลอนามัยช่องปากให้ผู้ป่วยมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Frenkel (2001)[20] และ Khanaga (2015) [21] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นได้

การใช้เครื่องมือประเมินที่มีมาตรฐานและมีเกณฑ์การประเมินที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย นอกจากจะมีข้อดีในการมีข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลต่อเนื่องได้แล้ว ยังเป็นการสร้างเครือข่ายในการติดตามดูแลสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรในชุมชน ซึ่งเหมาะสมกับการทำงานในพื้นที่ซึ่งมีจำนวนทันตบุคลากรไม่มากพอในการติดตามดูแลผู้ป่วยทุกราย ข้อมูลที่ได้รับจากการประเมินด้วยเครื่องมือดังกล่าวช่วยในการจัดกลุ่มผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตามความรุนแรงของปัญหาและตามความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพช่องปาก และยังช่วยในการกำหนดเป้าหมาย และจัดระบบการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยสรุปรูปแบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เครื่องมือช่วยประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากตามการศึกษานี้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะ

การจัดทำ Mouth care plan ในการศึกษานี้ใช้การจัดทำแบบง่ายไม่ซับซ้อน มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางกว้างๆในการนำไปใช้งานออกเยี่ยมบ้านในเบื้องต้นและให้ผู้ใช้งานสามารถดำเนินงานออกเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกันได้ ในการศึกษานี้ผู้ที่ทำการออกเยี่ยมเป็นทันตแพทย์ซึ่งสามารถประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะและข้อพึงระวังของผู้ป่วยแต่ละราย ในอนาคตควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อจัดทำเป็น Mouth care plan มาตรฐานสำหรับผู้ใช้งานที่อาจไม่ใช่ทันตแพทย์เพื่อให้สามารถนำไปใช้งานได้อย่างถูกต้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทพ.ญ.ขวัญชนก สุขช่วย , ทพ.ญ. ทิตยา ไชยบุญญารักษ์ , ทพ.ญ.อรนลิน ล้อมกลาง ที่ได้ร่วมปฏิบัติภารกิจออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และขอขอบคุณ ทพ.ญ. ลลนา ถาคำฟู หัวหน้างานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมและให้กำลังใจในการทำงานมาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี 2556ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 . วัชรินทร์ พี พี กรุงเทพฯ, 2556.
2. Bassim CW, et al. **Modification of the Risk of Mortality from Pneumonia with Oral Hygiene Care**. **J Am Geriatr Soc** [Internet]. 2008 [cited 2018 Mar 21];56(9):1601–7. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2008.01825.x
3. จันทนา อึ้งชูศักดิ์. **คู่มือการดูแลผู้สูงวัยชุด "ช่องปากสุขี"**. พิมพ์ครั้งที่ 1. Open world publishing house นนทบุรี, 2559.
4. Chalmers JM. **Oral health promotion for our ageing Australian population. Aust Dent J**. 2003.
5. Lewis A, Fricker A. **Better oral health in residential care. South Australian(SA) Dental Service**. Government of South Australia, SA Health. 2008.
6. White R. **Nurse assessment of oral health: a review of practice and education. Br J Nurs** [Internet]. 2000.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. **ประชากรแยกตามกลุ่มอายุ**. URL http://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/ สืบค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2561.
8. Chen CC-H. **The Kayser-Jones Brief Oral Health Status Examination (BOHSE). Best Pract Nurs care to older adults.** 2007.

9. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FAC, Carter KD. **The oral health assessment tool--validity and reliability. Aust Dent J [Internet].** 2005

10. Gonsalves WC, et al. **Common Oral Conditions in Older Persons. Am Fam Physician**. 2008.

11. The Regional Geriatric Program central (RGPc)Affiliated with McMaster University. **Best practice approach to oral care in Long-Term care**. URL http://www.rgpc.ca/resources/#resource-508 สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2561.

12. Chalmers JM, et al. **Caring for oral health in Australian residential care. Dental statistics and research series no. 48**. Canberra: AIHW.

13. Koichiro M, Nakagawa K. **Reliability and Validity of the Japanese Version of the Oral Health Assessment Tool (OHAT-J). J Japanese Soc Disabil Oral Heal**. 2016.

14. NHS Wales. **Mouth care risk assessment**. URL http://www.1000livesplus.wales.nhs.uk/mouthcare/ สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2561.

15. สำนักทันตสาธารณสุข. **การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล.** กรมอนามัย กรุงเทพฯ. 2559.

16. NHS Health Scotland. **Caring for Smiles Guide for Care Homes Better oral care for dependent older people**. 2013.

17. Halton region. **Basic oral care.** URL http:// www.halton.ca สืบค้นเมื่อ 26 มีนาคม 2561.

18. พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ และคณะ. **สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข .** 2559(26) : 54-64, 2559.

19. ชฎารัตน์ เกื้อสุข และคณะ. **รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.** พยาบาลสาร 2558(42 : 187–92, 2558.

20. Frenkel H, et al. **Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. Community Dent Oral Epidemiol**. 2001(29) : 289-97. 2001

21. Khanagar S, et al. **Improving Oral Hygiene in Institutionalised Elderly by Educating Their Caretakers in Bangalore City, India: a Randomised Control Trial. Can Geriatr J**. 2015(18) : 136-43. 2015.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลโดยผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Development of Nursing Supervision Model by Nursing Administrator Suddhavej Hospital Faculty of Medicine Mahasarakham University.

ปาลิตา พูลเพิ่ม[1] อมร สุวรรณนิมิต[1] อภิญญา วงค์พิริยโยธา[1] ศิรินาถ ตงศิริ[1]

Palita Pulperm[1] . Amorn Suwannimit[2] , Apinya Wongpiyayatha[3] , Sirinat Tongsiri[4]

(Received: February 7 ,2019 ; Accepted: March 14 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการนิเทศงาน (2) พัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม และ (3) เพื่อประเมินการใช้รูปแบบการนิเทศในด้านความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช จำนวน 11 คน การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observationและ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) เครื่องมือในการวิจัยคือ 1) ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 2) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล 3) แบบทดสอบความรู้เรื่องการนิเทศ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาในการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลได้แก่ ขาดความรู้เรื่องการนิเทศ นโยบาย และแนวทางการนิเทศทางการพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลต้องการให้มีรูปแบบการนิเทศ การพัฒนาความรู้ และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล 2) รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) โครงสร้างการนิเทศทางการพยาบาล (2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้นิเทศทางการพยาบาล และ (3) แนวทางปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล 3) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการนิเทศหลังการใช้รูปแบบการนิเทศและความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = -2.214 และ Z = -2.986 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : การนิเทศงานการพยาบาล, ผู้บริหารทางการพยาบาล

Abstract

The purposes of this research and development were: (1) to study nursing supervision problems and needs (2) to develop a participatory nursing supervision model; and (3) to evaluate knowledge of nursing supervision and satisfaction before and after used nursing supervision model. The subjects of this study were 11 nurse administrators who were working for Suddhavej Hospital . The research was divided into four phases: 1) planning 2) action 3) observation and 4) reflection. The research instruments were 1) the questionnaire in Focus Group Discussion 2) the nursing supervision model 3) the questionnaire of nursing supervision knowledge and 4) the questionnaire of satisfaction in nursing supervision model.

The results showed as follows. 1) The problems of supervision of the nurse administrators were lack of knowledge, policies, and guidelines of nursing supervision. Nurse administrators wanted to have nursing supervision model and to develop their knowledge and skill of nursing supervision 2) The nursing supervision model composed of three components; (1) the structure of nursing supervision, (2) the function of nursing supervisor, and (3) the guideline of nursing supervision. 3) The mean score of knowledge of nursing supervision and satisfaction after using nursing supervision model were statistically significantly higher than before using nursing supervision model at a level of .05 (Z=-2.214 and Z=-2986 respectively).

Keywords: Nursing Supervision, Nurse Administrators,

[1]โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ทรัพยากรบุคคลส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล คือ พยาบาลที่ให้บริการสุขภาพในแทบทุกประเทศทั่วโลก หากบุคลากรเหล่านี้ได้รับการพัฒนา ก็ย่อมทำให้องค์กรสามารถดำเนินการตามเป้าหมายที่วางไว้ได้[1] ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับมีหน้าที่ต้องดูแลบุคลากรในทีม ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบเป็นอย่างดี สามารถนิเทศ ควบคุม กำกับติดตามงานให้ได้คุณภาพตามเป้าหมาย สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานองค์กร การนิเทศเป็นเครื่องมือหนึ่งของผู้บริหารที่จะช่วยให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนดไว้ โดยผู้บริหารต้องมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง จัดให้มีทีมนิเทศงานหรือทีมงานที่สามารถให้การสอน แนะนำในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ปลอดภัยไปพร้อมกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรได้[2] และการนิเทศงานยังเป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับผู้ปริหารที่จะใช้ควบคุมผู้ปฏิบัติการเฉพาะรายเพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลนั้นปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการอย่างเคร่งครัดโดยการนิเทศการปฏิบัติงานโดยตรง หรือเป็นการสอนงานระหว่างบุคลากรภายในทีม (นงนุช บุญยัง, 2554) การพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานที่มีความรับผิดชอบสูง เพราะเป็นการทำงานกับชีวิตมนุษย์ ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรอบคอบ ถ้าขาดความรอบคอบ ขาดการตัดสินใจหรือขาดความรู้ ความชำนาญ จะทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของบุคคลหลายระดับจึงต้องมีการแนะนำ สอน ให้เจ้าหน้าที่เหล่านั้นมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ให้เหมาะสมกับงาน ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการนิเทศงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันความผิดพลาด[3] นอกจากนี้มาตรฐาน HA ตอนที่ 2 ข้อ 2.1 กำหนดให้มีการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ข้อกำหนดที่ 2.5 ให้มีการจัดเตรียมการควบคุมกำกับ และประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อการบริหารจัดการที่ดี โดยกำหนดให้ต้องมีระบบควบคุมกำกับดูแลนิเทศการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล

การปฏิบัติกิจกรรมในบทบาทผู้นิเทศทางการพยาบาล ยังเป็นปัญหาของผู้บริหารการพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา จากการศึกษาของศันสนีย์ ปรีชาวงค์ (2555)[4] ในการพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีการกำหนดนโยบายไม่ชัดเจน ขาดการวางแผนการนิเทศงาน รูปแบบไม่ชัดเจน หัวหน้าขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาล ทำให้กระบวนการนิเทศไม่ถูกต้องเหมาะสม และไม่ต่อเนื่อง และจากการศึกษาของวันทนีย์ ตันติสุข (2556)[5] ในการพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าหัวหน้าแผนกต้องปฏิบัติการพยาบาลด้วยทำให้ไม่มีเวลาสำหรับการนิเทศ และการบันทึกผลการนิเทศ ขาดความต่อเนื่อง พยาบาลขาดความรู้รูปแบบการนิเทศไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน พยาบาลไม่มีส่วนร่วมในการวางแผน หรือวางนโยบายการนิเทศ

โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้เปิดให้บริการรักษาพยาบาลเมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2557 เริ่มต้นเป็นโรงพยาบาลขนาด 40 เตียง มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 65 คน โดยงานการพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบให้บริการการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ แต่ยังไม่มีระบบนิเทศที่ชัดเจน จึงได้จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 11 คน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการในการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลมีภาระงานมาก ขาดความรู้ และทักษะในการนิเทศ ขาดประสบการณ์เฉพาะด้านในงานที่จะต้องนิเทศ บางคนอายุน้อยกว่าหรือใกล้เคียงกับผู้รับการนิเทศ จึงทำให้รู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจ ส่วนปัญหาของผู้รับการนิเทศที่ผู้บริหารทางการพยาบาลรู้สึกกังวล ได้แก่ ผู้รับการนิเทศไม่เข้าใจกระบวนการนิเทศ ไม่พร้อมรับการนิเทศ ไม่ยอมรับ และไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้การนิเทศไม่เป็นไปตามแผนที่

วางไว้ ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลต้องการให้มีการพัฒนาระบบนิเทศ โดยการพัฒนาความรู้ ทักษะการนิเทศ คุณสมบัติที่ดีของผู้นิเทศ มีรูปแบบการนิเทศงานที่ชัดเจน นำสู่การปฏิบัติได้ง่ายและสะดวก จะเห็นได้ว่าการจัดระบบการนิเทศที่ยังไม่ชัดเจน มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทั้งในระดับผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ปฏิบัติ ส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานขณะเดียวกันก็กระทบต่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้นเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานทำให้ผลลัพธ์ของการนิเทศทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการเตรียมรับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น 3 ภายในปี 2562 ตามนโยบายของโรงพยาบาลที่จะทำให้ผู้รับบริการปลอดภัย มีความพึงพอใจ บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีความสุข และองค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสุทธาเวช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วม

3. เพื่อประเมินการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

3.1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

3.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

วิธีการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดยการ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการในการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล 2) ศึกษาตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์วิทยากรจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 4) ผู้วิจัยได้สร้างคำถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อศึกษาสภาพการณ์การนิเทศทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 คน โดยผู้ดำเนินการกลุ่มได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแนวทางในการใช้กระบวนการกลุ่ม การวิเคราะห์หาปัญหา และสาเหตุเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นทั่วถึงกันทุกคน ผู้ช่วยดำเนินการกลุ่มเป็นผู้จดบันทึกผลการดำเนินการกลุ่ม 5) ผู้วิจัยได้พัฒนาการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะไปพัฒนาเครื่องมือวิจัย ซึ่งได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนิเทศทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (action) 1) ผู้วิจัยได้จัดให้มีการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ความพึงพอใจในการนิเทศทางการพยาบาล มาให้ผู้บริหารทางการพยาบาลทำแบบทดสอบก่อนการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ และทักษะในการนิเทศงาน 2) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทำแบบทดสอบก่อนการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล 3) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในการนิเทศให้กับกลุ่มตัวอย่าง 4) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) โครงสร้างการนิเทศทางการพยาบาล 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้นิเทศทางการพยาบาล 3) แนวทางปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล โดยนำรูปแบบการนิเทศและคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลไปทดลองใช้ประมาณ 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (observation) 1) ผู้วิจัยใช้วิธีการให้คำ ปรึกษา / ชี้แนะ (Counseling /

guidance) เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษา เป็นการพูดคุยกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดการเรียนรู้ใหม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการ 2) ผู้วิจัยได้มีการติดตามกำกับ แก้ไขปัญหา 3) ผู้วิจัยได้มีใช้การชี้แนะ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้วางแผนแก้ปัญหาปัญหาด้วยตนเองตลอดจนสรุปสิ่งที่ต้องนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและนำลงสู่การปฏิบัติ 4) ประเมินความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาล 5) ประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) 1) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลหลังการอบรม 2) จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล สะท้อนผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล และปรับแก้ไขคู่มือให้สะดวกต่อการนำไปใช้ในแต่ละหน่วยงาน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธาเวช จำนวน 11 คน ได้แก่ รองหัวหน้าพยาบาล จำนวน 4 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือรักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน รวมเป็น 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้ 1) ข้อคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการนิเทศทางการพยาบาล

2. รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ได้แก่

2.1 โครงสร้างการนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบในการร่วมกิจกรรมนิเทศ ได้แก่ผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศ 2) กิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอน การแก้ปัญหา การให้คำปรึกษา การสังเกตและการร่วมมือปฏิบัติงาน และการโค้ช

2.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้นิเทศทางการพยาบาล 1) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้างานการพยาบาลมีหน้าที่นิเทศทั่วไปทุกหน่วยงานในเวลาราชการ2) หัวหน้าแผนก/ผู้ตรวจการมีหน้าที่นิเทศทางการพยาบาลทั่วไปในหน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งในและนอกเวลาราชการ3) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่นิเทศทางการพยาบาลในหน่วยงานของตัวเองในเวลาราชการ4) พยาบาลเวรตรวจการนิเทศด้านบริการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทุกระดับนอกเวลาราชการ 5) หัวหน้าเวรมีหน้าที่นิเทศทางการพยาบาลในหน่วยงานของตัวเองนอกเวลาราชการ

2.3 แนวทางปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) กำหนดแผนการนิเทศ2) การดำเนินการนิเทศ 3) การประเมินผลการนิเทศ 4) ระบบบันทึกผลการนิเทศ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน จำนวนครั้งในการเข้าอบรมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการนิเทศทางการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบทดสอบที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองจากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ประกอบด้วยหลักการการนิเทศทางการพยาบาล (5 ข้อ) รูปแบบ และกระบวนการการนิเทศทางการพยาบาล (5 ข้อ) กิจกรรมการนิเทศทางการพยาบาล (5 ข้อ) โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบปรนัยเลือกตอบได้ 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ตอบถูกทั้งหมด 15 ข้อได้ 15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100

การแปลผลระดับความรู้

คะแนน > ร้อยละ 80 (≥ 12 คะแนน) อยู่ในระดับ มาก

คะแนน ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) อยู่ในระดับ ปานกลาง

คะแนน < ร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) อยู่ในระดับ น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล มีจำนวน 12 ข้อ โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด (ตองสนองความคาดหวังในการปฏิบัติงานประมาณ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนน 4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก (ตอบสนองความคาดหวังในการปฏิบัติงานประมาณ ร้อยละ 60 - 79) คะแนน 3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง (ตอบสนองความคาดหวังในการปฏิบัติงานประมาณ ร้อยละ 40-59) คะแนน 2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย (ตอบสนองความคาดหวังในการปฏิบัติงานประมาณ ร้อยละ 25- 39) คะแนน 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด (ตอบสนองความคาดหวังในการปฏิบัติงานประมาณ ร้อยละ 1 - 24) การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 5.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977: 14) มีความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 1.33 เกณฑ์การแปลผลเพื่อจัดระดับค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 มีค่าเท่ากับ มีความพึงพอใจระดับ มาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 มีค่าเท่ากับ มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 มีค่าเท่ากับ มีความพึงพอใจระดับน้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และร้อยละ 2) ความรู้เรื่องการนิเทศ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) การทดสอบความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched –pairs signed-ranks Test

สรุปและอภิปรายผล

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 11 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี อยู่ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน/รักษาการหัวหน้าหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาที่อยู่ในตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 และอยู่ระหว่าง 2-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การอบรมการนิเทศงานทางการพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 63.64 (N = 11)

4.2 ผลการศึกษาปัญหาและความต้องการในการนิเทศของผู้บริหารทางการพยาบาล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาและความต้องการในการนิเทศของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล โดยการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จำนวน 11 คน ซึ่งสมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหาในการนิเทศที่ผ่านมา และสรุปปัญหาออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) ปัญหาในการนิเทศของกลุ่มตัวอย่าง 1.1) ขาดความรู้ในเรื่องการนิเทศ โดยเฉพาะด้านหลักการนิเทศ 1.2) ขาดทักษะ และประสบการณ์เฉพาะด้านในงานที่จะต้องนิเทศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากผู้ปฏิบัติ บางคนยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการบริหารทางการพยาบาล และมาจากหลากหลายโรงพยาบาล มีประสบการณ์การทางการพยาบาลเฉพาะด้านไม่เหมือนกัน เมื่อมาอยู่โรงพยาบาลสุทธาเวช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเปิดใหม่ การให้บริการเฉพาะทางมีหลายด้าน แต่บุคลากรมีจำนวนน้อย ทำให้บางคนได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าหน่วยงานที่ไม่ตรงกับประสบการณ์เดิม ต้องมาเรียนรู้ระบบงานเฉพาะด้านใหม่ ผู้บริหารทางการพยาบาลบางคนอายุน้อยกว่าหรือใกล้เคียงกับผู้รับการนิเทศ จึงทำให้รู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจ

2) ปัญหาของผู้ปฏิบัติที่รับการนิเทศซึ่งกลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวล คือ ผู้รับการนิเทศไม่เข้าใจกระบวนการ

นิเทศ ไม่พร้อมรับการนิเทศ ไม่ยอมรับ และไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้การนิเทศไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

3) สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มี คือ

3.1) การพัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาล โดยการพัฒนาความรู้ ทักษะการนิเทศให้กับผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศอย่างทั่วถึง

3.2) มีรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่ชัดเจน นำสู่การปฏิบัติได้ง่ายและสะดวกขึ้น

4.3 รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการนิเทศทางการพยาบาล พบว่ายังไม่มีรูปแบบในการนิเทศ กลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการนิเทศ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล โดยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการกำหนดรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลร่วมกัน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) โครงสร้างการนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1.1) ผู้รับผิดชอบในการร่วมกิจกรรมนิเทศ ได้แก่ผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศ 1.2) กิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การสอน การแก้ปัญหา การให้คำปรึกษา การสังเกตและการร่วมมือปฏิบัติงาน 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้นิเทศทางการพยาบาล 2.1) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้างานการพยาบาลมีหน้าที่นิเทศทั่วไปทุกหน่วยงานในเวลาราชการ 2.2) หัวหน้าแผนก/ผู้ตรวจการมีหน้าที่นิเทศทางการพยาบาลทั่วไปในหน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งในและนอกเวลาราชการ 2.3) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีหน้าที่นิเทศทางการพยาบาลในหน่วยงานของตัวเองในเวลาราชการ 2.4) พยาบาลเวรตรวจการนิเทศด้านบริการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทุกระดับนอกเวลาราชการ 2.5) หัวหน้าเวรมีหน้าที่นิเทศทางการพยาบาลในหน่วยงานของตัวเองนอกเวลาราชการ และ 3) แนวทางปฏิบัติการนิเทศทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3.1) กำหนดแผนการนิเทศ 3.2) การดำเนินการนิเทศ 3.3) การประเมินผลการนิเทศ 3.4) ระบบบันทึกผลการนิเทศ

4.4 การประเมินผลความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล

1) คะแนนความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการนิเทศก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =10.27) (SD=1.84) และหลังการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 11.72) (SD=0.90) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการนิเทศก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.04) (SD=0.85) และหลังการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.91) (SD=1.03)

ตาราง 1 คะแนนความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ (n=11)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		ระดับความสำคัญ	หลังการใช้รูปแบบ		ระดับความสำคัญ
	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	
ความรู้	10.27	1.84	ปานกลาง	11.72	0.90	มาก
ความพึงพอใจ	3.04	0.85	ปานกลาง	3.91	1.03	มาก

2) เปรียบเทียบความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการนิเทศก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =10.27) (SD=1.84) และหลังการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 11.72) (SD=0.90) 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.04) (SD=0.85) และหลังการใช้รูปแบบการนิเทศอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.91) (SD=1.03)

ตาราง **2** เปรียบเทียบความรู้เรื่องการนิเทศและความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการนิเทศของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน และหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล (n=11)

ตัวแปร	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ		Z	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้	10.27	1.84	11.73	.90	-2.214	.027*
ความพึงพอใจ	3.04	.24	3.91	.15	-2.986	.003*

*$p < .05$

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้กลุ่มตัวอย่าง ขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้มีหลักฐานน่าเชื่อถือมาก และผู้วิจัยยังไม่ได้ประเมินความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อการนิเทศการพยาบาล จึงควรมีการศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการใช้รูปแบบการนิเทศงานทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นต่อความสามารถในการปฏิบัติการนิเทศการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ

2. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อสร้างการเรียนรู้ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลป่วยเฉพาะรายตั้งแต่แรกรับจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมร สุวรรณนิมิตร อาจารย์ที่ปรึกษา ที่เอาใจใส่ ให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยด้วยดีตลอดมา ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมร สุวรรณนิมิตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพร อาญาเมือง และ อ.ศิริพร รองหานาม ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่อนุมัติโครงการ และสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. วิภาดา คุณาวิกติกุล. **การพัฒนาบุคลากรพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่. โรงพิมพ์โชตนา พริ้นท์; 2549.
2. พูลสุข หิงคานนท์. **การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่1. นนทบุรี. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.
3. ประพิณ วัฒนกิจ. **การบริหารบริการพยาบาลระดับหัวหน้างาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก. 2541.
4. ศันสนีย์ ปรีชาวงศ์. **การพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
5. วันทนีย์ ตันติสุข. **การพัฒนาแบบแผนการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.

ความน่าเชื่อถือของการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้วยวิธีการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง

Reliability ofproximal leg muscle strength measurement with five times sit to stand test in patients with severe knee osteoarthritis

อโณทัย สุมากรณ์[1], กนกวรรณ ศรีสุภรกรกุล[2], ไชยยงค์ จรเกตุ[2, 3]

Anothai Sumakorn, Kanokwan Srisupornkornkool, Chaiyong Jorrakate

(Received: May 30 ,2018 ; Accepted: July 4 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตุ (observation research) วัตถุประสงค์เพื่อหาความน่าเชื่อถือ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้วยการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง(five times sit to stand test, 5-STS) สำหรับการนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง วิธีการศึกษา ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงเพศหญิงจำนวน 15 คน อายุเฉลี่ย 59.90 ± 3.86 ปี, น้ำหนัก 63.10 ± 7.89 กิโลกรัมและ ดัชนีมวลกาย 26.18± 4.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทำการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง จำนวน 2 รอบ จับเวลาและบันทึกเป็นหน่วยวินาที เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เก้าอี้ปรับระดับได้ นาฬิกาจับเวลาและแบบบันทึกระยะเวลาในการทดสอบกลุก-นั่ง 5 ครั้ง นำค่าที่ได้มาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ intra- class correlation coefficients (ICC) และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (standard error of measurements,SEMs) ผลการศึกษา พบว่าความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำด้วยวิธีการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้งในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงอยู่ในเกณฑ์ระดับดี (ค่าสัมประสิทธิ์ ICC= 0.87, p = 0.001) และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัดมีความคลาดเคลื่อนน้อย(SEMs = 0.44 และ 0.37 วินาที) สรุปได้ว่าการทดสอบนี้มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ในทางคลินิกได้

คำรหัส: ความน่าเชื่อถือ ข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง การทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง

Abstract

This study was an observational research. The purpose of this study was to examine the reliability and standard error of mesurement (SEMs) of five times sit to stand test (5 - SSTS) in patients with severe knee osteoarthritis. Volunteers have fifteen female patients with severe knee osteoarthritis (mean age: 59.90 ± 3.86 years, body mass index: 26.18±4.37 kg./m^2) were recruited and were asked to perform five times of sit to stand on a level chair. Time taken during 5-TST were recorded. Each subject performed 5-STS twice within 1 day. Test-retest reliability and error of measurement was determined with intra-class correlation coefficients (ICC) model 3, 1and SEMs, respectively. The results demonstrated good test-retest reliability of 5-STS (ICC = 0.87, p = 0.001) and minimal measurement error (SEMs = 0.44 and 0.37seconds). In conclusion, this test is reliable for using in clinical setting.

Keyword: reliability, severe osteoarthritis knee, five times sit to stand test

---

[1] นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] อาจารย์ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[3] ผู้รับผิดชอบบทความ

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้มาก จากการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคในประเทศอเมริกาในปี ค.ศ. 2000 พบ สูงถึง 43 ล้านราย และในประเทศไทยจากสถิติปี พ.ศ.2553 พบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคนซึ่งเป็น 1 ใน 10 ปัญหาที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุพลภาพในผู้สูงอายุ และยังก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว[1] ข้อเข่าเสื่อม มีการเสื่อมสภาพของข้อต่อแบบเรื้อรังและถาวรที่กระดูกอ่อนของผิวข้อผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อต่อเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มช่วงองศาการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าฝ่อลีบอ่อนแรงและอาจจะส่งผลให้ข้อเข่ามีการบิดเบี้ยวผิดรูป จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวัน[2] ดังนั้นจุดประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมคือลดอาการปวด เพิ่มการเคลื่อนไหวของข้อเข่าให้ได้มากขึ้นสร้างความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น[3] การรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลัก ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยม เช่น การใช้ยาเพื่อลดอาการปวดและอักเสบ (NSAID) การให้คำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดน้ำหนัก การฝังเข็มและการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยการออกกำลังกายร่วมกับการรักษาด้วยอุปกรณ์ไฟฟ้า และอีกวิธีการรักษาที่ใช้ในกรณีที่การรักษาแบบอนุรักษ์นิยมไม่ได้ผลแล้วคือการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การผ่าตัดส่องกล้องเพื่อทำความสะอาดข้อต่อ[9, 11, 21] วิธีการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์นิยมหรือผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพื่อสะท้อนระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและประเมินความก้าวหน้าในการรักษาดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมพิมพ์ชนก องค์สันติภาพ, 2558[1] และ Turcot, 2012[22] พบว่าวิธีการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขามีหลายวิธี เช่น การวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อควอดไดรเซ็ปต์และแฮมสตริง (quadriceps and hamstrings strength) การทดสอบด้วยช่วงเวลาในการลุกเดิน (timed up and go test, TUG) เป็นต้น และยังมีการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาอีกวิธีหนึ่ง คือ การทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง (five times sit to stand test, 5-STS) การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวิธี 5-STS เป็นวิธีการทดสอบที่สะดวก รวดเร็ว ใช้พื้นที่และอุปกรณ์น้อย มีความน่าเชื่อถือและนิยมใช้ในการประเมินในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวจากหลายสาเหตุ[10,18,19] อย่างไรก็ตามความน่าเชื่อถือในการทดสอบด้วยวิธี 5-STS ที่ผ่านมาทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระดับปานกลาง[13] เท่านั้น ซึ่งในความเป็นจริงนั้นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มารับการรักษามีความรุนแรงของปัญหาตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่ทดสอบความน่าเชื่อถือและความคลาดเคลื่อนในการทดสอบในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำและประเมินความคลาดเคลื่อนของการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวิธี 5-STS ในผู้ป่วยเพศหญิงที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง

วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความน่าเชื่อถือและความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการวัดของวิธีการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง (five times sit to stand test, 5-STS) ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน ซึ่งมีจำนวนเพียงพอต่อการศึกษาทดสอบหาความน่าเชื่อถือ (อ้างอิงจาก Mohamed Adam Bujang, 2017) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชปฏิบัติว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างน้อย 1 ข้าง ตามเกณฑ์การประเมินของ American College of Rheumatology for Knee Osteoarthritis (ACR)[6] โดยใช้เกณฑ์ประเมินแบบคลินิก (clinical criteria) และมีผลคะแนนการประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อมระหว่าง8 – 10 คะแนน หมายถึงระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมอยู่ในระดับรุนแรง (severe) อย่างน้อย 1 ข้าง ตามเกณฑ์ประเมินของ Index of

severity for knee osteoarthritis (KNEE ISOA)[15, 16] เวอร์ชั่นภาษาไทย

หากอาสาสมัครมีข้อจำกัดดังต่อไปนี้ จะคัดออกจากการเข้าร่วมการศึกษาเป็นโรคทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (neuromuscular system) และโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal system) ที่เป็นอุปสรรคต่อการทดสอบ, เคยมีประวัติกระดูกหักหรือได้รับการผ่าตัดบริเวณสะโพก ขา เข่าและเท้า, ได้รับการฉีดยา steroid ที่ข้อเข่าเป็นเวลาน้อยกว่า 2 เดือนก่อนเข้าร่วมการศึกษา, ไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้ โดยประเมินจากแบบสอบถาม Thai Mental State Examination (TMSE)[3] โดยมีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ไม่ปกติ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินเองได้หรือต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเดิน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบ เก้าอี้ที่สามารถปรับระดับได้ นาฬิกาจับเวลาที่สามารถจับเวลาเป็นหน่วยวินาทีได้

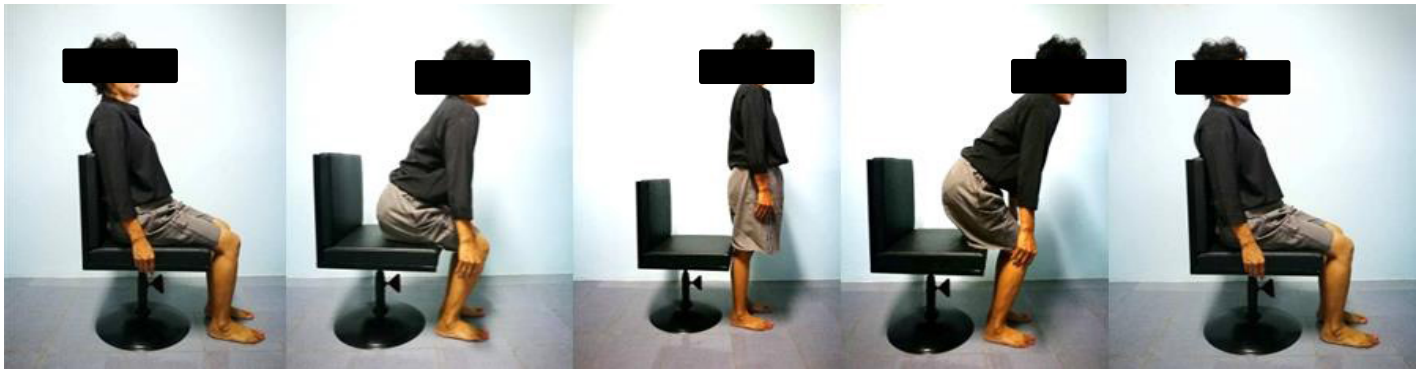
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้น แบบประเมินระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ประเมินของ Index of severity for knee osteoarthritis (KNEE ISOA) เวอร์ชั่นภาษาไทย แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) และแบบบันทึกการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง (five times sit to stand test, 5-STS)

วิธีดำเนินการศึกษา

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับให้เข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้ตามการประเมินเบื้องต้น จะได้รับการทดสอบการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาด้วยวิธีการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้ง (five times sit to stand test, 5-STS) จำนวน 2 ครั้ง โดยสถานที่ทดสอบจะใช้เก้าอี้ที่มั่นคง ไม่มีที่เท้าแขนและสามารถปรับระดับความสูงได้จำนวน 1 ตัว ชิดฝาผนังหรือยึดติดกับพื้นเพื่อป้องกันการเลื่อนขณะทดสอบ ท่าเริ่มต้นการทดสอบให้อาสาสมัครนั่งตรงกลางเก้าอี้ หลังตรง ข้อเข่าห่างจากปลายเก้าอี้ประมาณ 1 ฝ่ามือของผู้ทดสอบ ข้อเข่าทั้งสองข้างงอเป็นมุมประมาณ 90 องศา เท้าทั้งสองข้างวางราบอยู่บนพื้น ดังภาพที่ 1 เมื่อให้สัญญาณเริ่มต้นทดสอบ ให้อาสาสมัครลุกขึ้นยืนและนั่งลงติดต่อกันจำนวน 5 ครั้งให้เร็วที่สุดอย่างปลอดภัยเริ่มจับเวลาเมื่อลุกขึ้นและสิ้นสุดการจับเวลาเมื่อผู้ทำการทดสอบนั่งเมื่อทำครบครั้งที่ 5 หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดรุนแรงเกิดขึ้นขณะทดสอบ จะหยุดการทดสอบทันทีและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยการประคบเย็นที่บริเวณที่มีอาการเจ็บปวด ทำการทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย 5 นาที หรือจนกว่าอาสาสมัครจะหายเมื่อยล้าที่กล้ามเนื้อขา จากนั้นบันทึกผลการทดสอบ ในการศึกษานี้มีผู้วัดเพียงคนเดียวตลอดการศึกษา



ภาพประกอบ 1 ท่าเริ่มต้นในการทดสอบ 5-STS



ภาพประกอบ 2 ลำดับขั้นตอนในการทดสอบ 5-STS (จากซ้ายไปขวา)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของการทดสอบ 5-STS ในการศึกษานี้เป็นความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำ (test-retest reliability) วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากสถิติ intra- class correlation coefficients (ICC 3, 1)โดยผลของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีการแปลผลดังนี้ ค่า ICC มีค่าระหว่าง 0.90 ถึง 1.00 หมายถึงความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม, ค่า ICC มีค่ามากกว่า 0.75 อยู่ในระดับดี และค่าICC มีค่าน้อยกว่า 0.75 อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (Portney, 2009)[20] และทดสอบความคลาดเคลื่อนในการวัดด้วยการวิเคราะห์ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัด (standard error of measurements, SEMs) (Atkinson, G., 1998)[7]

ผลการศึกษา

อาสาสมัครเพศหญิงที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง มีอายุเฉลี่ย 59.90 ± 3.86 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 63.10 ± 7.89 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 26.18± 4.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อมจนถึงปัจจุบัน 3.70 ± 1.15 ปี และมีอาสาสมัครที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมจำนวน 1 ข้าง 4 คน จำนวน 2 ข้าง 11 คน ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำพบว่า มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานอยู่ในระดับต่ำในทั้ง 2 ครั้ง ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าความคลาดเคลื่อนของการวัด(SEMs), ค่าสัมประสิทธิ์ ICC ของการทดสอบ 5-STS

ตัวแปร	ครั้งที่ 1	ครั้งที่2
ค่าเฉลี่ย ± ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.82 ±1.70 วินาที	18.36 ±1.44 วินาที
ค่าความคลาดเคลื่อนของการวัด	0.44 วินาที	0.37 วินาที
ICC (95% confidence interval) p-value	0.87 (0.80-0.92) p = 0.001	

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือและความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการวัดของการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้งในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ผลการศึกษาพบว่ามีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี ICC = 0.87 (0.80-0.92) p = 0.001 เพราะเวลาที่ได้จากการวัดทั้ง 2 ครั้ง ใกล้เคียงกัน มีความผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนของเวลาที่ได้จากการวัด

น้อย คือ 0.37 และ 0.44 วินาที และวัดจากบุคคลเพียงคนเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือในการนำไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิกได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่ชนิดต่าง ๆ ที่ใช้ประเมินสภาพร่างกายและความสามารถของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมใน พิมพ์ชนก และคณะ ในปี 2559[1] ประเมินความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามและวิธีการทดสอบต่าง ๆ ที่ใช้ทดสอบในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ทำการทดสอบในอาสาสมัครผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมเพศหญิงและชายจำนวน 20 คน เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือ ความคลาดเคลื่อนและความแปรปรวนของการวัดตัวแปรสำคัญเพื่อใช้ประเมินผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมผลการศึกษา พบว่า Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis:WOMAC ซึ่งเป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินอาการและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม[5] มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยม (ICC ของตัวแปร Visual analog scale:VAS =0.86-0.98, ICC ของตัวแปร pressure pain threshold:PPT = 0.99) ความน่าเชื่อถือของการทดสอบสมรรถภาพในการเดิน Timed up and go test มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีถึงดีมาก (ICC = 0.89-0.99) และการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้อเข่าด้วยการทดสอบ Quadriceps and Hamstrings strengthtest โดยใช้ เครื่อง dynamometer ผลการศึกษาพบว่ามีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม (ICC = 0.99) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมินเหล่านี้สามารถนำไปใช้ทดสอบได้อย่างน่าเชื่อถือในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากการศึกษาดังกล่าวแล้ว ยังมีการประเมินอื่น ๆ ที่นำมาใช้ในการทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเช่น การลุก - นั่งเก้าอี้ ในเวลา 30 วินาที (ICC = 0.93)[12], ซึ่งพบว่าการทดสอบดังกล่าวมีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยมเช่นเดียวกัน แต่การทดสอบต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นยังมีข้อจำกัด เช่น ผู้ป่วยจะต้องทำการลุก - นั่ง มากกว่า 5 ครั้งในการทดสอบลุก - นั่งเก้าอี้ ในเวลา 30 วินาที มีการเดินร่วมด้วยในการทดสอบ timed up and go test:TUG ซึ่งอาจจะทำให้อาการปวดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงมีอาการมากขึ้น และการทดสอบ Quadriceps and Hamstrings strengthtestจะต้องใช้อุปกรณ์ dynamometer ในการทดสอบซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่เฉพาะเจาะจงแต่การใช้อุปกรณ์เป็นข้อจำกัดในการนำแบบทดสอบเหล่านี้ไปใช้ทดสอบในสถานที่ที่ขาดแคลนอุปกรณ์และมีข้อจำกัดเรื่องสถานที่

การทดสอบโดยการวัดแบบลุก-นั่ง 5 ครั้งซึ่งเป็นการประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาผ่านการเคลื่อนไหวและการทำงานของขา ชลธิชา แก้วจอหอ, 2557[4] ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการวัดลุก – นั่ง 5 ครั้ง เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับการใช้เครื่องมือ hand held dynamometer ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า การลุก – ยืน 5 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับกล้ามเนื้อขาทุกมัดในระดับปานกลาง (r = -0.56 ถึง -0.66, $p<0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการทดสอบ 5-STS สามารถสะท้อนถึงสมรรถนะในการทำงานของกล้ามเนื้อขาได้ดีในระดับหนึ่งการทดสอบสมรรถภาพของกล้ามเนื้อขาด้วยวิธี 5-STS ได้รับการทดสอบความน่าเชื่อถือในผู้ป่วยภาวะต่างๆ เช่น การศึกษาของ Bohannon ในปี 2011 รายงานว่า ความน่าเชื่อถือของการทดสอบมีค่าอยู่ในระดับดีถึงดีเยี่ยมในผู้ป่วยเด็กสมองพิการ (ICC = 0.95) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICC = 0.97) และมีค่าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงในผู้สูงอายุ (ICC = 0.64-0.96, ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ICC = 0.81) นอกจากนี้ในการศึกษาของ Lin และคณะ ในปี 2001 รายงานว่าความน่าเชื่อถือของการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้งในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมมีค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดีเยี่ยม (ICC = 0.96) แต่ทว่าการทดสอบความน่าเชื่อถือศึกษาในอาสาสมัครที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในการนำผลการทดสอบความน่าเชื่อถือไปใช้กับผู้ป่วยนั้นควรจะนำผลการทดสอบความน่าเชื่อถือที่ศึกษาในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณลักษณะเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปใช้ หากนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะต่างไปจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาก็อาจจะทำให้ความน่าเชื่อถือในการทดสอบลดลงและเพิ่มความคลาดเคลื่อนในการทดสอบดังกล่าวได้ (Portney, 2009)[20] ดังนั้นการศึกษาในครั้ง

นี้จึงทดสอบความน่าเชื่อถือในการวัดซ้ำของการทดสอบ 5-STS ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการประเมินความน่าเชื่อถือในการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาโดยการทดสอบลุก-นั่ง 5 ครั้งในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงเพื่อให้ทราบความน่าเชื่อถือของการทดสอบว่าสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการทดสอบ 5-STS มีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง นอกจากความน่าเชื่อถือแล้ว การทดสอบ 5-STS ยังมีข้อดีและเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงที่อยู่ในชุมชน เนื่องจากสะดวกในการจัดการทดสอบ ใช้พื้นที่และอุปกรณ์น้อย มีความน่าเชื่อถือและความคลาดเคลื่อนในการทดสอบต่ำ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวางประกอบการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การใช้แบบทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่เลียนแบบท่าทางที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นวิธีการที่ง่ายและเหมาะสมในการประเมินในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือ ประยุกต์ใช้ได้ง่ายในทางคลินิก และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการวางแผนการรักษาได้

2. การวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมรุนแรงได้รับการประเมินเบื้องต้น ซึ่งอาจจะวางแผนการรักษาและลดระดับหรือคงความรุนแรงของภาวะโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้ป่วยและลดภาระของผู้ดูแลได้

ข้อเสนอแนะในครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรง ที่ประเมินระดับความรุนแรง ตามเกณฑ์ประเมินของ index of severity for knee osteoarthritis (KNEE ISOA) เวอร์ชั่นภาษาไทย ถ้าใช้การประเมินแบบอื่นอาจได้ระดับความรุนแรงของปัญหาแตกต่างกัน

2. การศึกษาครั้งนี้ทำโดยการหาความน่าเชื่อถือของการลุก – นั่ง 5 ครั้งเพียงการทดสอบเดียวในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระดับรุนแรง อาจจะต้องมีการทดสอบอย่างอื่นหรือการประเมินอย่างอื่นร่วมด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ระดับความเจ็บปวด, การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, การประเมินความวิกลรูปของข้อต่อ เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมสุขภาพของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในทุกมิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยนเรศวร และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลทัพทัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลุกดู่ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยและขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์ชนก องค์สันติภาพ, อุบล พิรุณสารและคณะ. ความน่าเชื่อถือของการวัดในตัวแปรที่ใช้ประเมินภาวะข้อเข่าเสื่อม.**วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่**. ปีที่พิมพ์ 48 (ฉบับที่ 2): หน้า 107 – 113, พ.ศ. 2558.

2. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. **แนวทางปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคเข่าเสื่อม.** พ.ศ.2554.

3. ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์และคณะ. **แนวทางปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม** ครั้งที่1. สำนักพิมพ์บริษัทธนาเพรส จำกัด จัดพิมพ์โดยสถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร , ปี 2557

4. ชลธิชา แก้วจอหอ, ลักขณา มาทอและคณะ. **ความสัมพันธ์ระหว่างการทดสอบการลุกขึ้นยืนกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่เดินเองได้**. http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=140284 สืบค้นเมื่อ วันที่ 3 มกราคม 2561

5. สุรศักดิ์ ดิลการยทรัพย์. “ประสิทธิผลของโปรแกรม EMSA ในการลดระดับความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์” **Research and Development Health System Journal**. ปีที่พิมพ์ 11 (ฉบับที่ 1): หน้า 141 – 151, พ.ศ. 2561.

6. Altman, R., Brandt, K., et al. "Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association".**Arthritis and Rheumatism**, 29(8),1039-1049. 1986.

7. Atkinson, G. and Nevill, A.M. "Statistical methods for assessing measurement error (reliability) in variables relevant to sports medicine". **Sports Medicine**, 26 (4), 217-238. 1998.

8. Bohannon, R.W. "Test-retest reliability of the five-repetition sit-to-stand test: a systematic review of the literature involving adults". **Journal of Strength Cond Res**, 25 (11), 3205 - 3207. 2014

9. Elders, M.J. "The increasing impact of arthritis on public health". **Journal of Rheumatology Supplemen**. 2000 (60): 6-8, 2000

10. Espejo Antunez L., Cardero Duran M. A., et al "Effects of exercise on the function and quality of life in the institutionalised elderly diagnosed with gonarthrosis" :**Rev Esp Geriatr Gerontol**. : 47 (6): 262-5. 2012

11. Fransen M., McConnell S., et al. "Exercise for osteoarthritis of the knee" A Cochrane systematic review :**Br J Sports Med**. 2015

12. Gill, S. and McBurney, H. "Reliability of performance-based measures in people awaiting joint replacement surgery of the hip or knee".**Physiotherapy Research International**, 13(3), 141-152. 2008.

13. Lin, Y.C., Davey, R.C. and Cochrane, T. "Tests for physical function of the elderly with knee and hip osteoarthritis". **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, 11 (5), 280-286.2001

14. McAlindon T. E., Cooper C., et al"Determinants of disability in osteoarthritis of the kneel" . **Ann Rheum Dis**. : 52 (4): 258-62. 1993

15. Mohamad, A.D. and Nurakmal, B. "A simplified guide to determination of sample size requairments for estimateding the value of intraclass correlation cofficient: a review". **Archives of Orofacial Sciences,** 12(1) , 1-11. 2017

16. quesne, M.G. and Gerard, P. "Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation--value in comparison with other assessment tests".**Scandinavian Journal of Rheumatology Supplement**, 6585-89. 1987.

17. Lequesne, M. "Indices of severity and disease activity for osteoarthritis".**Seminars in Arthritis and Rheumatism,** 20(6 Suppl 2), 48-54.1991.

18. ones, S.E., Kon, S.S., et al "The five-repetition sit-to-stand test as a functional outcome measure in COPD". **Thorax journal**, 68 (11) , 1015 - 1020. 2014

19. Paul, S.S. and Canning, C.G.. " Five-repetition sit-to-stand". **J Physiother**, 60 (3) , 168. 2014

20. Portney LG, and Watkin MP. "Foundations of clinical research application to practice. 3 ed new Jersey.USA ; **Printice Hall Health**: 2009.

21. Slemenda, C., Brandt, K.D., et al "Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee". **Annals of Internal Medicine**, 127 (2) , 97-104. 1997

22. Turcot, K., Armand, S., et al "Sit-to-stand alterations in advanced knee osteoarthritis".**Gait and Posture**, 36(1), 68-72. 2012

23. Wang, T.H., Liao, H.F. et al. " Reliability and validity of the five-repetition sit-to-stand test for children with cerebral palsy".**Clin Rehabil**, 26(7), 664-671. 2012.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา

MOTIVATION AND KEY SUCCESS FACTORS AFFECTING THE DRUG MANAGEMENT OF HEALTH PERSONNEL AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN NAKHONRATCHASIMA PROVINCE

จันทร์เพ็ญ ภูมูล[1], ประจักร บัวผัน

Janpen Phoomool [1] , Prachak Bouphan[2]

(Received: July 11 ,2018 ; Accepted: August 31 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 153 คน จากประชากรทั้งหมด 346 คน โดยใช้ วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) และตัวอย่างในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 12 คน สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จากการศึกษา พบว่า แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านนโยบายการบริหาร และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย สามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 60.7 (R_2= 0.607 p-value <0.001)โดยผลการวิจัยในครั้งนี้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการวางแผนปรับปรุงการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aimed to study the motivation and the key success factors that affecting the drug management of health personnel at sub-district health promoting hospitals in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. The samples were 153 health personnel randomly selected by systematic random sampling from the 346 population and 12 key informants were in focus group guidelines for qualitative data gathering. Data distribution was performed by descriptive statistics and inferential statistics include Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions were also utilized. The results showed that the motivation factors, work condition, interpersonal relationship and were policy and administration and responsibility can predict surveillance and rapid response performance at 60. percentage (R_2=0.607,P-value <0.00l). Public health organization can be using the results of this study to make plan to improve and affecting the drug management of health personnel at sub-district health promoting hospitals.

คำสำคัญ: แรงจูงใจ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา

Keywords: Motivation, Key success factors, Drug management

[1] มหาบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 มุ่งเน้นยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ทำให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและสร้างสมดุลการพัฒนาในทุกมิติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีร่วมเสริมสร้างสุขภาพพัฒนาสุขภาวะทั้งปัญญา กาย จิตใจ และสังคมสร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคามและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยมียุทธศาสตร์การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน เน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจก และสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการพัฒนาประเทศ ซึ่งจะเห็นว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564 มุ่งขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติเพื่อวางรากฐานการพัฒนาให้ประเทศไทย ให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยยึดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ในการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งมีคนคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและสร้างสมดุลการพัฒนาแบบบูรณาการในทุกมิติ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมของประเทศไทย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตของคน [1] ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 นำสู่การพัฒนาและปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข โดยมี 16 แผนงาน ในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมมาภิบาล แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด การดูแล ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช พัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก และพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพและสาธารณสุขเข้าสู่การพัฒนาในชุมชน โดยจุดที่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุดคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [2]

ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำเป็นต้องอาศัยเวชภัณฑ์ยาในการให้บริการสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ 1)ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 2)ด้านการป้องกันโรค 3) ด้านการรักษาพยาบาล และ 4)ด้านการฟื้นฟูสภาพ [3] จากภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในด้านการรักษาพยาบาลมีความจำเป็นที่ต้องใช้เวชภัณฑ์ยาในการรักษาเพื่อให้อาการดีขึ้นหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ ยาที่มีคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในระบบการรักษาพยาบาล และมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องมีระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวชภัณฑ์ถือเป็นกระบวนการสำคัญอีกกระบวนการหนึ่งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) งานกำหนดความต้องการ 2) งานจัดซื้อ – จัดหา และ3) งานคลังเวชภัณฑ์ยา [4] การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาเป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญในระบบยาของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งประโยชน์ของการบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีมีประสิทธิภาพจะส่งผลทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณ ด้านยาและผู้รับบริการได้รับยาที่ดีมีคุณภาพซึ่งจะส่งผลต่อการรักษาที่ดีเป็นลำดับต่อไป

ซึ่งในการบริหารเวชภัณฑ์ให้ประสบความสำเร็จนั้น จะต้องอาศัยแรงจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้ประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายตามที่กำหนดไว้ ซึ่งแรงจูงใจตามทฤษฎี (Herzberg, Mausner and Synderman, 2010) มีปัจจัย 2 อย่าง ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ลักษณะงาน 4) ความ

รับผิดชอบ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง กับปัจจัยค้ำจุน (Hygine factors) ประกอบไปด้วย 1) เงินเดือน/ค่าตอบแทน 2)ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3)การปกครองบังคับบัญชา 4)นโยบาย 5)การบริหารสภาพการปฏิบัติงาน 6)สถานะของวิชาชีพ 7)ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน 8)ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Herzberg, Mausner and Synderman, 2010) ซึ่งแรงจูงใจที่สำคัญส่งผลต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมีความพึงพอใจผลงานทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน [5]

นอกเหนือจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงานแล้วนั้น การได้รับการติดตามจากผู้บริหาร พร้อมทั้งมีหน่วยงานที่มีความพร้อม ความร่วมมือกระตุ้นการทำวิจัย เพื่อให้การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาประสบความสำเร็จ ต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ซึ่ง ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2)หน่วยที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน 3)การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การใช้กระบวนการอบรมเพื่อปรับแนวคิดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5) มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ6)มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายด้วยกัน [6]

แม้ในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัดในการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยา ได้แก่ มูลค่าคงคลังเกิน 3 เดือน การบันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ระบบระบายอากาศ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันการสูญหาย) เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่และความรับผิดชอบจัดบริการให้ตอบสนอง ความต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพประชาชนขั้นพื้นฐาน เช่น ด้านการส่งเสริม การรักษา การป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งกิจกรรม 4 ด้านนี้ ต้องใช้เวชภัณฑ์ยาเพื่อให้ประชาชนหายจากการเจ็บป่วย และได้ยาที่มีคุณภาพ ไม่หมดอายุ และเพียงพอต่อความต้องการและจากมาตรฐานบริการสาธารณสุข มาตรา 45 ให้บริการสาธารณสุข รวมทั้งการใช้วัคซีน เวชภัณฑ์ยา อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ โดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ฉะนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยคาดว่าจะทำให้ทราบถึงผลสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ปรับเปลี่ยน ส่งเสริมพัฒนาการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องทางเภสัชกรรมและได้รับยาอย่างสมเหตุสมผล [7]

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 346 คน [8] และกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 153 คน และการสนทนากลุ่มจำนวน 12 คนโดยการ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Multiple

regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen [9] ดังนี้

$$N = \frac{\lambda\left(1 - R^2_{Y.A,B}\right)}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w$$

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการ วิจัยในครั้งนี้ได้นำ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการศึกษา แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร [10] ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.608

$R^2_{Y.A.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B}$ - $R^2_{Y.B.}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A.}$ = 0.588

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ $R^2_{Y.B.}$ = 0.020

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0

เพราะฉะนั้นการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 153 คน

วิธี**การสุ่มตัวอย่าง** ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการนำเลขรหัสสถานบริการพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด จำนวน 346 แห่ง มาสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจนได้ จำนวนตัวอย่างตามที่คำนวณไว้คือ 153 คน ในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือก บุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการบริหารเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ดีที่สุด (Key informants) โดยแบ่งเป็น 5 โซน ประกอบด้วย โซนขนาดใหญ่ มีทั้งหมด 3 โซนโซนละ 3 คน โซนขนาดกลาง 2 คน โซนขนาดเล็ก 1 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน เป็นผู้ที่มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่ม โดยมีแบบบันทึกและเทปบันทึกเสียง ในการเก็บรวมรวบข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ **มี** ทั้งหมด 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Qusetionairse) มีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ แรงจูงใจ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับ การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ [11] ส่วนที่ 5 คำถามปลาย เปิด โดยให้ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือ ทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งที่มีลักษณะการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา จะคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของตัว

แปรแรงจูงใจเท่ากับ 0.95 ตัวแปรปัจจัยแห่งความสำเร็จเท่ากับ 0.93 ตัวแปรการบริหารเวชภัณฑ์ยาเท่ากับ 0.90 และภาพรวม ทั้ง 3 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและสถิติอนุมาน หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis)

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ [12] ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน), ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน), ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน), ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน), ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) สำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) [13] มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 แบ่งระดับดังนี้ r = 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์ (No Relationship), r = + 0.01 ถึง + 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship), r = +0.31 ถึง +0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship), r = +0.71 ถึง +0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship), r = +1 หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์ (Perfect Relationship)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2561 เลขที่ HE 612006 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2561

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล จังหวัดนครราชสีมา คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่การบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 -30 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.39 ปี (S.D.=7.74 ปี) อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 55 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 ส่วนใหญ่ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานการบริหารเวชภัณฑ์ยา มากที่สุด คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.2 มีรายได้เฉลี่ย 23,094.71 บาท รายได้ต่ำสุด 9,890 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา 1 – 5 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยา มีค่า มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 (S.D.= 4.73) และระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่ำสุด1 ปี สูงสุด 23 ปี และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการฝึกอบรมด้านการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา สูงสุด 5 ครั้ง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ประสบการณ์ในการฝึกอบรมด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยาต่ำสุด 7 ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 มีค่ามัธยฐาน 3 ครั้ง (Min = 1 ครั้ง, Max = 15 ครั้ง)

2. ระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจหลัก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.55 (S.D.=0.43) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.67 (S.D.=0.45) และ ค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.= 0.47) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายด้านปัจจัยจูงใจพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงาน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.81 (S.D.=0.58) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย

3.75(S.D.=0.57) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.36(S.D.=0.68) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยด้านความสำเร็จในการทำงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68(S.D.=0.50) และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.85(S.D.=0.58) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.=0.55) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.08(S.D.=0.77) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานะทางอาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.57(S.D.=0.69)

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานการบริหารเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D.=0.51) เมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D.=0.63) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 (S.D.=0.63) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้าน การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.43 (S.D.= 0.58) ส่วนรองลงมาคือ ปัจจัยด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.55(S.D.=0.63)

4. ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาระดับการบริหารเวชภัณฑ์ยา พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.79 (S.D.= 0.53) เมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า ด้านงานคลังเวชภัณฑ์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=0.61) ส่วนรองลงมาคือ ด้านงานจัดซื้อ – จัดหา อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.60) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านงานกำหนดความต้องการ อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.15 (S.D.=0.72)

5. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างแรงจูงใจกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

แรงจูงใจ	การปฏิบัติงานบริหารงานเวชภัณฑ์ยา		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	0.718**	<0.001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.628**	<0.001	ปานกลาง
1.ความสำเร็จในการทำงาน	0.500**	<0.001	ปานกลาง
2.การยอมรับนับถือ	0.489**	<0.001	ปานกลาง
3.ลักษณะงานที่ปฏิบัติงาน	0.551**	<0.001	ปานกลาง
5.ความรับผิดชอบ	0.527**	<0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	0.698**	<0.001	ปานกลาง
1.เงินเดือนและค่าตอบแทน	0.305**	<0.001	ต่ำ
2.ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.603**	<0.001	ปานกลาง
3.การปกครองบังคับบัญชา	0.559**	<0.001	ปานกลาง
4.นโยบายและการบริหาร	0.653**	<0.001	ปานกลาง
5.สภาพการปฏิบัติงาน	0.655**	<0.001	ปานกลาง
6.สถานะอาชีพ	0.545**	<0.001	ปานกลาง
7.ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.423**	<0.001	ปานกลาง
8.ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.501**	<0.001	ปานกลาง

**Correlation is significant at the 0.01 level

จากตาราง 1 พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.718, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยจูงใจในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.628, p-value <0.001) ในส่วนรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน (r=0.500, p-value <0.001) การยอมรับนับถือ (r=0.489, p-value <0.001) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (r=0.551, p-value <0.001) ความก้าวหน้าในตำแหน่ง (r=0.438, p-value <0.001) และความรับผิดชอบ (r=0.527, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยค้ำจุนในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.689, p-value <0.001) ในรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เงินเดือนและค่าตอบแทน (r=0.305, p-value <0.001) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r=0.603, p-value <0.001) การปกครองบังคับบัญชา (r=0.559, p-value <0.001) นโยบายและการบริหาร (r=0.653, p-value <0.001) สภาพการปฏิบัติงาน (r=0.655, p-value <0.001) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน(r=0.423, p-value <0.001) สถานะอาชีพ(r=0.545, p-value <0.001) และชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (r=0.501, p-value <0.001)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการบริหารเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานบริหารงานเวชภัณฑ์ยา		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.690**	< 0.001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน	0.530**	< 0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน	0.571**	< 0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อม และสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.540**	< 0.001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.615**	< 0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.591**	< 0.001	ปานกลาง
6. ความเชื่องโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย	0.637**	< 0.001	ปานกลาง

**Correlation is significant at the 0.01 level

ปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.690, p-value <0.001) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน(r=0.530, p-value <0.001) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการดำเนินงาน (r=0.571, p-value <0.001) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (r=0.540, p-value <0.001) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (r=0.615, p-value <0.001) การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลและภาพลักษณ์ของสถานบริการ (r=0.591, p-value <0.001) ความเชื่องโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (r=0.637, p-value <0.001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

6. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตาราง 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2
1. ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.249	0.292	4.170	<0.001	0.655	-
2.ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.196	0.213	3.109	<0.001	0.738	0.544
3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.202	0.243	3.539	<0.001	0.767	0.588
4. ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร	0.198	0.204	2.681	0.008	0.779	0.607
ค่าคงที่ 0.689, F = 57.253, p – value < 0.001, R = 0.779, R^2 = 0.607						

ผลการวิเคราะห์พบว่า พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ได้ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการคือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน (p-value = 0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (p-value < 0.001) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (p-value < 0.001) และปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร (p-value < 0.008) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 57.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

7. ปัญหา อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะ ในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 153 ฉบับ และจากการสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 55 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 35.94 โดยปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น เงินและค่าตอบแทน มีน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานขวัญกำลังใจในการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนข้อเสนอแนะ คือ การเพิ่มหรือสนับสนุนค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาบุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการวางแผนในการใช้ทรัพยากรในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1. ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับมากกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธา รณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.626, p-value <0.001) เนื่องจาก แรงจูงใจเป็นความพยายามที่จะไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งประกอบไปด้วยความพยายามอย่างจริงจัง การยืนหยัด ทิศทางการไปสู่เป้าหมายและความต้องการ [13] แรงจูงใจ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ทุ่มเทแรงกายแรงใจอย่างเต็มความสามารถ

ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในงานของตน เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงาน ผู้ปฏิบัติงานรู้จักหน้าที่และช่วยเหลือกันและกัน มีความคิดสร้างสรรค์และมุ่งมั่นต่อการทำงาน และเกิดความพึงพอใจในการบริหารการบริหารเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับมากกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ [14]

2. ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.690$, p-value <0.001) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานการบริหารเวชภัณฑ์ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทั้งในสถานพยาบาล ที่บ้านและในชุมชนงานบริการดูแลเป็นกลุ่มประชากรตามวัยและตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการเพื่อเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ [15]

3. จากการวิเคราะห์แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมาโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 57.2 เนื่องจากการการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีความเข้าใจและให้ความสำคัญกับปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ให้บุคลากรในหน่วยงานมีสภาพที่เหมาะสมในการทำงาน สภาพการทำงานที่เหมาะสม สะดวกสบาย มีเครื่องมือ เครื่องใช้วัสดุอุปกรณ์เพียงพอ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ในส่วนของปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสภาพความสัมพันธ์การช่วยเหลือ การสนับสนุนและการปรึกษาหารือ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่นๆในการร่วมมือปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา เพื่อการมีส่วนร่วมกันปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย ในส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นการการจัดช่องทางการติดต่อ ประสานงานระหว่าง คปสอ. และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ที่เหมาะสมกับบริบทของ พื้นที่ ทันสมัย มีผังการสื่อสาร ประสานงานอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติงานการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาได้อย่าง เป็นรูปธรรม ในส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร ซึ่งเป็นความสามารถในการจัดลำดับเหตุการณ์ต่างๆของการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงนโยบายของหน่วยงาน การบริหารงาน การจัดระบบหน่วยงานของผู้บังคับบัญชา ในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ดังนั้น แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มศักยภาพในการบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สามารถพยากรณ์การบริหารงานเวชภัณฑ์ยา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ แรงจูงใจ ปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการปฏิบัติงาน [16] ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล [17] ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายการบริหาร [18] ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย [19]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอควรส่งเสริม หน่วยงานมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน การบริหารเวชภัณฑ์ยาที่เพียงพอ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้การสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้บังคับบัญชาในส่วนของการปฏิบัติงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้มีการสัมมนางานวิชาการในเครือข่าย

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการบริหารเวชภัณฑ์ยา

5. ควรมีการศึกษาขอบเขตหน้าที่ภาระงานและสภาพการปฏิบัติงาน เพื่อการจัดระบบกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับวิชาชีพเพื่อให้มีความชัดเจนในการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม

6. ควรมีการศึกษาลักษณะงานในหน่วยบริการให้สอดคล้องกับความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน โดยผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนงานที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขคณะสาธารณสุขสาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โกศล ศิริจันทร์, และประจักร บัวผัน. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขศาลาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9(2), 270-281.
2. ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวณิชากร, และเกษม เวชสุทธานนท์บรรณาธิการ(2553). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
3. ประภัสสร ชาลีคาร. (2560). แรงจูงใจที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11(1),
4. ปรัตถกร วงศ์กาฬสินธุ์ และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร. วารสารวิจัย มข., (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17 (2), 37-48.
5. พยุดา ชาเวียง, และประจักร บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดาเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17 (1), 56-67.
6. พินิจสินธุ์ เพชรมณี, (2557). ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง. เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. พัทลุง : โรงพยาบาลป่าพะยอม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 1(3), 36-48.
7. เพชรสมร ไพรพยอม, และประจักร บัวผัน(2560). การพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(3), 11-22.
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564). กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). ฐานข้อมูล HOSXP PCU ตัวชี้วัดการทำงาน. สำนักงานสาธารณสุข.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2558). การบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. เอกสารประกอบการอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่, 15-16 กรกฎาคม 2558. จังหวัดนครราชสีมา.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). สรุปข้อมูลพื้นฐาน ปี2560 จ.นครราชสีมา.สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

13.สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554). คู่มือการบริหารเวชภัณฑ์. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

14.สุภาวดี ศรีลามาตย์, และประจักร บัวผัน. (2556). การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 13 (2) 121-132.

15.สุวิชัย ถามูลเลศ. (2560). ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 25 (3) 23-34.

16.อำนาจ ธีระวานิช. (2553). การจัดการยุกต์ใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 3 .นนทบุรี: มาเธอร์ บอส แพค เก็จจิ้ง.

17. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

18. Herzberg, F. et al. (2010) The motivation to work. New York: Transaction Pubblishers.

19. Likert, R. (1967). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill.

ชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

THE TYPE AND THE QUANTITY OF PART OF ELECTRONIC WASTE IN KOKSAAD KHONG CHAI DISTRIC KALASIN PROVINCE

ชัญญาภัค จันทดวง[1], กาญจนา นาถะพินธุ[2]

Chanyapuk Chantaduang[1], Ganjana Nathapindhu[2]

(Received: July 11 ,2018 ; Accepted: August 31 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสัมภาษณ์ตัวแทนหลังคาเรือนผู้ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 78 หลังคาเรือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทำการคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ 6 ประเภท ได้แก่ ตู้เย็น เครื่องซักผ้า จอโทรทัศน์ พัดลมตั้งโต๊ะ โทรศัพท์มือถือ และจอคอมพิวเตอร์ จากการศึกษาพบว่าผู้ประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีรายได้จากการประกอบอาชีพ 5,000 – 10,000 ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.30 ระยะเวลาการประกอบอาชีพ 6 -10 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.70 ผู้ประกอบอาชีพทั้งหมดรับขยะอิเล็กทรอนิกส์มาคัดแยกโดยการรับซื้อจากหมู่บ้านและต่างจังหวัด และจากการคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์แต่ละประเภท พบว่า ตู้เย็น มีชิ้นส่วนที่เป็น เหล็กมากที่สุด ร้อยละ(โดยน้ำหนัก) 65.40 และการจัดการชิ้นส่วนที่ได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า ตู้เย็น เครื่องซักผ้า จอโทรทัศน์ พัดลมตั้งโต๊ะ โทรศัพท์มือถือ และจอคอมพิวเตอร์ มีชิ้นส่วนที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ คิดเป็นร้อยละ (โดยน้ำหนัก) 84.93, 98.81, 30.26, 76.37, 50.00 และ 50.75 ซึ่งชิ้นส่วนที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ จะมีการเก็บรวบรวมนำไปทิ้งที่ขยะของหน่วยงานอบต.โคกสะอาดนอกจากนี้สายไฟจะมีการนำไปเผาและเก็บชิ้นส่วนที่เก็บทองแดงกลับมาขายอีกครั้ง

คำสำคัญ : ขยะอิเล็กทรอนิกส์

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aims to study Types and quantities of parts that have been extracted from electronic waste and electronic parts management methods in koksaad khongvhai distric kalasin province by interviewing the representatives of households involved in electronic waste sorting 78 households. The data distribution was performed by descriptive and disassembled 6 types of electronic waste include refrigerator, washing machine, television screen, fan ,telephone and computer screen The study indicated that the most interviewees had income from the electronic waste sorting activities 5,000 - 10,000 baht per month or 42.30 % and have been working for 6-10 years or 48.70 % All the occupation have their own electronic waste collected by the purchase of the village and the neighboring provinces to electronic waste sorting The study indicated that refrigerator there are parts that are most steel percentage (by weight) 65.40 and The study electronic waste management methods indicated that refrigerator, washing machine, television screen, fan ,telephone and computer screen there is a piece of electronic waste can be use percentage (by weight) 84.93, 98.81, 30.26, 76.37, 50.00 and 50.75 for parts that can't be used. will be collection disposal dumped at the waste pits of agency responsible. In addition electrical wires will be burned and selected parts of copper collected for sale again.

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันอุตสาหกรรมเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ได้มีการพัฒนานวัตกรรมอย่างแพร่หลาย เพื่อนำไปสู่การบริโภคของประชาชน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ อุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในครัวเรือน อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ภายในบ้าน สำนักงาน ซึ่งประกอบด้วย โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ ตู้เย็น พัดลม แอร์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้หากหมดอายุการใช้งานแล้ว จะกลายเป็นของเก่าที่ไม่ใช้แล้วหรือเรียกว่าขยะอิเล็กทรอนิกส์ (สุจิตรา วาสนาดำรงดี, 2558)

จากสถานการณ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ในต่างประเทศ พบว่า มีปริมาณขยะทั่วโลกกว่า 40 ล้านตันต่อปี (Huisman et al, 2008) และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 4 ต่อปี (Ravi, 2012) โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์โทรศัพท์มือถือและคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นที่นิยมกับผู้บริโภค นำไปสู่การเกิดขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น และทางสหภาพยุโรปได้มีการแบ่งผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าออกเป็น 10 กลุ่ม (European Commission, 2003) ซึ่งมีตั้งแต่เครื่องใช้ไฟฟ้าในครัวเรือนขนาดใหญ่และขนาดเล็ก อุปกรณ์เพื่อความบันเทิงของผู้บริโภค อุปกรณ์สารสนเทศและสื่อสาร อุปกรณ์ให้แสงสว่าง อุปกรณ์ช่าง ของเล่น/อุปกรณ์กีฬา อุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือตรวจสอบ ตู้อัตโนมัติ โดยพบสัดส่วนที่รวบรวมได้มากที่สุด คือ กลุ่มเครื่องใช้ไฟฟ้าครัวเรือนขนาดใหญ่ ร้อยละ (49.07) รองลงมาคือ อุปกรณ์เพื่อความบันเทิงของผู้บริโภค ประเภทโทรทัศน์ ร้อยละ (21.10) และอุปกรณ์สารสนเทศและสื่อสาร ร้อยละ (16.27) (European Commission, 2003; Ongondo, Williams, Cherrett, 2011)

ในประเทศไทยขยะอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนใหญ่มากจากประชาชนมีการบริโภคเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เป็นจำนวนมาก เมื่อหมดอายุการใช้งานกลายเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ยากต่อการกำจัด และยังก่อให้เกิดสารพิษที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโทรศัพท์มือถือและเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งพบว่า การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี คือ พ.ศ. 2555- 2559 ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบขยะอิเล็กทรอนิกส์ ประเภท โทรศัพท์มือถือ จำนวน 9.14 ล้านเครื่อง และเครื่องคอมพิวเตอร์ จำนวน 1.99 ล้านเครื่อง ปีพ.ศ. 2557 - ปี พ.ศ. 2558 พบขยะอิเล็กทรอนิกส์ ประเภท โทรศัพท์มือถือเพิ่มขึ้น 2.21 - 2.42 ล้านเครื่อง และ ปี พ.ศ.2559 มีการเพิ่มขึ้นของขยะอิเล็กทรอนิกส์ ประเภท โทรทัศน์ ประมาณ 2.8 ล้านเครื่อง รองลงมาเป็นโทรศัพท์มือถือประมาณ 10.9 ล้านเครื่อง และคอมพิวเตอร์ประมาณ 2.6 ล้านเครื่อง (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรและธรรมชาติ, 2558) และจากการสำรวจแหล่งชุมชนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ในประเทศไทย ยังพบว่า มีกระจายอยู่ทั่วประเทศกว่า 100 แห่ง ในพื้นที่ 17 จังหวัด โดยจังหวัดที่มีชุมชนประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์สูงสุด ได้แก่ กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ และอุบลราชธานี สำหรับแหล่งชุนคัดแยกขยะที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย อยู่ในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รองลงมาได้แก่พื้นที่อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ และอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ (สายใจ วิทยาอนุมาส, 2560)

จากการเพิ่มขึ้นของขยะอิเล็กทรอนิกส์จึงทำให้มีการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์เกิดขึ้น ในกลุ่มผู้ประกอบการค้าขยะอิเล็กทรอนิกส์ โดยวิธีการคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ในส่วนที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้เพื่อนำไปขายหรือซ่อมเพื่อใช้เป็นอุปกรณ์มือสอง และส่วนที่นำไปใช้ประโยชน์ไม่ได้ จะนำไปกำจัดทิ้งในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เผา ทุบทำลาย หรือนำไปทิ้งรวมกับขยะทั่วไป

จากพื้นที่ที่ศึกษาในตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกลุ่มประกอบอาชีพขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 78 หลังคาเรือน ซึ่งชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกจากขยะอิเล็กทรอนิกส์บางส่วนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และมีบางส่วนที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จะถูกนำไปกำจัดบริเวณบ่อขยะที่ อบต.โคกสะอาด จัดให้ โดยในตำบลโคกสะอาดเป็นพื้นที่ที่มีชาวบ้านประกอบกิจกรรมรับซื้อและคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ขนาดใหญ่ที่สุดในอำเภอฆ้องชัย และปัจจุบันได้มีการขยายตัว มากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้และวิธีการจัดการชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเป็น

ข้อมูลพื้นฐานให้กับพื้นที่และเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ของพื้นที่ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาชนิดของชิ้นส่วนจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่นำไปใช้ประโยชน์ได้

2. เพื่อศึกษาปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์

3. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ถูกคัดแยกแต่ละชนิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 12 หมู่บ้าน จำนวน 144 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนผู้ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ หลังคาเรือนละ 1 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ เป็นผู้ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ในตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี ปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่องทุกวัน และปฏิบัติเป็นอาชีพหลัก มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างของอุปกรณ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่นำมาคัดแยก จำนวน 6 ประเภท ได้แก่ ตู้เย็น (ขนาด 5 ถึง 6 คิว) น้ำหนักขนาด 32-34 กิโลกรัม เครื่องซักผ้าชนิด 2 ถังมีฝาด้านบน น้ำหนักขนาด 21-23 กิโลกรัม จอโทรทัศน์แบบ (CRT) น้ำหนักขนาด 21-23 กิโลกรัม พัดลมตั้งโต๊ะ น้ำหนักขนาด 21-23 กิโลกรัม โทรศัพท์มือถือ น้ำหนักขนาด 0.04 - 0.10 กิโลกรัม จอคอมพิวเตอร์ แบบ(CRT) น้ำหนักขนาด 23 – 25 กิโลกรัม

การคัดเลือกขนาดตัวอย่าง นำขยะอิเล็กทรอนิกส์ทั้ง 6 ประเภท มาอย่างละ 3 ตัวอย่าง แล้วนำไปชั่งน้ำหนักเพื่อหาน้ำหนักเฉลี่ย ต่อ 1 เครื่อง นำขยะอิเล็กทรอนิกส์ทั้ง 6 ประเภท มาถอดคัดแยกชิ้นส่วน แล้วนำชิ้นส่วนแต่ละชนิดไปชั่งน้ำหนัก เพื่อหาปริมาณน้ำหนักของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ในตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ชุดดังนี้ ชุดที่ 1.แบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 1 ข้อ ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ และเครื่องชั่งน้ำหนัก แบบสปริง ขนาด 2 กิโลกรัม ใช้สำหรับชั่งชิ้นส่วนที่มีขนาดเล็ก แบบสปริง ขนาด 60 กิโลกรัม ใช้สำหรับชั่งชิ้นส่วนที่มีขนาดใหญ่ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล 4 ตำแหน่ง ใช้สำหรับชั่งชิ้นส่วนที่มีขนาดเล็ก

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจความตรง (Validity) ความครบถ้วน โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) จากนั้นนำข้อเสนอแนะของแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 8 มกราคม 2561 เลขที่ HE 602357 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2561

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) เพื่อศึกษาชนิดและประมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลโคกสะอาด อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตัวแทนหลังคาเรือนที่ให้สัมภาษณ์ 78 หลังคาเรือน เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.50 เพศหญิง ร้อยละ 61.50 อายุเฉลี่ย 46.97 ± 7.31 ปี การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.70 มีรายได้จากการประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 42.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,207.79 บาท ± 11,468.88 บาท ระยะเวลาของการประกอบอาชีพมาแล้ว 6 -10 ปี ร้อยละ 48.70 ทั้งหมดมีการรับขยะอิเล็กทรอนิกส์มาคัดแยกโดยวิธีการรับซื้อจากหมู่บ้านและต่างจังหวัด

2. ชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ จากการศึกษาจำนวนของขยะอิเล็กทรอนิกส์ทั้ง 6 ประเภท ที่มีการคัดแยกในพื้นที่ที่ศึกษาใน1 เดือน ส่วนใหญ่มีจำนวนน้อยกว่า 51 เครื่องต่อเดือน พบมากสุดคือขยะอิเล็กทรอนิกส์ประเภทตู้เย็น (ขนาด 5 ถึง 6 คิว) มีปริมาณน้ำหนักเฉลี่ยมากสุด 32.66 กิโลกรัม พบการคัดแยกในชุมชน 62 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 83.78 ปัจจัยที่ทำให้เกิดเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์ อาจเนื่องมาจากเครื่องเดิมเสื่อมสภาพ หมดอายุการใช้งาน บวกกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่นำไปสู่การบริโภค เกิดการเปลี่ยนถ่ายของเครื่องใช้ไฟฟ้าจากรุ่นเก่าไปยังรุ่นรุ่นใหม่ ที่เกิดจากการแข่งขันทางการตลาด ดังนั้นเมื่อเสื่อมสภาพหรือหมดอายุการใช้งาน จึงเป็นที่ต้องการของผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้เกิดเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่พบในชุมชนเป็นจำนวนมาก ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ประกอบอาชีพ พบว่าราคาที่ถูกรับซื้อมาคัดแยกอยู่ที่ประมาณ 350 – 450 บาท ขึ้นอยู่กับสภาพของเครื่องใช้ไฟฟ้าแต่ละประเภท นอกจากนี้ชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากตู้เย็น สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยการนำไปขายอยู่ที่ราคากิโลกรัมละ 3.50 – 9.80 บาท มีปริมาณมากที่สุด ได้แก่ชิ้นส่วนของเหล็ก ร้อยละ 21.36 และชิ้นส่วนที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ได้แก่ โฟม ร้อยละ 12.36 ซึ่งจะถูกนำไปกำจัดโดยการนำไปทิ้งที่บ่อขยะของชุมชนซึ่งย่อยสลายได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาสภาพแวดล้อมปัจจุบันที่เกิดขึ้นจากขยะอิเล็กทรอนิกส์จากสหภาพ (EU) พบว่า อุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ยังคงมีปริมาณเพิ่มขึ้น และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ว่างจำหน่ายยังมีมูลค่ารวมกว่า 3.8 พันล้านบาท ซึ่งประกอบด้วย คอมพิวเตอร์ 265 ล้านเครื่อง เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้าน 245 ล้านเครื่อง และอุปกรณ์เพื่อการอุปโภคบริโภค 197 ล้านเครื่อง (M.KhurrumS.Bhutta, AdnanOmar,andXiaozheYang, 2012) และการศึกษาเชิงปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อศึกษาผลกระทบและแสวงหาแนวทางการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วม กรณีตำบลโคกสะอาด อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หมู่บ้านในตำบลโคกสะอาดมีชาวบ้าน แต่ละเดือนมีการนำเข้าของเก่ามาคัดแยกชิ้นส่วน 767 ตัน โดยจำนวนนี้เป็นซากของเก่าประเภทเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์และอะไหล่อิเล็กทรอนิกส์ 274 ตันต่อเดือน ส่งผลกระทบปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ การปนเปื้อนของสารพิษลงสู่ดินและน้ำ การปนเปื้อนของสารพิษในอากาศ การทำลายชั้นโอโซน (เพ็ญโฉม แซ่ตั้งและคณะ, 2552)

และจากการศึกษาน้ำหนักเฉลี่ยของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ ยังพบว่ามีชิ้นส่วนของขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นอันตรายมีการปนเปื้อนของสารโลหะหนักและอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมมากที่สุด ได้แก่ ขยะอิเล็กทรอนิกส์ประเภทจอโทรทัศน์และจอคอมพิวเตอร์ (CRT) ที่มีชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยก ได้แก่ จอแก้ว ร้อยละ69.13 และ 45.83 ตามลำดับ ซึ่งเป็นชิ้นส่วนที่

ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ จึงเป็นส่วนที่ผู้คัดแยกขยะนำไปทิ้งรวมกันที่บ่อขยะโดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาชนิดของสารอันตรายและโลหะหนักที่ใช้ในกระบวนการผลิตชิ้นส่วนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งได้ประมาณการปริมาณสารอันตรายและโลหะ พบว่า ตะกั่วที่มาจากหลอดแก้วจอภาพชนิด carthode ray tube (CRT) ของโทรทัศน์และเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะแบบเก่า พบปริมาณการเกิดขึ้น 58,000 ตันต่อปี ซึ่งปัจจุบัน ผู้บริโภคได้เปลี่ยนมาใช้โทรทัศน์และจอคอมพิวเตอร์แบบใหม่เป็นจอแบน (LCD) ทำให้โทรทัศน์และจอคอมพิวเตอร์ชนิดหลอดภาพ (CRT) ถูกทิ้งหรือขายให้กับพ่อค้ารับซื้อของเก่ามากขึ้นเรื่อยๆ และกลายเป็นขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างผลกระทบอย่างสูง (Robinson, 2009)

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) เพื่อศึกษาชนิดและปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ และศึกษาวิธีการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ หลังคาเรือนที่ประกอบอาชีพคัดแยกชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ ในเขตตำบลโคกสะอาด จำนวน 78 หลังคาเรือน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ทั้ง 6 ประเภท เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ชิ้นส่วนจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ จากการศึกษาขยะอิเล็กทรอนิกส์ ทั้ง 6 ประเภท ได้แก่ ตู้เย็น(ขนาด 5 ถึง 6 คิว) เครื่องซักผ้า (ชนิด 2 ถังมีฝาด้านบน) จอโทรทัศน์ (CRT) พัดลมตั้งโต๊ะ โทรศัพท์มือถือ และจอคอมพิวเตอร์ (CRT) พบชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ด้วยวิธีการขาย ได้แก่ ทองแดง อลูมิเนียม เหล็ก บอร์ดหรือแผงวงจร และพลาสติก ซึ่งราคาที่รับซื้อขาย จะไม่คงที่ขึ้นอยู่กับราคากลางที่ถูกกำหนดของ บริษัทรับซื้อของเก่าวงษ์พาณิชย์และชิ้นส่วนที่เป็นแผ่นไม้อัดรองพื้น ที่ถูกคัดแยกได้จากพัดลมตั้งโต๊ะ โดยส่วนใหญ่จะถูกนำไปเป็นเชื้อเพลิงสำหรับก่อไฟหรือหากมีสภาพดีบางแผ่นจะถูกนำไปเป็นอุปกรณ์รองพื้นพัดลมตั้งโต๊ะมือสอง หรือบางครัวเรือนก็นำไปทิ้งที่บ่อขยะ

2. ปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ จากการศึกษาปริมาณของชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า ชิ้นส่วนที่เป็นอันตรายส่งผลให้โลหะหนักกระจายสู่ออกสู่สิ่งแวดล้อมมากสุด ได้แก่ จอแก้ว ที่ถูกคัดแยกได้จากจอโทรทัศน์รุ่นเก่า (CRT) และจอคอมพิวเตอร์รุ่นเก่า (CRT) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 63.63 และ 45.83 ของน้ำหนักเฉลี่ยต่อ 1 เครื่อง และชิ้นส่วนของ โฟม ที่เป็นส่วนประกอบของตู้เย็น(ขนาด 5 ถึง 6 คิว) คิดเป็นร้อยละ 15.15 ของน้ำหนักเฉลี่ยต่อ 1 เครื่อง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการย่อยสลายนาน ยากต่อการกำจัด

3. วิธีการจัดการชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์ แบ่งการจัดการออกเป็น2ประเภท ได้แก่ 1. ชิ้นส่วนที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ นำไปเก็บรวบรวมไว้ขาย ได้แก่ ทองแดง อลูมิเนียม เหล็ก บอร์ดหรือแผงวงจร พลาสติก นำไปเป็นเชื้อเพลิง ได้แก่ แผ่นไม้อัด และนำกลับไปใช้ใหม่ ได้แก่ อลูมิเนียม ชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากพัดลมตั้งโต๊ะ 2. ส่วนชิ้นส่วนที่ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ จะถูกนำไปกำจัดด้วยวิธีการเผา ได้แก่ สายไฟ วิธีการนำไปทิ้งที่บ่อขยะ ได้แก่ โฟม พลาสติกเสีย และการกำจัดด้วยวิธีการทุบทำลาย ได้แก่ จอแก้ว ซึ่งเป็นชิ้นส่วนของจอโทรทัศน์ (CRT) และจอคอมพิวเตอร์ (CRT)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. การจัดสภาพแวดล้อมครัวเรือนในจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ควรอยู่ในสภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการแยกขยะทั่วไปออกจากขยะอันตราย

2. ชุมชนควรมีการพัฒนาบ่อพักขยะให้มีมาตรฐานเพื่อลดการกระจายของสิ่งปนเปื้อนจากขยะอันตราย

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีแผนการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ เป็นข้อตกลงร่วมกันกับผู้ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

4. ควรมีการพัฒนาเทคโนโลยีในการคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบจากสภาพแวดล้อมการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ในชุมชน

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการจัดการชิ้นส่วนที่ถูกคัดแยกได้จากขยะอิเล็กทรอนิกส์เพื่อลดผลกระทบกับสิ่งแวดล้อม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์กาญจนา นาถะพินธุ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเรียนการสอน ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางและทำการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ดร.ศิริชัย รินทะราช ดร.คงฤทธิ์ วันจรูญ และ
นางสาวศริญญา มณีศรี ที่ได้กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเครื่องมือในการทำวิจัยที่เป็นประโยชน์ ทำให้เครื่องมือในการทำวิจัยมีความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2558). ยุทธศาสตร์การจัดการ ซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เชิงบูรณาการ ปี พ.ศ. 2557-2564, จาก http://infofile.pcd.go.th/haz/WEEE%20_Strategy58.pdf

เพ็ญโฉม แซ่ตั้งและคณะ. (2552). รายงานการศึกษาเชิงปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อศึกษาผลกระทบและแสวงหาแนวทางการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วม กรณีตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. สนับสนุนโดยมูลนิธิเอเชีย ประเทศไทย.

สายใจวิทยา อนุมาส. (2560). การจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย. รายงานทีดีอาร์ไอ, ฉบับที่ (133), **4**.

สุจิตรา วาสนาดารงดี. (2558). สถานการณ์ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์. วารสารสิ่งแวดล้อม, **19**(3), 2-3.

European Commission. (2003). Directive 2002/96/EC on Waste Electrical and Electronic Equipment. Official Journal of the European Union, Luxembourg, 24-38.

Huisman, J. et al. (2008). Review of Directive 2002/96 on Waste Electrical and Electronic Equipment (WEEE). Bonn United Nations University, 2007.

M. Khurrum S. Bhutta, Adnan Omar, and Xiaozhe Yang. (2011). Electronic Waste: A Growing Concern in Today's Environment. **Economics Research International**, 8 page.

Ravi, V. (2012). Evaluating overall quality of recycling of e-waste from end-of-life computers. Journal of Cleaner Production, 20, 145–151.

Robinson, B.H. (2009). E-waste An assessment of global Production and environmental impacts. Science of the Total Environment, 408, 183-191.

การประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน และคุณภาพน้ำประปา ในตำบลห้วยยายจิ๋ว จังหวัดชัยภูมิ

Evaluation of the Committee's Work on Village Water Supply Maintenance and System with lts Quality in Huay Yai Jew Sub-district, Chaiyaphum Province

ธนวัฒ เมาเม[1], วรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์[2]

Thannawut Maomay, Warangkana Sungsitthisawad[2]

(Received: August 15 ,2018 ; Accepted: September 3 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน คุณภาพน้ำดิบและน้ำประปาของระบบประปาผิวดินในเขตตำบลห้วยยายจิ๋ว อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสังเกตระบบประปา จำนวน 17 แห่ง แบบสัมภาษณ์คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปา จำนวน 98 คน และเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำดิบแห่งละ 1 ตัวอย่าง น้ำประปา 17 แห่งๆละ 2 ตัวอย่าง เป็นน้ำประปาต้นท่อระบบจ่ายน้ำ และปลายท่อจ่ายน้ำ รวมทั้งหมด 51 ตัวอย่าง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลระบบเกือบทั้งหมดไม่เคยรับการอบรมร้อยละ 94.90 ในการผลิตประปาไม่เติมสารส้มร้อยละ 70.59 และไม่เติมคลอรีนร้อยละ 58.83 โดยระบบประปาหมู่บ้านได้รับการดูแลบำรุงรักษาสภาพอยู่ระดับต่ำ และปานกลางจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 35.29 การปฏิบัติระดับต่ำ ได้แก่ สภาพแหล่งน้ำดิบเพื่อการประปา และระบบผลิต สำหรับคุณภาพน้ำดิบ มีคุณภาพน้ำระดับดีจำนวน 7 แห่ง คุณภาพระดับพอใช้จำนวน 8 แห่ง คุณภาพระดับเสื่อมโทรมจำนวน 2 แห่ง คุณภาพน้ำประปา ณ ต้นท่อระบบจ่ายน้ำ และปลายท่อจ่ายน้ำมีคุณภาพน้ำในภาพรวมทุกแห่งไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ ดัชนีคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในต้นท่อระบบจ่ายน้ำและปลายท่อจ่ายน้ำ ได้แก่ ความขุ่น สี เหล็ก โครเมียม โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย

เพื่อให้หมู่บ้านมีประปาดื่มได้ ผู้ดูแลระบบประปาทุกคนควรได้รับการอบรมกระบวนการผลิต การบำรุงรักษาระบบประปา รวมถึงการสนับสนุน กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานและพัฒนาระบบเป็นประปาดื่มได้ทุกแห่ง

คำสำคัญ: การประเมิน การปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน คุณภาพน้ำประปา

ABSTRACT

This is a survey research aimed at evaluating the committee's work on village water supply maintenance and system, the quality of raw water and surface water supply in Huay Yai Jew Sub-district, Thep Sathit district, Chaiyaphum province. Data collection was through observation of water supply system, interview with 98 committee’s water work of such water supply system form 17 areas. The collection of water samples for analyzing its quality, 3 samples each, which were at the raw water, the start of water distribution pipe and the end of it, totaling 51 samples. The finding: Almost all committee’s water work never undertook training 94.90%. In water supply production, alum was not added 70.59%, no chlorination 58.83%. The water supply system was equally maintained at low and medium level, 35.29%. The water supply systems were poor maintenance: raw water source condition and clearification process. Raw water quality: 7 with good quality, 8 with fair quality and 2 with bad quality, while the overall water supply quality at the start and end of water distribution pipe was not met at a standard of drinkable water. The quality index not meeting a standard was in terms of turbidity, colored, iron, chromium, total coliform bacteria and fecal coliform bacteria. To get quality water supply for drinking, all committee’s water work should be training on clearification process, water supply system maintenance, supported new known how, follow-up control on their work to development of water supply quality in every area.

Keywords: evaluation, the committee's work on village water supply maintenance, water supply quality

---

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ผลจากการปฏิรูประบบราชการ การจัดหาสาธารณูปโภค จัดสร้างระบบประปาหมู่บ้านเดิมเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ได้แก่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมโยธาธิการ กระทรวงมหาดไทย กรมทรัพยากรธรณี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท ได้ถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกระทรวงมหาดไทยดำเนินการบริหารกิจการและการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านที่เป็นทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ ส่งเสริมให้ประชาชนในท้องถิ่นร่วมรับผิดชอบบริหารกิจการและบำรุงรักษาประปาหมู่บ้านในเชิงธุรกิจด้วยตนเอง โดยแต่ละหมู่บ้านคัดเลือกคณะบุคคลภายในหมู่บ้าน เป็นคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน ทำหน้าที่ บริหารกิจการประปา บำรุงรักษาระบบประปา และควบคุมการผลิตน้ำประปาภายในหมู่บ้าน (กระทรวงมหาดไทย, 2548) แต่ด้วยบุคลากรขาดผู้เชี่ยวชาญในการกำกับดูแล ทำให้กระบวนการผลิตประปา การเฝ้าระวัง และตรวจสอบคุณภาพน้ำไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง มักพบปัญหาเรื่องคุณภาพน้ำประปาไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพประปาดื่มได้มาโดยตลอด(กรมอนามัย, 2560)

จากรายงานสถานการณ์รูปแบบการบริโภคน้ำดื่มในครัวเรือนของประเทศไทย(กรมอนามัย, 2560) พบว่าแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือนปี พ.ศ. 2557 บริโภคน้ำบรรจุขวดมากที่สุดร้อยละ 30.79 รองลงมาเป็นน้ำประปาร้อยละ 20.75 น้ำฝนร้อยละ 15.93 น้ำตู้หยอดเหรียญร้อยละ 14.73 น้ำบ่อตื้นร้อยละ 9.37 และน้ำบาดาลร้อยละ 8.43 และคุณภาพน้ำบริโภคเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ จำนวน 8,992 ตัวอย่าง ในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2559 พบว่า คุณภาพน้ำบริโภค ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพทางกายภาพในปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 36.4 ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 35.1 และปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 34.6 โดยดัชนีคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้แก่ สี ความขุ่น และพีเอช คุณภาพน้ำทางเคมีปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 15.2 ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 15.6 และปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 16.2 ดัชนีคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ได้แก่ ปริมาณสารละลายทั้งหมดในน้ำ ความกระด้าง เหล็ก สังกะสี แมงกานีส ซัลเฟต ไนเตรท คลอไรด์ ฟลูออไรด์ และคุณภาพน้ำทางแบคทีเรียปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 67.3 ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 68.2 และปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 67.5 ดัชนีคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านมาตรฐาน ได้แก่ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย สำหรับพื้นที่ตำบลห้วยยายจิ๋ว จังหวัดชัยภูมิ มีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ 22 หมู่บ้าน มีรายงานทางระบาดวิทยา 3 ปีย้อนหลังพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 174 ราย อัตราป่วย 1,163.33 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 195 ราย อัตราป่วย 1,231.41 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ. 2559 จำนวน 223 ราย อัตราป่วย 1,634.18 ต่อแสนประชากร(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2560) จำนวนผู้ป่วยสูงกว่าที่แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 กำหนดเป้าหมายไว้ ในปี พ.ศ.2560-2565 โรคอุจจาระร่วงต้องน้อยกว่า 900 ต่อแสนประชากร(กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2560) ตำบลนี้มีระบบประปาผิวดินจำนวน 17 แห่งและแหล่งน้ำดิบสำหรับผลิตประปาจำนวน 13 แห่ง น้ำประปาทุกแห่งไม่เคยตรวจสอบคุณภาพน้ำ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพประกอบมีสาเหตุเชื่อมโยงกับการดื่มน้ำจากน้ำประปาที่ไม่ปลอดภัย นอกเหนือจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรคได้

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากน้ำประปาหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน คุณภาพน้ำดิบ และคุณภาพน้ำประปาในเขตตำบลห้วยยายจิ๋ว จังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นฐานความรู้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการกำกับดูแล และป้องกันปัญหา และเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบประปาผิวดินเตรียมเข้าสู่การประเมินรับรองมาตรฐานประปาดื่มได้ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้ใช้น้ำต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน คุณภาพน้ำประปาของระบบประปาผิวดินและคุณภาพน้ำดิบในเขตตำบลห้วยยายจิ๋ว อำเภอเทพสถิต จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้แบ่งประชากรออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน ในเขตตำบลห้วยยายจิ๋ว เป็นคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ผลิตประปาเฝ้าระวัง และตรวจสอบคุณภาพน้ำในช่วงที่ดำเนินการศึกษาวิจัย โดยมีคณะกรรมการฯ จำนวนทั้งหมด 98 คน 2) ตัวอย่างน้ำดิบสำหรับผลิตประปา ในเขตตำบลห้วยยายจิ๋ว มีแหล่งน้ำจำนวนทั้งหมด 13 แห่ง ส่งน้ำเข้าระบบผลิตประปาผิวดินจำนวน 17 แห่ง เก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำดิบ ณ จุดสูบน้ำเข้าระบบผลิตประปาผิวดินแห่งละ 1 ตัวอย่าง รวมเป็น 17 ตัวอย่าง แต่ละตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ 3 ซ้ำ และ 3) ตัวอย่างน้ำประปาผิวดิน มีระบบประปาจำนวนทั้งหมด 17 แห่ง เก็บตัวอย่างน้ำจากระบบประปาแห่งละ 2 จุด คือ น้ำประปา ณ ต้นท่อระบบจ่ายน้ำ 1 ตัวอย่าง น้ำประปาปลายระบบเส้นท่อ 1 ตัวอย่าง รวมเป็น 34 ตัวอย่าง แต่ละตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ 3 ซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งเครื่องมือที่ใช้เป็น 3 แบบ คือ 1) แบบสัมภาษณ์คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเริ่มงานดูแลระบบ จำนวนครั้งในการเข้าอบรมเรื่องประปาหมู่บ้าน รูปแบบประปาผิวดิน อายุการใช้งานระบบประปาผิวดิน จำนวนครัวเรือนที่ใช้น้ำ ขนาดระบบประปาผิวดิน ลักษณะโรงสูบน้ำผิวดิน การเติมสารส้ม การตรวจสอบคุณภาพน้ำประปา การเติมคลอรีน การตรวจวัดปริมาณคลอรีนตกค้าง เหตุที่ไม่วัดคลอรีนตกค้าง 2) แบบสังเกตระบบประปาผิวดินและการปฏิบัติงาน ตามมาตรฐานการดูแลและบำรุงรักษา ได้แก่ การตรวจสภาพระบบประปา และการปฏิบัติดูแลสภาพแวดล้อมของที่ตั้งประปา แหล่งน้ำผิวดิน การดูแลเครื่องสูบน้ำผิวดินและระบบควบคุม ระบบผลิต และระบบจ่ายน้ำดัดแปลงจากแบบประเมินการปฏิบัติงานตามรอบการบำรุงรักษาระบบประปาผิวดิน ของกรมทรัพยากรน้ำ ปี พ.ศ.2549 (มาตรฐานการดูแลบำรุงรักษาระบบประปาผิวดินกรมทรัพยากรน้ำ, 2549) (อ้างถึงใน สุขใจ สิงห์ขวา, 2551) และ 3) แบบบันทึกคุณภาพน้ำ การวิจัยนี้เก็บรักษาตัวอย่างและวิธีวิเคราะห์คุณภาพน้ำตามวิธีการใน Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater (APHA AWWA WEF, 2012) ตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ ณ ห้องปฏิบัติการกลาง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้วนำค่าเฉลี่ยคุณภาพน้ำ จากผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างละ 3 ซ้ำ เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานประปาดื่มได้(กรมอนามัย, 2553) สำหรับน้ำดิบประเมินระดับคุณภาพด้วยดัชนีคุณภาพน้ำทั่วไป (Water Quality Index: WQI) (กรมควบคุมมลพิษ, พ.ศ.2559) และเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำผิวดินประเภทที่ 3 ตามประกาศของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 8 ปี พ.ศ.2537

การแปลผล แบบสังเกตการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาผิวดิน จำนวนทั้งหมด 43 ข้อ แบ่งความถี่ของการปฏิบัติงานเป็น 3 ระดับ คะแนนเต็ม 129 คะแนนแบ่งระดับคะแนนรายข้อดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบ้างบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ / ปฏิบัติน้อยกว่ารอบที่กำหนด 0 คะแนน เมื่อพิจารณาภาพรวม มีการวัดเป็นระดับอัตราส่วน จึงแปลผลคะแนนแบ่งระดับชั้นคะแนน อ้างอิงเกณฑ์ตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom.B.S. (Bloom.B.S, 1968) กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยในการแปลผล ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ร้อยละคะแนนเฉลี่ย	คะแนนรวม
ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60	คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 78
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยระหว่างร้อยละ 60–79	คะแนนระหว่าง 79-103
ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 104

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2561 เลขที่ HE602349

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของระบบประปา ระบบประปาหมู่บ้านผิวดินที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 17 แห่ง พบว่า ประปาผิวดินส่วนใหญ่ใช้รูปแบบระบบของสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท ร้อยละ 82.36 รองลงมาเป็นรูปแบบของกรมอนามัยร้อยละ 17.65 ระบบประปาผิวดินส่วนมากมีอายุการใช้งานระหว่าง 6-10 ปีร้อยละ 52.95 จำนวนครัวเรือนที่ใช้น้ำส่วนมากอยู่ระหว่าง 101-200 ครัวเรือนร้อยละ 52.95 เป็นระบบผลิตประปาผิวดินขนาดใหญ่ประมาณครึ่งหนึ่งร้อยละ 58.83 มีเพียงส่วนน้อย(ร้อยละ 29.42) ที่ผู้ดูแลฯ ปฏิบัติ บำรุงรักษาระบบปรับปรุงคุณภาพน้ำอยู่ในระดับสูง ใส่สารส้มในขั้นตอนการกำจัดสารแขวนลอยเพียงร้อยละ 29.41 เติมคลอรีนเพื่อฆ่าเชื้อโรคปฏิบัติไม่ถึงครึ่งหนึ่ง(ร้อยละ 41.18) ในส่วนนี้ได้ตรวจวัดปริมาณคลอรีนตกค้าง ณ ปลายเส้นท่อบ้านผู้ใช้น้ำเพียง 5 แห่ง สำหรับสาเหตุที่ไม่วัดคลอรีนตกค้างเนื่องจากไม่มีความรู้ในการตรวจวัดคลอรีน และน้ำประปาหมู่บ้านทุกแห่งไม่เคยตรวจสอบคุณภาพน้ำ จึงยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรับรองเป็นประปาดื่มได้

2. ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.61 ส่วนมากมีอายุระหว่าง 40-50 ปีร้อยละ 38.78 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 6 ร้อยละ 30.76 มีประสบการณ์ในการดูแลระบบประปาระหว่าง 1-5 ปีร้อยละ 86.74 และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.90) ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล บำรุงรักษาระบบประปาเลย

3. การดูแลปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลบำรุงรักษา การดูแลปฏิบัติงานตามมาตรฐานของการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน ผู้ดูแลระบบมีคะแนนการปฏิบัติงานตามรอบระยะเวลาในการบำรุงรักษาระบบทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับต่ำและปานกลางจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 35.29 รองลงมาเป็นระดับสูงร้อยละ 29.42 ได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.65 + 23.19 คะแนน จากคะแนนเต็ม 129 คะแนน คะแนนน้อยที่สุด 19 คะแนน และมากที่สุด 119 คะแนน

ผู้ดูแลและบำรุงรักษาระบบประปาผิวดินปฏิบัติงานตามรอบระยะเวลาในการบำรุงรักษาส่วนมากอยู่ในระดับสูง คือ ด้านสภาพแวดล้อมของที่ตั้งประปาร้อยละ 58.83 เครื่องสูบน้ำดิบและระบบควบคุมร้อยละ 47.06 และระบบจ่ายน้ำร้อยละ 47.06 สำหรับการดูแลและบำรุงรักษาตามรอบระยะเวลาส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ คือ แหล่งน้ำดิบเพื่อการประปาร้อยละ 64.71 และระบบผลิตร้อยละ 52.94

เมื่อพิจารณารายด้านของความถี่ที่การปฏิบัติงานการดูแลและบำรุงรักษาระดับต่ำ พบว่า การดูแลและบำรุงรักษาแหล่งน้ำผิวดิน ผู้ดูแลฯเกือบทุกคน (ร้อยละ 94.12) ไม่เคยหาปริมาณสารส้มที่เหมาะสมในการกำจัดสารแขวนลอยด้วยเทคนิคจาร์เทสต์ (Jar test) ไม่เคยวัดค่าความขุ่น ค่าพีเอช มีปัญหาการกำจัดขยะและวัชพืชในแหล่งน้ำ และขุดลอกแหล่งน้ำที่ตื้นเขิน สำหรับการบำรุงรักษาเครื่องสูบน้ำ ไม่ตรวจโวลต์มิเตอร์และแอมมิเตอร์ร้อยละ 41.18 ด้านการบำรุงรักษาระบบผลิต ทุกคนไม่ทิ้งตะกอนก้นถังจ่ายคลอรีน เพื่อให้สารละลายที่เตรียมใหม่เข้มข้นตามที่กำหนด ไม่ตรวจลูกลอยหัวจ่ายแก๊สคลอรีนร้อยละ 82.36 ไม่ตรวจปริมาณคลอรีนหลงเหลือในน้ำประปาร้อยละ 82.36 ไม่ระบายตะกอนในถังตกตะกอนร้อยละ 76.47 ไม่ตรวจสอบอัตราการจ่ายปูนขาวร้อยละ 70.59 ป้ายบอกระดับถังน้ำใสร้อยละ 64.71 สภาพเครื่องจ่ายสารเคมีร้อยละ 64.71 การบำรุงรักษาระบบจ่ายน้ำมีความถี่ในการปฏิบัติงานเป็นประจำและไม่เคยปฏิบัติจำนวนเท่ากันในการตรวจสอบมาตรวัดน้ำประธานร้อยละ 47.06

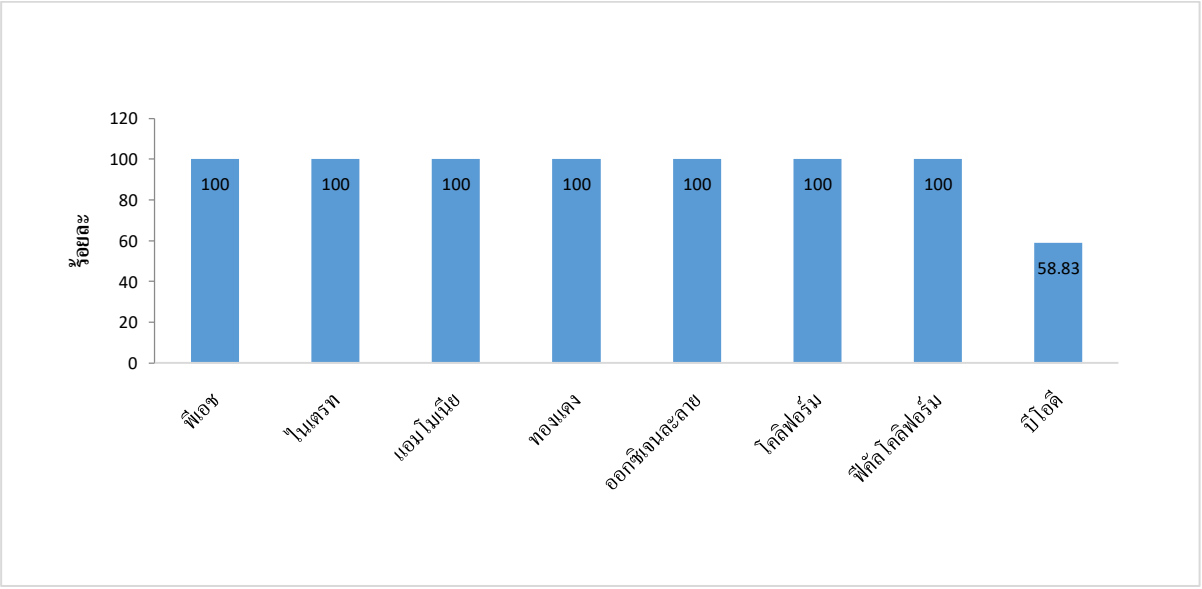
4. คุณภาพแหล่งน้ำดิบ

ตาราง 1 เกณฑ์คุณภาพน้ำจากการคำนวณดัชนีคุณภาพน้ำทั่วไป

เกณฑ์คุณภาพน้ำจากการคำนวณดัชนีคุณภาพน้ำทั่วไป (WQI)	จำนวน	ร้อยละ
ดี (คะแนนระหว่าง 71-100)	9	52.94
พอใช้ (คะแนนระหว่าง 61-70)	6	35.29
เสื่อมโทรม (คะแนนระหว่าง 31-60)	2	11.76

จากตาราง 1 คุณภาพน้ำดิบเป็นค่าคะแนนรวม ได้จากการคำนวณค่า WQI จาก 5 พารามิเตอร์ คือ ออกซิเจนละลาย บีโอดี โคลิฟอร์มแบคทีเรีย ฟีคัลโคลิฟอร์ม และแอมโมเนีย แล้วนำค่าคะแนนไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพผิวดินทั่วไป พบว่า คุณภาพน้ำดิบระดับดี 9 แห่ง ร้อยละ 52.94 ได้แก่ บ้านวังตาลาดสมบูรณ์ บ้านใหม่โนนเมือง บ้านโนนสง่า บ้านยางเตี้ย บ้านวังสมบูรณ์ คุณภาพน้ำดิบระดับพอใช้ 6 แห่ง ร้อยละ 35.29 ได้แก่ บ้านเมืองทอง บ้านโนนสน บ้านวังคมคาย บ้านมะกอกงาม บ้านหินเพลิงพัฒนา บ้านหนองผักบุ้ง บ้านประดู่งาม บ้านประสพโชค และคุณภาพน้ำดิบระดับเสื่อมโทรม 2 แห่ง ร้อยละ 11.76 ได้แก่ บ้านห้วยยายจิ๋ว บ้านเขาวงพระจันทร์

เมื่อพิจารณาคุณภาพน้ำดิบรายหมู่บ้านเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 3 พบว่า ดัชนีคุณภาพแหล่งน้ำที่ผ่านเกณฑ์ทุกแห่งคือ พีเอช ไนเตรท แอมโมเนีย ทองแดง ออกซิเจนละลาย โคลิฟอร์มแบคทีเรีย ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย สำหรับดัชนีคุณภาพน้ำมีเพียงค่าบีโอดีเท่านั้นที่ไม่ผ่านเกณฑ์ พบใน 7 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านวังคมคาย บ้านยางเตี้ย บ้านประดู่งาม บ้านใหม่โนนเมือง บ้านเขาวงศ์พระจันทร์ บ้านประสพโชค และบ้านโนนสน รายละเอียดดังภาพประกอบ 1



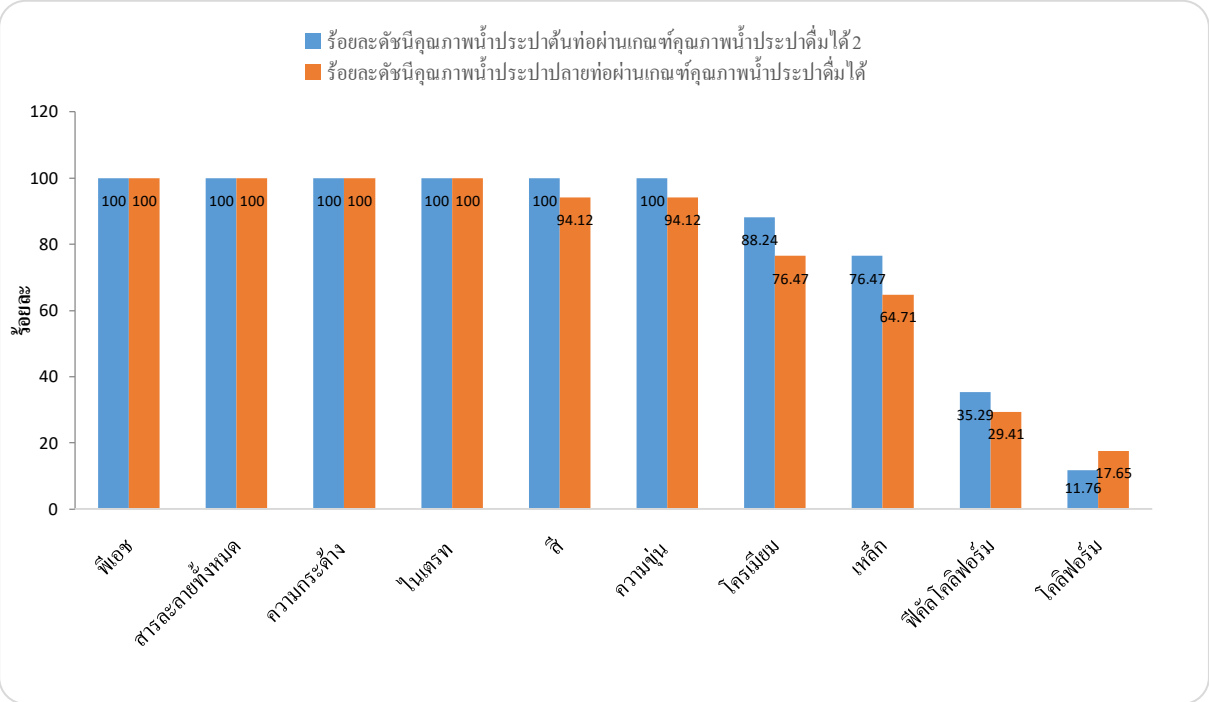
ภาพประกอบ 1 ร้อยละของคุณภาพน้ำดิบผ่านเกณฑ์คุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินประเภทที่ 3

5. คุณภาพน้ำประปาผิวดิน

น้ำประปา ณ ต้นท่อระบบจ่ายน้ำเมื่อพิจารณาตามดัชนีคุณภาพน้ำเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ พบว่า ดัชนีคุณภาพน้ำทางกายภาพประกอบผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกแห่ง คือ พีเอช สำหรับสีผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 94.12 และความขุ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 70.59 ดัชนีคุณภาพน้ำทางเคมีผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ สารละลายทั้งหมด ความกระด้าง และไนเตรท สำหรับโครเมียมผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 76.47 และเหล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 64.71 และดัชนีคุณภาพน้ำทางแบคทีเรียที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ฟีคัลโค

ลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 29.41 และโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 17.65 รายละเอียดดังภาพประกอบ 2

น้ำประปาจากปลายระบบเส้นท่อเมื่อพิจารณาตามดัชนีคุณภาพน้ำเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ พบว่า ดัชนีคุณภาพน้ำทางกายภาพประกอบผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกแห่ง คือ พีเอช สี สำหรับความขุ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 35.29 ดัชนีคุณภาพน้ำทางเคมีที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกแห่ง คือ สารละลายทั้งหมด ความกระด้าง ไนเตรท สำหรับโครเมียมผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 88.24 และเหล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 76.47 ดัชนีคุณภาพน้ำทางแบคทีเรียที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คือ ฟีคัลโคลิฟอร์แบคทีเรียร้อยละ 35.29 และโคลิฟอร์มแบคทีเรียร้อยละ 11.76 รายละเอียดดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 คุณภาพน้ำประปาผ่านเกณฑ์คุณภาพเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้

สรุปและอภิปรายผล

ระบบประปาหมู่บ้านทั้งหมด 17 แห่ง มีการปฏิบัติในการปรับปรุงคุณภาพน้ำเพียงส่วนน้อย ไม่ใช้สารส้มในขั้นตอนการกำจัดสารแขวนลอย และไม่เติมคลอรีนในขั้นตอนการฆ่าเชื้อโรค สำหรับสาเหตุที่ไม่วัดคลอรีนตกค้างเนื่องจากไม่มีความรู้ในการตรวจวัด การไม่ตรวจสอบอัตราการจ่ายปูนขาว อัตราการจ่ายคลอรีน อาจทำให้ระบบการกรองทำงานไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ปัญหาเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการอุดตันภายในระบบได้ง่าย และการจ่ายสารเคมีไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลให้คุณภาพน้ำประปาไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานประปาดื่มได้ทุกแห่ง ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้น้ำ เกิดการเจ็บป่วยจากโรคที่มีน้ำเป็นสื่อได้

คุณภาพน้ำดิบพบว่าค่าบีโอดีของ 7 หมู่บ้านมีค่าสูง อาจเนื่องจากสภาพแหล่งน้ำดิบเป็นแหล่งน้ำตื้นๆ มีวัชพืชปกคลุม มีการทับทมของเศษวัชพืช รวมทั้งการปนเปื้อนจากน้ำเสียครัวเรือน แปลงเกษตร การเลี้ยงสัตว์และฟาร์มสัตว์บริเวณใกล้เคียง ไหลลงแหล่งเก็บน้ำของหมู่บ้าน การเลือกแหล่งน้ำดิบนอกจากจะพิจารณาด้านปริมาณน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการ แล้วยังต้องพิจารณาคุณภาพน้ำควบคู่ไปด้วย เนื่องจากคุณภาพน้ำเป็นปัจจัยกำหนดกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำ ดังนั้นควรหมั่นกำจัดวัชพืชไม่ให้กีดขวางทางเดินน้ำและอาจทำให้น้ำเน่าเสีย เป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ และในทุกปีควรขุดลอกแหล่งน้ำในกรณีที่มีดินโคลนไหลลงไปในแหล่ง

น้ำทำให้แหล่งน้ำตื้นเขิน ให้สามารถกักเก็บน้ำได้ปริมาณเต็มที่

คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านมีประสบการณ์ในการดูแลระบบประปาส่วนใหญ่ระหว่าง 1-5 ปี แต่เกือบทั้งหมดไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องระบบประปาหมู่บ้านเลย เนื่องจากแต่ละหมู่บ้านผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลระบบประปาทุกๆ 2 ปี หรือหมดวาระตามอายุงานของผู้ใหญ่บ้าน และไม่มีการส่งต่อความรู้ การปฏิบัติในการดูแลระบบให้แก่คณะกรรมการชุดใหม่ที่เข้ามาปฏิบัติงานต่อ ในการปฏิบัติงานผู้ดูแลฯ ขาดงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์และสารเคมี ขาดความรู้ในการใช้อุปกรณ์ ส่งผลให้คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านปฏิบัติงานบำรุงรักษาไม่ตรงตามรอบการบำรุงรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนอุปกรณ์ และสารเคมี ในการปฏิบัติงานการบำรุงรักษาระบบประปา และการผลิตน้ำประปา

2. ควรจัดอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามรอบบำรุงการรักษาระบบประปารวมทั้งความรู้ในเรื่องกระบวนการผลิตแก่คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านเพิ่มมากขึ้นโดยอาจจัดอบรมทุกปี เพื่อให้ผู้ดูแลระบบผลิตประปามีความรู้มากพอที่จะปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาทุกแห่งอย่างสม่ำเสมอโดยเก็บตัวอย่างน้ำส่งตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระบบน้ำประปาและการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำแก่คณะกรรมการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านของหมู่บ้าน

4. มีหน่วยงานติดตามการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบำรุงรักษาระบบฯ ให้สามารถดูแลบำรุงรักษาระบบประปาตามรอบเวลาที่กำหนด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากการสนับสนุนของผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย โดยเฉพาะผู้นำชุมชนและคณะกรรมการดูแลบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้านทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงมหาดไทย. **ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการบริหารกิจการและการบำรุงรักษาระบบประปา หมู่บ้าน.** ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 122 ตอนพิเศษ 125 ง ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2548 . [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2548.

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. **แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับ3 พ.ศ. 2560 – 2564.** ศูนย์บริการวิชาการมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560, 74 หน้า .

กรมอนามัย. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค. **สถานการณ์คุณภาพน้ำ บริโภคในประเทศไทย ปี 2551-2559.** นนทบุรี:กรมอนามัย; 2560.

กรมอนามัย ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย. **เกณฑ์คุณภาพน้ำประปากรมอนามัย.** นนทบุรี: กรมอนามัย; 2553.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. **รายงาน 506 ลักษณะข้อมูล: ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขต ตำบลห้วยยายจิ๋วที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดชัยภูมิ.** ชัยภูมิ; 2560.

กรมควบคุมโรค. **แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาด้านป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564**. นิวธรรมดาการพิมพ์จำกัด:โรงพิมพ์สถาบันวิจัย จัดการความรู้ และมาตรฐานการควบคุมโรค (สคร.). กรมควบคุมโรค; 2559.

กรมควบคุมโรค. **Guidelines for Drinking Water Quality : Surveillance and control of communitysupplies (vol.3)** [online] 2017 [cited 2017 Aug 9]. Available from: ttp://www.who.int/water_sanitation_health/ dwq/gdwq2v1/en/index2.html.

Bloom.B.S. (1968). **Mastery learning.** UCLA – CSEIPE valuation Comment. 1(2) Losangeles. University of California at Los AngelesChun; 1968.

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ. **ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติพ.ศ. 2535 เรื่อง กำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน.** ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 111 ตอนที่ 16 ง ลง วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2537. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2537.

กรมควบคุมมลพิษ. สำนักจัดการคุณภาพน้ำ ส่วนแหล่งน้ำจืด **ค่าคะแนนรวมของคุณภาพน้ำ 5 พารามิเตอร์ การคำนวณค่า WQI แบบ**ใหม่. กรมควบคุมมลพิษ; 2559.

กรมทรัพยากรน้ำ. **มาตรฐานการดูแลและบำรุงรักษาระบบประปาผิวดิน.** กรุงเทพฯ:กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2549.

สุขใจ สิงห์ขวา.(2551) การพัฒนาศักยภาพระบบการผลิตประปาหมู่บ้านตำบลบ้านหัน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย อนามัยสิ่งแวดล้อม.**,11(1), 43-55

ผลกระทบของสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตต่อระบบนิเวศในสวนยางพารา จ.อุบลราชธานี

Effect of Paraquat to Ecosystem in Rubber Field, Ubon Ratchathani Province, Thailand

สุภาพร ใจการุณ[1], สังวาล สมบูรณ์[2]

Supaporn Chaigarun, Sungwarl Somboon

(Received: November 23 ,2018 ; Accepted: December 19 ,2018)

บทคัดย่อ

สารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตที่ใช้ในสวนยางพารา มีเป้าหมายเพื่อควบคุมหญ้า แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยภายหลังการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตเกี่ยวกับการตกค้างของ พาราควอตในดิน และเห็ด โดยเฉพาะผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตในดิน เช่น ปลวก ยังพบน้อย ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบดัชนีความอุดมสมบูรณ์ของปลวก (E_{sn}) การตกค้างของสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตในดิน และเห็ด ระหว่างพื้นที่ปลูกยางพาราที่ใช้กับไม่ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต ในจังหวัดอุบลราชธานี การเก็บข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ในส่วนที่ 1 ใช้เครื่องมือ GT testkit® และ GC เพื่อศึกษาการตกค้างของสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตในดิน เห็ด และดัชนีความอุดมสมบูรณ์ (E_{sn})ของปลวก ในดิน ส่วนที่ 2 เป็นการสำรวจความคิดเห็นจากเกษตรกรจำนวน 180 คน เกี่ยวกับความเสี่ยงของการบริโภคเห็ดในพื้นที่ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยาย และความ แตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ของปลวก (E_{sn}) ในสวน ยางพาราที่ไม่ได้พ่นสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต มีค่ามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ผลต่างของค่าดัชนี ความอุดมสมบูรณ์ของปลวก (E_{sn}) ในแปลงไม่ใช้สารเคมีและแปลงที่ใส่สารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตสำหรับกลุ่มปลวกบนดิน เท่ากับ 2.8 โดยมีค่า 95% CI เท่ากับ 1.59 ถึง 4.68 และสำหรับกลุ่มปลวกใต้ดิน เท่ากับ 4.6 โดยมีค่า 95% CI เท่ากับ 1.87 ถึง 5.98 รวมทั้งจากการสำรวจพบว่า เกษตรกรตระหนักถึงความเสี่ยงในประเด็น 1) การบริโภคเห็ด 2) การได้รับสารเคมีตกค้างจากเห็ด 3) การมีสัดส่วนสารตกค้างในดินและน้ำที่สูง (ร้อยละ 98.89 และ 99.44 ตามลำดับ) การศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ชัดว่า เห็ดจากพื้นที่ใกล้พื้นที่ปลูกยางพาราไม่ปลอดภัยสำหรับการบริโภค รวมทั้งการศึกษาครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า ผลกระทบของสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต ถือว่าเป็นความเสี่ยงทั้งต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพของบุคคล ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นเกษตรกร บุคลากรทางภาครัฐ บุคลากรภาคการศึกษา ผู้จำหน่าย/ผลิตสารกำจัดวัชพืช ผู้กำกับควบคุม และผู้ดูแลนโยบาย ควร ตระหนักและเร่งแก้ไขปัญหาการตกค้างของสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ประชาชน และการจำกัดสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตอย่างอย่างจริงจังในประเทศไทย

คำสำคัญ : พาราควอต, ระบบนิเวศ, สวนยางพารา

Abstract

The adverse effects of paraquat, sprayed in rubber field to control grasses, include health and environment. However, a few research focused on the residue of paraquat in soil, and mushroom after using paraquat. Especially, impact to organism in soil such as termite. The purpose of present study was to compare species richness index of termite, the residue of paraquat in soil, and mushroom between untreated and treated rubber field in Ubon Ratchathani province, Thailand. The experimental study included untreated and treated rubber fields in Ubon Ratchathani Province, Northeast of Thailand. Collecting data consisted of two parts. First, both instruments, the GT testkit® for field and the Gas Chromatograph for laboratory, were used to study the contamination of paraquat in soil, and mushroom, including species richness index of termite in soil. Second, one hundred and eighty farmers were asked about concerning about the risk of consuming local mushroom. Data analysis included descriptive statistic and mean difference (MD) between groups. The results revealed that there was significantly different of the species richness index of termite in treated and untreated rubber fields ($p<.05$). Moreover, MD between treated and untreated rubber fields in termite in soil was 2.8 (95% CI = 1.59-4.68) and 4.6 (95% CI = 1.87-5.98). From interview, the farmers concerned about the risk about 1) consuming mushroom, 2) receiving the chemicals from mushroom, and 3) contaminating chemical in soil and in water that had high proportions (98.89 and 99.44, respectively). This indicates that mushroom near rubber field are now relatively unsafe for consumption. This suggests the high adverse impact of Paraquat on environments and human health as being risked. The study suggested that stakeholders

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[2] อาจารย์ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรรม และปัจจุบันก็มีแนวโน้มของการใช้ปัจจัยการผลิต เช่น ปุ๋ยเคมี สารเคมีกำจัดวัชพืช และสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเพิ่มตามไปด้วยเช่นกัน ถึงแม้ว่า รัฐบาลได้ออกประกาศใช้พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 ขึ้นใช้ควบคุมสารเคมีการเกษตรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 และมีการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2552 โดยมีกรมวิชาการเกษตรเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการควบคุม และกำกับดูแลในเรื่องการแบ่งสารเคมีทางการเกษตรชนิดต่างๆตามความจำเป็นเกี่ยวกับการควบคุมการขึ้น ทะเบียน เพื่อเลือกสารเคมีทางการเกษตรที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยเพื่อใช้ในประเทศการออกใบอนุญาต ควบคุมกิจการผลิตนำเข้าส่งออกและมีไว้ในครอบครอง การตรวจสอบและกำกับดูแลคุณภาพผลิตภัณฑ์ในท้องตลาด ภายหลังจากการขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตการติดตามข้อมูลการใช้และผลกระทบเพื่อ พิจารณาห้ามใช้หรือจำกัดการใช้แต่ก็ยังไม่ได้ผลตามที่หลายๆ ฝ่ายคาดหวังไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอนุญาต ให้ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชที่มีระดับความเป็นพิษร้ายแรง เช่น พาราควอต เป็นต้น พาราควอต (paraquat) จัดอยู่ในกลุ่ม bipyridyl มีชื่อทางเคมีคือ 1,1'-dimethyl-4,4'-bipyridinium dichloride ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการเติบโตของเซลวัชพืชเฉพาะส่วนที่เป็นสีเขียว และทำให้เนื้อเยื่อของเซลนั้นแห้งลงสามารถใช้ได้กับพืชผลหลายชนิด โดยเฉพาะใช้ในการกำจัดวัชพืชที่ยังอ่อนและมักใช้ฉีดพ่นในพื้นที่ ที่ไม่มีการปลูกพืช หรือในระหว่างแถวของแปลงผักแปลงปลูกไม้ยืนต้น เช่น ยางพารา ปาล์มน้ำมัน เป็นต้น การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชพ่นให้ต้นแห้งและใบร่วงดังกล่าว มีผลตกค้างถึงผลิตผลที่จะนำ มาใช้บริโภค พาราควอตขึ้นชื่อว่าเป็นสารที่มีพิษหรืออันตรายสูงที่สุด มีค่า LD_{50} เท่ากับ 50-70 mg/Kg ที่ทำให้วัวและลิง ตายได้ พาราควอต มีชื่อการค้าที่คุ้นเคย เช่น กรัมม็อกโซน ไตรควอทเดกซ์ซูรอน หรือที่ลงท้ายด้วยคำว่า โซน เป็นสารที่มีอันตรายร้ายแรงที่ใช้ป้องกันและกำจัดวัชพืช ละลายน้ำได้ดีและสามารถถูกน้ำพัดพาไปได้ ถึงแหล่งน้ำต่างๆ ได้มีการนำมาใช้ประโยชน์ทางการเกษตรครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2505 และได้แพร่หลายอย่าง รวดเร็วไปยังประเทศต่าง ๆ กว่า 130 ประเทศ พาราควอตสามารถถูกจุลินทรีย์ย่อยสลายได้ตามธรรมชาติ แต่ เมื่อใช้นานเข้า พาราควอตจะเกาะติดกับอนุภาคของดินเหนียวทำให้จุลินทรีย์ย่อยสลายได้ยากขึ้น ทำให้เกิดการปนเปื้อนของสารพิษนี้ลงสู่แหล่งน้ำสูงเกิดการดูดซับและสะสมในแพลงค์ตอนพืช แพลงค์ตอนสัตว์ ตะกอนดินและสัตว์น้ำ และสามารถทำให้เนื้อเยื่อตับไตและเหงือกปลาถูกทำลาย หรือการสะสมในตัวสัตว์น้ำอาจจะส่งผลร้ายต่อผู้บริโภคได้ [1] พาราควอตสามารถเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ได้หลายช่องทาง ไม่ว่าจะ เป็นการสัมผัสสารผ่านทางผิวหนัง ผลกระทบทางสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อยเมื่อสัมผัสได้แก่ ผิวหนังแตก เป็นร่องลอก ซึ่งอาการที่เกิดกับผิวหนังนี้มีมากกว่าร้อยละ 50 ของอาการเกิดพิษทั้งหมด [2] หรือไหม้ คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบากแบบเฉียบพลัน เวียนหัว หายใจสั้น การบาดเจ็บของดวงตา และเล็บเสียหาย สีซีด ผลกระทบทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ปากเป็นแผลพุพอง เบื่ออาหาร ปวดท้อง กระหายน้ำ ปวดหัว เป็นไข้ปวด กล้ามเนื้อ เซื่องซึม หัวใจเต้นเร็ว และอาจมีเลือดกำเดาไหล [3] มากกว่านั้นยังพบการตกค้างของพาราควอตในปัสสาวะของมารดาและขี้เทาของทารกที่อาศัยอยู่ในและนอกพื้นที่การเกษตรที่มีการใช้สารพาราควอต 3 แห่ง ได้แก่ จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดกาญจนบุรี ปริมาณที่พบปนเปื้อนไม่มีความ แตกต่างทางสถิติ ซึ่งเกิดจากการบริโภคของที่ปนเปื้อนสารพาราควอต ไม่ว่าจะเป็นอาหารหรือน้ำดื่ม [4] ในประเทศไทย มีนักวิชาการพยายามศึกษาผลกระทบของสารพาราควอต ที่มีต่อมิติสิ่งแวดล้อมและ มิติสุขภาพ เช่นตกค้างในดิน พืชผักที่ปลูกและน้ำ ในจังหวัดหนองบัวลำภู นอกจากนั้นยังพยายามศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหนังเน่า และพยายามเสนอเพื่อให้มีการยกเลิกการใช้สารพาราควอตในประเทศไทย แต่มีประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ประเด็นหนึ่ง คือ สารเคมีพาราควอตออกฤทธิ์หยุดยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์วัชพืช เฉพาะส่วนที่เป็นสีเขียวและทำให้เซลล์ของเนื้อเยื่อนั้นแห้งลงโดยไม่แพร่กระจายเข้าสู่เนื้อเยื่อพืชหรือไม้ที่ปลูก เหตุใดถึงพบสารเคมีพาราควอตตกค้างในพืชผักที่ปลูก ซึ่งไม่ตรงกับกลไกการออกฤทธิ์ของสารเคมีพาราควอตในทางทฤษฎีของการเกษตร

จากการลงพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี คุยกับปราชญ์ชาวบ้านในประเด็นที่ยังถกเถียงกันอยู่ ซึ่งขัดกับ หลักฐานที่พบในพื้นที่หลายประการ ยกตัวอย่าง ชาวบ้านถูกหามส่งโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ในกรณีบริโภคเห็ด ที่ปนเปื้อนสารเคมี เช่น เห็ดโคนหรือเห็ดปลวก เป็นต้น เห็ดโคน ชาวอีสานมักจะเรียกว่า “เห็ดปลวก” เพราะเป็นเห็ดที่มีความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกับปลวก (obligate symbiosis) โดยต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ซึ่งกันและกัน เห็ดโคนจะเจริญ เติบโตออกจากรังปลวก หรือจอมปลวก ถ้าพบเห็ดโคนเจริญเติบโตในบริเวณใดก็ตาม เมื่อขุดลึกลงในดินจะพบรากเห็ดโคนเจริญมา จากรังเลี้ยงตัวอ่อน (comb) หรือสวนเห็ด (fungus garden) เมื่อเห็ดโคนเจริญเติบโตเต็มที่ก็จะมีการสร้าง สปอร์บริเวณครีบดอก และในขณะที่ดอกเห็ดบานออกจะปล่อยสปอร์ที่แก่หลุดออกจากดอก ซึ่งจะถูกลมพัดพาไปตกในบริเวณที่เหมาะสม หรือบริเวณที่มีอินทรียวัตถุมากๆ จะมีกลิ่นดึงดูดปลวกได้เป็นอย่างดี ปลวกจะกินอินทรียวัตถุเป็นอาหารพร้อมกับคาบบางส่วนเข้าไปในรังปลวกเพื่อเก็บ เป็นอาหารสำหรับเลี้ยงตัวอ่อน การสร้างรังปลวกจะเริ่มที่ผิวดินก่อน สปอร์ของเห็ดโคนจะเข้าไปในรังปลวกพร้อมกับเจริญเติบโตเป็นเส้นใยอยู่ภายในรังเลี้ยงตัวอ่อน จากนั้นเส้นใยของเห็ดโคนก็จะพัฒนาไปเป็นตุ่มเล็กๆ กระจาย อยู่บริเวณสวนเห็ดซึ่งอยู่ภายในรังเลี้ยงตัวอ่อน ถ้าสภาวะแวดล้อม อุณหภูมิ และความชื้นเหมาะสม ตุ่มดอกจะค่อยๆ พัฒนาและเจริญไปเป็นดอกเห็ดโคน ปลวกเพาะเลี้ยงเห็ดโคนที่ชาวบ้านรู้จักกันดีคือ ปลวกใหญ่ หรือ มีชื่อ วิทยาศาสตร์ว่า Macrotermes sp. เป็น ปลวกที่สร้างจอมปลวกขนาดใหญ่บนพื้นดิน เห็ดโคนที่เกิดร่วมกับ ปลวกสกุลนี้ส่วนมากจะเป็นเห็ดโคนขนาดใหญ่ [5]

ดังนั้นทีมวิจัย จึงลงพื้นที่อีกครั้ง เพื่อสอบถามและอภิปรายกับปราชญ์ชาวบ้านที่ทำการเกษตรมา นานมากกว่า 50 ปีในอำเภอสว่างวีรวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้พบประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นว่า คน อีสานชอบบริโภคเห็ด โดยเฉพาะเห็ดที่มาจากป่า แต่ปัจจุบันมีการตัดต้นไม้ทำลายป่า มาทำสวนยางพารามากขึ้น ดังนั้นเห็ดที่นำมาขายในปัจจุบัน จะเป็นเห็ดที่มาจากท้ายสวนยางพารา หรือ ไร่มันสำปะหลัง เป็นต้น ซึ่งพืชเหล่านี้มีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชจำนวนมาก และที่สำคัญคือ เห็ดไม่ใช่พืชสีเขียว แต่เป็นเชื้อรา นอกจากนั้นจากการอภิปรายในประเด็นนี้ร่วมกับปราชญ์ชาวบ้าน ได้ตั้งข้อสังเกตอีกว่า เห็ดโคนที่ชาวบ้าน เรียกติดปากว่า เห็ดปลวก ในอดีตบริเวณใดมีปลวก ส่วนใหญ่เห็ดปลวกหรือเห็ดโคนจะเกิดตามมาถัดจากนั้น เป็นไปได้หรือไม่ ที่สารเคมีพาราควอตมีผลกระทบต่อปลวก ซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตนอกเป้าหมาย (Non-target) และน่าจะมีผลต่อปริมาณเห็ดปลวกที่เกิด บริเวณท้ายสวนยางพารา รวมถึงการตกค้างของสารพาราควอตในเห็ดปลวกหรือเห็ดโคน ดังนั้นทีมนักวิจัย จึงศึกษาผลกระทบในประเด็นนี้ เพื่อนำเสนอสู่สังคมให้ได้รับทราบ และคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ (E_{sn}) ของปลวกระหว่างสวนยางพาราที่ใช้สารเคมีพาราควอตและไม่ใช้สารเคมีพาราควอต

2. เพื่อศึกษาการตกค้างของสารเคมีพาราควอตในดินและเห็ดโคน ระหว่างสวนยางพาราที่ใช้ สารเคมีพาราควอตและไม่ใช้สารเคมีพาราควอต

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ (E_{sn}) ของปลวก และการตกค้างของสารเคมีพาราควอตในดินและเห็ดโคน ระหว่างสวนยางพาราที่ใช้สารเคมีพาราควอตและไม่ใช้สารเคมีพาราควอต

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

1. กำหนดแปลงศึกษาขนาด 40x40 เมตร จำนวน 6 แปลง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 3 แปลง (ซ้ำ) โดยกลุ่มทดลองที่ 1 พ่นด้วยน้ำเปล่า (แปลงควบคุม) และกลุ่มทดลองที่ 2 พ่นด้วยสารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต อัตรา 450 ซีซีต่อน้ำ 80 ลิตร (อัตราแนะนำสำหรับการพ่นพื้นที่ 1 ไร่)

- ทำการสำรวจปลวก โดยวางกับดัก (Sentricon Bait Station) จำนวน 16 กับดัก ที่ภายในกับดักบรรจุด้วยกระดาษลูกฟูกที่ใช้เป็นเหยื่อล่อนาน 15 วันแล้วทำการเก็บกับดักก่อนการพ่นสาร 1 วัน และวางกับดักใหม่หลังการพ่นสาร 1 สัปดาห์ นำกับดักไปแยกเอาปลวกออก แล้วดอง

ในแอลกอฮอล์ 70% หลังจากนั้นนับจำนวนและจำแนกชนิดในห้องปฏิบัติการ

- นำข้อมูลจำนวนและชนิดของปลวกที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ (E_{sn}) ของปลวก โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป EcoSim

2. การทดสอบความเป็นพิษของสารพาราควอตต่อปลวกงานโดยวิธีสัมผัสตาย (Contact poison) โดยวางแผนการทดลองแบบ Completely Randomized Design (CRD) จำนวน 6 กลุ่มการทดลอง ๆ ละ 5 ซ้ำ ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ 1 น้ำเปล่า (ควบคุม)

กลุ่มทดลองที่ 2 สารพาราควอตความเข้มข้น 20,000 ppm

กลุ่มทดลองที่ 3 สารพาราควอตความเข้มข้น 10,000 ppm

กลุ่มทดลองที่ 4 สารพาราควอตความเข้มข้น 5,000 ppm

กลุ่มทดลองที่ 5 สารพาราควอตความเข้มข้น 2,500 ppm

กลุ่มทดลองที่ 6 สารพาราควอตความเข้มข้น 1,250 ppm

ทำการเตรียมสารละลายความเข้มข้นต่างๆ ความเข้มข้นละ 200 ซีซี หลังจากนั้นตัดกระดาษกรองเบอร์ 1 (Wattman#1) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 7 เซนติเมตร แล้วจุ่มลงในสารละลายนาน 5 วินาที จึงคีบออกมาผึ่งบนตะแกรงพอหมาด จึงคีบลงในกล่องพลาสติกทรงกลมเส้นผ่าศูนย์กลาง 8 เซนติเมตร เขี่ยปลวกงานรุ่นที่ 1 (F1) อายุ 1 สัปดาห์ ที่ได้จากการเลี้ยงจาก ปลวกในแปลงยางพาราที่ไม่ได้พ่นสาร ลงไปกล่องละ 10 ตัว แล้วปิดฝากล่องที่มีการเจาะรู 5 รู ต่อฝา หลังจากนั้นนับปลวกงานที่ตายหลังจากได้รับสารที่ 24, 48 และ72 ชั่วโมง นำจำนวนปลวกที่ตายมาวิเคราะห์ค่าความเป็นพิษ (Median Lethal Concentration ; LC_{50}) ด้วยวิธี Probit analysis

3. เก็บตัวอย่างดินที่ความลึกจากผิวดิน 15 เซนติเมตร จำนวน 25 จุด ในหนึ่งแปลง สำหรับพื้นที่ การใช้สารเคมี 4x4 เมตร เว้นระยะทุก 1 เมตร ด้วย Tube auger จำนวน 3 ซ้ำ (ต่อพื้นที่การใช้ สารเคมี) แล้วนำตัวอย่างดินมาผสมให้เข้ากันด้วยวิธี composite sampling techniques [6] ใส่ในถุงพลาสติกเพื่อนำมาวิเคราะห์หาสารตกค้างในห้องปฏิบัติการด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์สารพิษ ตกค้าง Gas Chromatograph (GC) และ High-performance liquid chromatography (HPLC) โดยเก็บตัวอย่างดินก่อนการพ่นสาร 1 สัปดาห์ และเก็บอีกครั้งหลังการพ่นสาร 30 วัน

4. สุ่มนับจำนวนเห็ดโคนเมื่อใกล้ฤดูเห็ดโคนเกิดจนหมดฤดูและเก็บตัวอย่างเห็ดโคนจากแปลงที่ใช้สารเคมีตามคำแนะนำของนักวิชาการเกษตร ทำการสำรวจในพื้นที่ 10x10 เมตร อย่างน้อย แปลงละ 1 กิโลกรัม เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสารตกค้างในห้องปฏิบัติการด้วยเครื่องตรวจวิเคราะห์สารพิษตกค้าง Gas Chromatograph (GC) และ High-performance liquid chromatography (HPLC)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลดัชนีความอุดมสมบูรณ์ (E_{sn}) ของปลวก โดยใช้การวิเคราะห์ค่า Mean Difference โดยใช้แบบจำลองความถดถอยเชิงเส้นตรง (Linear regression model)

2. วิเคราะห์ข้อมูลการตกค้างของสารเคมี พาราควอต ในดินและเห็ดโคน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2

ประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ ประชาชนในฐานะผู้บริโภคเห็ดโคนที่นำมาทำเป็นอาหารในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี และมีความยินดีในการตอบแบบสัมภาษณ์ ทั้งหมด 180 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่บริโภคเห็ดโคนในจังหวัดอุบลราชธานี ใช้สูตรการประมาณค่าของสัดส่วนประชากร[7] ดังนี้

$$N = \frac{Z^2 \times (P\,(1-P))}{D^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง Z = 1.96

p = สัดส่วนความกังวลของของประชาชนเกี่ยวกับการปนเปื้อนของสารเคมีพาราควอต ที่นำมาทำ เป็นอาหาร คือ 0.87 (จากการศึกษา pilot study)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ในการประมาณค่าสัดส่วนคือ 5% แทนค่าในสูตรจะได้

n = 173.79 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคจำนวน 180 คน และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แบ่ง สัดส่วนของประชาชนที่บริโภคเห็ดโคน โดยหาอัตราส่วนอย่างง่าย เก็บตัวอย่างผู้แทนครัวเรือนที่บริโภค เห็ดโคน ครัวเรือนละ 1 คน ที่มีอายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบบสอบถามความกังวลใจของประชาชนเกี่ยวกับเห็ดโคน โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลความกังวลใจของ ผู้บริโภคเห็ดโคน เป็นข้อคำถาม จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความกังวลใจในการไปสัมผัสดินโคลนบริเวณที่มี การไปฉีดพ่นสารเคมี จำนวน 5 ข้อ และด้านความกังวลใจในการบริโภคเห็ดโคนบริเวณที่มีการไปฉีดพ่น สารเคมี จำนวน 10 ข้อ โดยได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบแล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เป็นต้น

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

1. ดัชนีความอุดมสมบูรณ์ของปลวก (species richness index) ในแปลงทดลองสวนยางพารา

ก่อนพ่นสารเคมีพาราควอต สำรวจพบแมลงในสวนยางพารามีจำนวนทั้งหมด 3,248 ตัว เมื่อจำแนกปลวกตามชนิดและบทบาทของปลวก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มปลวกบนดิน 2) กลุ่มปลวกใต้ดิน โดยมีสัดส่วนของกลุ่มปลวกบนดิน (ร้อยละ 49.05) ใกล้เคียงกับกลุ่มปลวกใต้ดิน ดังแสดงในตาราง 1 ชนิดของกลุ่มปลวกใต้ดิน ก่อนพ่นสารเคมีพาราควอต ที่พบมากที่สุด*คือ Macrotermes gilvus (Hagen)* ส่วน กลุ่มปลวกบนดิน ที่พบมากที่สุดคือ *Hypotermes makhamensis Ahmad* ตามลำดับ สอดคล้องกับชนิดของปลวก ที่พบในบริเวณสวนยางพาราในเขตจังหวัดกระบี่ จังหวัดตรัง จังหวัดพัทลุง จังหวัดสตูล และจังหวัดสงขลา คือ วงศ์ Termitidae มี 3 ชนิดได้แก่ *Globitermes sulphureus, Macrotermes gilvus* และ *Macrotermes carbonarius* โดยปลวก *M. gilvus* เป็นปลวกที่พบมากที่สุดในสวนยางพารา พบรองลงมาคือ *G. sulphureus* และ *M. carbonarius* ตามลำดับ[8] เช่นเดียวกับชนิดปลวกที่สร้างสวนเห็ดราในประเภทป่า ผสมผลัดใบระดับต่ำภายในพื้นที่ป่าสถานีวิจัยกาญจนบุรี พบมีปลวก 2 ชนิด ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด เห็ดโคนในพื้นที่ ได้แก่ *H. makhamensis* และ *M. gilvus* โดยเห็ดโคนที่พบมี 2 ชนิด คือ *Termitomyces striatus* และ *Termitomyces fuliginosus* [9]

ตาราง 1 จำนวนของปลวกก่อนพ่นสารเคมีพาราควอต

กลุ่มปลวก	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มปลวกบนดิน	1,593	49.05
กลุ่มปลวกใต้ดิน	1,655	50.95
รวม	**3,248**	**100**

หลังจากพ่นสารเคมีพาราควอต พบว่า จำนวนของกลุ่มปลวกบนดินและกลุ่มปลวกใต้ดินได้ลดลง ตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และนอกจากนั้นยังพบว่าปริมาณเห็ดปลวกที่เคยเกิดท้ายสวนยางพารามีปริมาณลดลงเช่นเดียวกัน ค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ของปลวก (E_{sn}) ในสวนยางพาราที่ไม่ได้พ่นสารเคมี มีค่ามากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อสวนยางพาราที่พ่นสารเคมีพาราควอต เมื่อพิจารณาถึงค่า mean difference (M.D) พบว่ากลุ่มปลวกบนดินและกลุ่มปลวกใต้ดิน มีค่า M.D ของ E_{sn} ระหว่างคู่ของแปลง ทดลองไม่ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอตกับแปลงทดลองที่ใส่สารเคมีกำจัดวัชพืชพาราควอต เท่ากับ 2.8 โดยมีค่า 95% CI เท่ากับ 1.59 ถึง 4.68 สำหรับกลุ่มปลวกบนดิน และกลุ่มปลวกใต้ดิน มีค่า M.D ของ E_{sn} เท่ากับ 4.6 โดยมีค่า 95% CI เท่ากับ 1.87 ถึง 5.98 ผลการทดลองดังแสดงในตาราง 2

ตาราง **2** เปรียบเทียบค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ของแมลง (E_{sn}) ของแปลงไม่ใช้สารเคมีและแปลงที่ใส่

สารเคมีพาราควอต

กลุ่มปลวก	E_{sn} สวนยางพารา ไม่ ใช้สารเคมี	E_{sn} สวนยางพารา ใช้ สารเคมี พาราควอต	M.D	95% CI
กลุ่มปลวกบนดิน	11.3 ± 0.37	8.5 ± 0. 49	2.8	1.59 to 4.68
กลุ่มปลวกใต้ดิน	12.7 ± 0.48	8.1 ± 0.32	4.6	1.87 to 5.98

ค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์ มีค่าสูงแปลว่าดีต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปลวกเป็นผู้ย่อยสลายเศษซากพืชที่สำคัญในระบบนิเวศ แต่ค่าดัชนีความอุดมสมบูรณ์มีค่าต่ำ อาจหมายถึง ขาดสมดุลของการควบคุมสิ่งมีชีวิตตามธรรมชาติซึ่งไม่ดีต่อสิ่งแวดล้อม [10]

2. ค่าความเป็นพิษ (toxicity level) ของสารเคมีพาราควอต ในห้องปฏิบัติการทำการทดสอบระดับความเป็นพิษของสารเคมีพาราควอต ในลักษณะสัมผัสตายด้วยวิธี dipping method [11] ในสภาพห้องปฏิบัติการ

ตาราง 3 ความเป็นพิษ (ค่า LC_{50}) ของพาราควอตต่อปลวกงานที่ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังจากปลวกได้รับสารโดยวิธี Contact poison

เวลา (ชั่วโมง)	Median lethal concentration (LC_{50}): ppm	mim-max
24	8,294	6,095 – 12,386
48	3,965	2,920 – 5,165
72	1,913	1,406 – 2,410

จากตาราง พบว่า สารเคมีพาราควอตเป็นพิษในระดับที่ค่อนข้างสูงต่อปลวกงานโดยวัดจากระดับความเข้มข้นของสารเคมีที่ทำให้ปลวกตายไป 50 เปอร์เซ็นต์หลังจากที่ปลวกได้รับสารที่เวลานั้นๆ (Median Lethal Concentration; LC_{50}) สารเคมีพาราควอตมีค่า LC_{50} ที่เวลา 24, 48 และ 72 ชั่วโมง เท่ากับ 8,294, 3,965 และ 1,913 ppm ตามลำดับ ซึ่งมีค่าตัวเลขน้อยแสดงว่ามีความเป็นพิษสูง (ดูตาราง 3) ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับความเป็นพิษของสารฆ่าแมลงที่ใช้ในการกำจัดปลวก ได้แก่ ลูเฟนูรอน ฟลูเฟนอกซูรอน บูโปรเฟซิน คลอร์ฟลูอะซูรอน และโนวาลูรอน ที่มีค่า LC_{50} ที่ 72 ชั่วโมงหลังจากปลวกงาน *Coptotermes curvignathus Holmgren* ได้สัมผัสสารพาราควอต อยู่ระหว่าง 1,000-8,000 ppm [12] นอกจากนี้พาราควอตยัง มีความเป็นพิษสูงต่อสิ่งมีชีวิตนอกเป้าหมาย เช่น แตนเบียนไข่ *Telenomus remus* (Nixon) ของหนอนกระทู้อีกด้วย [13]

3. ปริมาณสารเคมีพาราควอต ที่ตกค้างในดินหลังจากพ่นสารเคมี ทำการเก็บตัวอย่างดิน 2 ช่วง โดยเก็บตัวอย่างดินก่อนพ่นสารเคมีพาราควอต 1 สัปดาห์ และหลังพ่นสารเคมีพาราควอต 30 วัน และนำไปตรวจสอบด้วยเทคนิค HPLC และ GC-MS

ตาราง 4 ปริมาณสารเคมีพาราควอตที่ตกค้างในดินหลังจากพ่นสาร 30 วัน

สารเคมี	ก่อนพ่นสารเคมีพาราควอต 1 สัปดาห์ mg/kg	หลังพ่นสารเคมีพาราควอต 30 วัน mg/kg
พาราควอต	0.01 ± 0.076	0.04 ± 0.085

* ที่มา: บ. ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด

จากตาราง พบว่า สารเคมีพาราควอต มีการตกค้างในตัวอย่างดินก่อนพ่นสารเคมีพาราควอต 1 สัปดาห์ และหลังจากพ่นสารเคมีไปแล้ว 30 วัน เท่ากับ 0.01±0.076 mg/kg และ 0.04 ±0.085 mg/kg ตามลำดับ ซึ่งค่าเหล่านี้ถือว่าเป็นตัวเลขการตกค้างที่น้อยมาก ดังแสดงในตาราง 4 ซึ่งค่าที่ได้เป็นไปตาม GAP เนื่องจากเกษตรกรปฏิบัติตามคำแนะนำของนักวิชาการอย่างเคร่งครัด

4. ปริมาณสารเคมีพาราควอต ที่ตกค้างในเห็ดโคน

ตาราง 5 ปริมาณสารเคมีพาราควอตที่ตกค้างในเห็ดโคน

สารเคมี	สารเคมีตกค้าง mg/kg	ปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด* (MRL) mg/kg
พาราควอต	0.02	0.05 (สำหรับพืชมีหัวและราก)

* ที่มา: บ. ห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด

หลังจากเก็บเห็ดโคน นักวิจัยได้นำเห็ดโคนไปตรวจสอบปริมาณสารเคมีพาราควอตที่ตกค้างในเห็ดโคน

ตรวจสอบด้วยเทคนิค HPLC และ GC พบว่า มีปริมาณสารเคมีพาราควอตที่ตกค้างในเห็ดโคน เท่ากับ 0.02 ± 0.17 mg/kg ซึ่งไม่เกินมาตรฐานของปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (Maximum Residue Level; MRL) ที่กำหนดไว้

5. ความกังวลใจของประชาชนเกี่ยวกับเห็ดโคน

5.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 87.22 มีอายุเฉลี่ย 49 ปี (49.36±5.74) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แต่งงานแล้ว ร้อยละ 84.44 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 88.33 อาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ย 7,146 บาทต่อเดือน (7,146± 247.48) รายละเอียดดังตาราง 6

5.2 **ความกังวลใจของประชาชนเกี่ยวกับเห็ดโคน** พบว่า ร้อยละ 98.89 มีความกังวลใจเกี่ยวกับการไปสัมผัสดินบริเวณที่มีการไปฉีดพ่นสารเคมีพาราควอต และร้อยละ 99.94 มีความกังวลใจในการบริโภคเห็ดโคนบริเวณที่มีการไปฉีดพ่นสารเคมีพาราควอต เนื่องจากสารเคมีสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง

ทีมวิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึกต่อ พบว่าผู้บริโภคมีความกังวลใจเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าผลการตรวจสารเคมีพาราควอตในเห็ด ถึงแม้ว่าจะพบการตกค้างไม่เกินค่ามาตรฐานของ MRL แต่สถานการณ์ปัจจุบัน คือ พบผู้บริโภคที่กินเห็ดปนเปื้อนสารเคมีแล้วถูกหามส่งไปโรงพยาบาลเป็นประจำ แล้วเกิดคำถามจากชุมชนตรงกันว่า “เหตุใดผลทางวิทยาศาสตร์ ตรงกันข้ามกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในสภาพความเป็นจริงที่พบ” “ชาวบ้านจะเชื่อมั่นในผลทางวิทยาศาสตร์ได้หรือไม่” “หน่วยงานใดจะมา คุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคในชุมชน ซึ่งยืนอยู่บนความเสี่ยงในปัจจุบัน” คำถามเหล่านี้ คงจะต้อง ช่วยกันหาคำตอบและหาทางออกร่วมกันต่อไป ทั้งนี้ในทางวิชาการระดับผลตกค้างสูงสุดหรือ MRL เป็นระดับสูงสุดของปริมาณสารเคมีเกษตรที่อนุญาตให้ใช้ อาจมีการตกค้างอยู่บนพืชอาหารได้ ณ จุดขาย ค่านี้ได้จากการประเมินสารตกค้างที่พบที่พืชภายใต้ การทำการเกษตรตามมาตรฐาน GAP ค่า MRL เป็นค่าความเข้มข้นสูงสุดของสารตกค้างในหรือ บนสินค้า อาหาร ที่ยอมได้ตามกฎหมาย ซึ่งกำหนดโดยรัฐบาลกลาง ในกรณีที่มีการอนุมัติให้ใช้สารเคมีเกษตรนั้นๆ ได้ค่า MRLใช้เพื่อกำหนดข้อจำกัดด้านการค้าตามกฎหมาย มิใช่เป็นดัชนีที่บอกถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพแต่อย่างใด ค่า MRL จัดเป็นหลายระดับ อาจจะมีผลต่อการบริโภค แต่ค่า MRL นี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงการการันตีการขายผลผลิตที่ขายในตลาดชุมชนในปัจจุบันแต่อย่างใด ส่งผลให้คำถามที่ผู้บริโภคในชุมชนสะท้อนกลับ ซึ่งยังหาคำตอบไม่ได้ และยังเป็นที่ถกเถียงในเวทีนโยบายในปัจจุบันว่า จะแบนหรือไม่แบนสารเคมีพาราควอต ทั้งนี้ควรให้คำนึงถึงผู้บริโภคทุกระดับ โดยเฉพาะระดับรากหญ้า ซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ ของประเทศเป็นประเด็นสำคัญที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันเห็ดโคนเป็นที่นิยมของผู้บริโภคจำนวนมาก ดังนั้นยุทธศาสตร์อาหารปลอดภัยของประเทศ ไทยในปัจจุบัน ควรควบคุมการตกค้างของสารเคมีอย่างเข้มงวดมากกว่านี้ และควรดำเนินการเป็นระบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง หมายถึงชุมชน จนถึงปลายทาง ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานระหว่าง ประเทศว่าด้วยการจัดการสารเคมี และควรบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดการ สารเคมีพาราควอตในปัจจุบันอย่างเร่งด่วน โดยให้คำนึงถึงผู้บริโภคเป็นสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมนักวิจัยขอขอบคุณปราชญ์ชาวบ้านจากอำเภอสว่างวีรวงศ์ จ.อุบลราชธานี ที่ให้มุมมองและ ประเด็นในการทำงานวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณเกษตรกรและผู้บริโภคทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ในการสะท้อนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการขับเคลื่อนระดับนโยบายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Tortorelli MC, Hernandez DA, Vazquez GR and Salibian A. Effects of paraquat on mortality and cardiorespiratory function of catfish fry Plecostomus commersoni. Arch. Environ. **Contam. Toxicol.** 19(4) : 523-529, 1990.

2. พันธ์เทพ เพชรผึ้ง. ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้พาราควอตและแนวทางจัดการความเสี่ยง กรณีศึกษาตำบลปงสนุก อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. **วารสารเภสัชกรรมไทย.** 7(2) : 250-258, 2558.

3. Wananukul W, Sriapha C, Tongpoo A, Sadabthammarak U, Wongvisawakorn S and Kaojarern S. Human poisoning in Thailand : The Ramathibodi Poison Center's experience (2001–2004). **Clin Toxicol.** 45 : 582-8, 2007.

4. Konthonbut P, Kongtip P, Nankongnab N, Tipayamongkholgul M, Yoosook W and Woskie S. Paraquat Exposure of Pregnant Women and Neonates in Agricultural Areas in Thailand. Int. J. **Environ. Res. Public Health.** 15(1163) : doi:10.3390/ijerph15061163, 2018.

5. สำนักวิจัยและพัฒนาการป่าไม้. **เห็ดคนกับปลวกและการเพาะเลี้ยงเห็ดโคน.** กรมป่าไม้ กระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร, 2552.

6. กรมวิชาการเกษตร. **เอกสารสนับสนุน การเก็บตัวอย่างดินเพื่อการวิเคราะห์ ระบบการจัดการ คุณภาพ GAP: พืช.** กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร, 2554.

7. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.** หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา ขอนแก่น, 2547.

8. วีรยุทธ ทองคง สุรไกร เพิ่มคำ และอรัญ งามผ่องใส. ปลวกในระบบนิเวศสวนยางพารา. **วารสาร มหาวิทยาลัยทักษิณ.** 12(2) : 34-42, 2552.

9. สุนิศา สวนทรัพย์ จรัล เห็นพิทักษ ณิศ กีร์ติบุตร อวบ สารถ้อย และ วีรวรรณ อมรศักดิ์. **การศึกษานิเวศวิทยาของปลวกและปลวกที่สร้างสวนเห็ดราในประเภทป่าผสมผลัดใบระดับต่ำภายใน พื้นที่ป่า ณ สถานีวิจัยกาญจนบุรี**. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45 กรุงเทพมหานคร, 2550.

10. Chaigarun S, Kessomboon N, Kessomboon P, Khangkhan P, Somboon S and Heong KL. Comparison of Biodiversity Index in Pesticide Treated and Untreated Rice Field in Northeast of Thailand. **CMU.J. of Nat. Sci**. 10(1) : 71-79, 2011.

11. IRAC. **IRAC Susceptibility Test Methods Series Version: 3** (June 2009). URL http://www.irac-online.org/content/uploads/Method_007_v3_june09.pdf สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561.

12. อรัญ งามผ่องใส สุรไกร เพิ่มคำ วิสุทธิ์ สิทธิฉายา และสุระพงศ์ สายบุญ. **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ผล ของสารยับยั้งการเจริญเติบโตของแมลงและสารสกัดจากพืชบางชนิดต่อการตายของปลวก Coptotermes curvignathus Holmgren.** URL http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/11166 สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2561.

13. Carmo EL, A. F. Bueno AF and Bueno RCOF. Pesticide selectivity for the egg parasitoid Telenomus remus. **BioControl.** 55(4) : 455-464, 2010.

การวิเคราะห์ต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

Cost – Benefit analysis between treated and untreated pesticide in ricefield for health promotion in Ubon Ratchathani province

มยุรี สิมมะโรง[1], สุภาพร ใจการุณ[2], เผ่าไทย วงศ์เหลา[3]
Mayuree Simmarong [1] , Supaporn Chaigarun [2], Paotai Vonglao[3]

(Received: March 4 ,2019 ; Accepted: April 5 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและอาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช เพื่อศึกษาต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และเปรียบเทียบต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพระหว่างเกษตรกรปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional descriptive survey) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 394 คน แบ่งเป็นกลุ่ม 2 กลุ่มตามลักษณะการเกษตร คือ กลุ่มเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช 197 คน และกลุ่มเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช 197 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ (P-Value.05)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลางอาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อย (ความเสี่ยงปานกลาง) ต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโดยใช้สารอินทรีย์และเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลผลิตที่ขายข้าวได้ของเกษตรอินทรีย์สูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยต้นทุน–ผลประโยชน์จากการขายผลผลิตลบต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรอินทรีย์สูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสัดส่วนจากการขายผลผลิตหารต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรอินทรีย์สูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของจังหวัดอุบลราชธานีและส่งเสริมการเกษตร ของเกษตรกรให้เปลี่ยนพฤติกรรมหันมาปลูกข้าวอินทรีย์เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : เกษตกรที่ปลูกข้าว, พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, อาการเฉียบพลัน, ต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพ, ต้นทุนการเพาะปลูกของเกษตกร, ต้นทุนสุขภาพของเกษตรกร, ผลผลิตข้าว, ต้นทุน-ผลประโยชน์ด้านสุขภาพ

ABSTRACT

The objectives of the study were to behavior and physical symptoms of acute poisoning from pesticide and pesticide chemicals of farmers using chemical pesticides in Ubonratchathani province. To study the real cost, include the health cost of the rice farmers, the use of pesticide-free and non-pesticide rice in Ubonratchathani province and compare of cost and benefits of health among farmers using pesticide-free rice with do not use chemicals to prevent and eliminate pests in the area of onratchathani. It is cross-sectional descriptive study. A sample was selected from rice farmers, 394 cases were grouped into 2 groups according to their agricultural characteristics, 197 pesticide-free rice

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสร้างเสริมสุขภาพคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
[2]อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
[3]อาจารย์คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

The Results of the study were as fellow : Using chemicals to protect and eradicate the post behavior are in the medium level . Most of acute poisoning illness from chemical protecting and eradicate the pest were a little symptom (moderate risk). The real cost include the health cost of the rice farmers that used organic substance and rice farmers that used chemical protecting and eradicate, was not different statistically significant at 0.05 but rice product that used organic substance was higher than rice product that used chemical protecting and eradicate was statistically significant at .05 with cost–from product sales minus the real cost include the health of rice farmer used organic substance was higher than rice farmer used chemical protecting and eradicate was statistically significant at .05 Proportion of sales divided by the real cost include the health of rice farmer that used organic substance was higher than the rice farmer that used chemical protecting and eradicate, was statistically significant at .05 The results of the study could be policy proposal to reduce chemical protecting and eradicate using of Ubonratchathani province and agricultural extension to increase organic substance using.

Keyword: Pest Management, Pesticide, Acute, Total Cost, Health Costs, Farmers Costs, Farmer Health Costs, Rice Production, Costs - health benefits

บทนำ

จากการศึกษาข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) และโครงการด้านสิ่งแวดล้อมของสหประชาชาติ (UNEP) ปรากฏว่าจำนวนเกษตรกรมากถึงร้อยละ 25 ในประเทศด้อยพัฒนา ได้รับผลกระทบจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับที่ เป็นพิษ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 220,000 คนซึ่งเป็นตัวเลขนี้อาจเป็นการประมาณการที่ต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องมาจากขาดการบันทึกและการขาดแคลนแพทย์ในชนบท[1] และในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้ประเมินว่ามีผู้ที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ทั่วโลกประมาณ 500,000 คน และมีอัตราตายเท่ากับร้อยละ 1-10 ขึ้นกับสถานภาพทางด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งในปีหนึ่งจะมีคนตายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ประมาณ 5,000 คนต่อปี และร้อยละ 99 ผู้ตายเป็นผู้ที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งเป็นประเทศเกษตรกรรม จึงมีผู้ขนานนามการได้รับพิษอย่างเฉียบพลันจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์นี้ว่า “โรคใหม่ของโลกที่สาม” (New third world’s disease)[2]

ข้าว เป็นหนึ่งในพืชอาหารที่สำคัญมากที่สุดในประเทศไทย กว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่เพาะปลูกของประเทศเพื่อรองรับการปลูกข้าว ประมาณร้อยละ 55 ของข้าวที่ผลิตเพื่อการบริโภคภายในประเทศและที่เหลืออีกร้อยละ 45 เป็นเพื่อการส่งออก[3] และเพื่อให้ได้ผลผลิตที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภค เกษตรกรจึงมีการบุกรุกพื้นที่ป่าและใช้สารเคมีเพื่อการเกษตร ซึ่งสารเคมีทางการเกษตรเหล่านี้ส่งผลต่อระบบนิเวศน์และสิ่งแวดล้อมในหลายด้านอีกทั้งยังเป็นสารพิษตกค้างที่ผลผลิตและจะไปสะสมในกระแสเลือดของผู้บริโภคอีกด้วย [4] ซึ่งประเทศไทย เป็นประเทศที่มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นปริมาณมากและเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด สถิติของสำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตรเมื่อปี 2555 พบว่ามีการนำเข้าสารเคมีเพื่อใช้ในการเกษตรจากต่างประเทศมากกว่า 134 ล้านกิโลกรัม และมีมูลค่าการนำเข้าประมาณ 19,357 ล้านบาท การนำเข้าสารเคมีดังกล่าวเข้ามาใช้ในการเกษตรส่งผลกระทบโดยตรงต่อทั้งเกษตรกรและผู้บริโภค จากสถิติการตรวจเลือดล่าสุดของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบว่าจาก การตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร ปี พ.ศ.2554 – ปี พ.ศ.2557 พบว่าเกษตรกรที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 533,524 คน, 244,822 คน, 314,805 คน และ 317,051 คน ตามลำดับ มีจำนวนเกษตรกรที่เสี่ยงหรือไม่ปลอดภัย จำนวน 173,243 คน, 75,741 คน, 96,227 คน และ 107,820 คน ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 32.47, 30.94, 30.57 และ 34.00 ตามลำดับ มีรายงานผู้ป่วยได้รับพิษจากสารป้องกันและกำจัดศัตรูพืชทั้งสิ้น 17,340 ราย เฉลี่ยปีละ 1,734 ราย และมีเกษตรกรที่เจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 1.6 เฉลี่ย 66 รายต่อปี จึงเป็นสิ่งที่จะสะท้อนให้เห็นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพทั้งเกษตรกร ผู้ผลิต และผู้บริโภคที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับสัมผัสสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชที่มีแนวโน้มความเสี่ยงรุนแรงมากขึ้น

จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,477,409 คน มีจำนวนเกษตรกรที่ปลูกข้าวจำนวน 219,274 ครัวเรือน จากข้อมูลการรายงานโรคทางระบาดวิทยา พบว่า ในปี 2558 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 212 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14.11 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ในปี 2559 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช 71 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4.92 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต และในปี 2560 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช 82 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.55 ต่อแสนประชากร ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่อง ซึ่งควรมีการเฝ้าระวังและดำเนินงานให้เกษตรกรได้ดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับบุคลากร[5]

ในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชจะก่อให้เกิดผลกระทบ 2 ประการ ได้แก่ 1) ผลกระทบในพื้นที่ ที่ใช้สารเคมีนั้น (on-site effect) ต่อตัวเกษตรกร และสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่รับจ้างฉีดสารเคมี นอกจากนั้นผลกระทบยังเป็นอันตรายต่อสัตว์เลี้ยงภายในฟาร์ม รวมทั้งนก และปลาในธรรมชาติ เมื่อสารเคมีนั้นตกค้างอยู่ดิน น้ำ และอากาศ ที่สำคัญอย่างยิ่งสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช เป็นตัวทำลายระบบนิเวศวิทยาหรือความสมดุลระหว่างแมลงศัตรูธรรมชาติ (predater) กับแมลงศัตรูพืช (insect) ทำให้เกิดปัญหาการระบาดของแมลงขึ้นอยู่บ่อยๆ และการที่ใช้ในปริมาณที่มากเกินไป ทำให้เกิดการดื้อยาของแมลงศัตรูพืชและแมลงที่ก่อให้เกิดแมลงศัตรูพืชใหม่ๆ ขึ้น2) เกิดผลกระทบต่อนอกพื้นที่ ที่ใช้สารเคมีนั้น (off-site effect) เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคผลผลิตทางการเกษตร ถ้ามีสารตกค้างจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ซึ่งก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังได้ และเมื่อเกษตรกรได้รับพิษดังกล่าว ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาหยุดพักงานเพื่อรักษาสุขภาพ ทำให้สูญเสียโอกาสในการทำงาน ลดความสามารถในการทำงาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดต้นทุนสุขภาพ (Health Cost) ซึ่งเป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) จากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช [6,7]

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่า ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของ
เกษตรกรปลูกข้าว เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากแรงงาน (Labor) วัสดุสิ่งของ (Meterials) และต้นทุนสุขภาพ ทำให้สูญเสียโอกาสในการทำงาน เสียค่ารักษาพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมนโยบายการลดการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้น ผู้วิจัยในบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน จึงสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีที่แท้จริง นำมาใช้ตัดสินใจเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่การลดการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมและอาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของ

เกษตรกรปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพและผลผลิตข้าวของเกษตรกรปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัด

ศัตรูพืชและไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพระหว่างเกษตรกรปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรคือ เกษตรกรที่ปลูกข้าว ในจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2558 ทำการปลูกข้าวในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จำนวน 219,274 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรที่ประกอบอาชีพปลูกข้าว ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ปลูกข้าวในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จำนวน 394 คน ในจังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีไม่ทราบประชากร[8] (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2552) จำนวน 394 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยในกรณี ไม่ทราบประชากร[8] โดยการกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% Confidence level; Z เท่ากับ 1.96 ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; σ) ซึ่งได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และพบว่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร เท่ากับ 0.48 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณลักษณะบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ รายได้
ระดับการศึกษา จำนวนหนี้สิน และสิทธิการรักษาพยาบาลของเกษตรกรการศึกษา และ รายได้ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิดจำนวน
7 ข้อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 21 ข้อ ความถี่ของการใช้สารเคมี

ส่วนที่ 3 ต้นทุนการเพาะปลูกของเกษตรกร ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 อาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรักษาสุขภาพ ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความถี่ของการใช้สารเคมี ต้นทุนการเพาะปลูกของเกษตรกร อาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และข้อมูลการรักษาสุขภาพ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบที่มีความสอดคล้อง พบว่า ค่าความตรงตามเนื้อหาของข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความถี่ของการใช้สารเคมี ต้นทุนการเพาะปลูกของเกษตรกร อาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และข้อมูลการรักษาสุขภาพมีค่าเท่ากับ 1.00

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เพื่อหาข้อบกพร่องของเครื่องมือทั้งด้านภาษา และการสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันแล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมเมื่อนำมาใช้จริง โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับเกษตรกรที่ปลูกข้าว ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 60 คน ในบ้านดงบัง ตำบลหนองบ่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี และนำผลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิแอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าค่าความเชื่อมั่นในการทำวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด วิเคราะห์ต้นทุนจริงโดย การเปรียบเทียบความแตกต่างของต้นทุนด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และกลุ่มไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช โดยใช้สถิติ Independent t–test นำเสนอด้วยค่า mean difference และ 95% ช่วงความเชื่อมั่น, sensitivity analysis สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติที่ใช้เปรียบเทียบการแจกแจงความถี่แบบ t

สรุปและอภิปรายผล

จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อตัวเกษตรกร และสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่รับจ้างฉีดสารเคมี นอกจากนั้นผลกระทบยังเป็นอันตรายต่อสัตว์เลี้ยง สิ่งแวดล้อม เป็นอันตรายต่อผู้บริโภคผลผลิตทางการเกษตร ถ้ามีสารตกค้างจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ซึ่งก่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังได้ และเมื่อเกษตรกรได้รับพิษดังกล่าว ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษา หยุดพักงานเพื่อรักษาสุขภาพ ทำให้สูญเสียโอกาสในการทำงาน ลดความสามารถในการทำงาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เกิดต้นทุนสุขภาพ (Health Cost) ซึ่งเป็นต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost)

ดังนั้นเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวที่ได้รับผลกระทบในรูปต้นทุน – ผลประโยชน์จากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ผู้วิจัยจึงศึกษา การวิเคราะห์ต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชและไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพื่อส่งเสริมสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey)

พฤติกรรมของเกษตรกร เนื่องจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ก่อนฉีดสารเคมีป้องกันและกำจัด ศัตรูพืช มีระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม 2.61 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.12 ขณะฉีดสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช มีระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม 2.06 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.05 หลังฉีดสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช มีระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชน้อย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรม 1.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชทั้งหมดเฉลี่ย 2.12 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.13 ระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชปานกลางอาการเจ็บป่วยทางกายแบบพิษเฉียบพลันจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชพบว่าส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อย (ความเสี่ยงปานกลาง) ร้อยละ 99.1 และมีอาการปานกลาง (ความเสี่ยงสูง) ร้อยละ 0.8 ซึ่งพฤติกรรมการปลูกข้าวเกษตรกรสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงในการรับสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่ใช้มานานแต่อาจยังไม่เกิดอาการรุนแรงจึงไม่ได้ตระหนักถึงอันตราย อีกทั้งมุ่งหวังที่จะให้ได้ผลผลิตในปริมาณมากขึ้นเลยไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัยต่อตนเองและผู้บริโภค สอดคล้องกับ กนกอร พรมชาติ (2555)[1] ได้ศึกษา พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดยโสธร พบว่าทักษะเกี่ยวกับการ ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมของเกษตรกรในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรยังมีพฤติกรรมอยู่ในขั้นไม่ปลอดภัยเพราะไม่มีการป้องกันตนเองขณะใช้สารเคมีให้ปลอดภัยอย่างถูกต้อง โดยให้ความสำคัญกับราคาผลผลิตมากกว่าความปลอดภัยของทั้งตนเองและผู้บริโภค และสอดคล้องกับ พิมพร ทองเมือง และ ยุทธนา สุดเจริญ (2558)[9] ได้ศึกษา พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

จังหวัดสมุทรสงคราม ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงเมื่อได้รับสารเคมี ผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงเมื่อได้รับสารเคมี ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเกษตรกรส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการใช้สารเคมีน้อย ความเสี่ยงหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมี พบว่าส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อย (ความเสี่ยงปานกลาง) และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยังพบว่าส่วนใหญ่เกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีฯ ฉีดพ่นสารเคมีวันละประมาณวันละ 2 ชั่วโมง ร้อยละ 54.8 ส่วนใหญ่ผสมจำนวน 1-2 ชนิด ร้อยละ 94.4 ชนิดของสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในการผสมคือ หมาแดง ผสม A-100 ร้อยละ 80.2 จำนวนสารเคมีก่อนผสมน้ำในการฉีดพ่นประมาณ 1-2 ขวด/วัน ร้อยละ 35.5 จำนวนสารเคมีก่อนผสมน้ำในการฉีดพ่นประมาณ 10-150 ซีซี/วัน ร้อยละ 83.2 ระยะเวลาที่ท่านประกอบอาชีพทำนาโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจนถึงปัจจุบัน ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นระยะเวลา 1-15 ปี ร้อยละ 64.2 ลักษณะการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชส่วนใหญ่ฉีดเอง ร้อยละ 54.8 จ้างผู้อื่นฉีด 1-10 ไร่ ร้อยละ 73.5 ค่าจ้างฉีดเป็นเงิน 300-725 บาท ร้อยละ 69.5 ส่วนใหญ่ ใช้ก่อนการเตรียมดินเพาะปลูกจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 76.6

ค่ารักษาพยาบาลของเกษตรกรปลูกข้าว จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ข้าว ค่ารักษาพยาบาลของเกษตรกรปลูกข้าว

แบบเกษตรอินทรีย์โดยเฉลี่ย 53.80 บาท ซึ่งต่ำกว่าค่ารักษาพยาบาลของเกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ที่มีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 157.30 บาท เกษตรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์ ซึ่งสอดคล้องกับ P. L. Pingali และคณะ (1995)[10] ได้ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้ของสารกำจัดศัตรูพืช : การแพทย์และการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจในประเทศฟิลิปปินส์ ผลการศึกษาพบว่าการสัมผัสกับสารกำจัดศัตรูพืชสามารถนำไปสู่ความผิดปกติของหัวใจ ปอด อาการทางระบบประสาทโลหิตวิทยาและโรคผิวหนัง อาการเหล่านี้ส่งผลต่อเกษตรกร เนื่องจากการทำงานในระหว่างการรักษาและพักฟื้นส่งผลกระทบต่อการทำงาน และผลกระทบที่เป็นอันตรายของสารกำจัดศัตรูพืชมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงเกินรายได้ของตน สอดคล้องกับ Han HY และ Cai SK (2012)[11] ได้ศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารกำจัดศัตรูพืช ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของการใช้สารกำจัดศัตรูพืชเป็น 54.44 Yuans (291.78 บาท) ต่อคน สอดคล้องกับ Kishor Atreya (2008)[12] ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระยะสั้นในประเทศเนปาล พบว่าค่าใช้จ่ายของการเจ็บป่วยที่มีผลมาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถึง 144 รูปี (49.71 บาท) ต่อคน ค่าใช้จ่ายนี้เกือบหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาพยาบาล แต่เมื่อเทียบกับต้นทุนการผลิตในฟาร์ม ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากต้นทุนการผลิต และสอดคล้องกับ Peter Fantke Rainer Friedrich, Olivier Jolliet (2012)[13] ได้ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและความเสียหายที่ประเมินค่าใช้จ่ายของการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในยุโรป พบว่าค่าใช้จ่ายความเสียหายที่เกิดจากการสัมผัสกับสารกำจัดศัตรูพืช 133 ชนิด นำไปใช้ใน 24 ชนิดประเทศในยุโรปใน นำไปสู่ของผลกระทบต่อสุขภาพ โดย 90% ของความพิการประมาณ 2,000 คนในยุโรป ที่ต้องจ่ายกับค่ารักษา มูลค่าของความเสียหายประมาณ 78 ล้านยูโร (3,170.7 ล้านบาท) ผลกระทบส่วนใหญ่เนื่องมาจากการที่รับสารตกค้างในพืช ภาระค่าเฉลี่ยของอายุการใช้งานที่หายไปต่อคน 2.6 ชั่วโมง (95% ช่วงความเชื่อมั่นระหว่าง 22 วินาทีและ 45.3 วัน) หรือค่ารายได้ต่อคนที่หายไป 12 ยูโร (487.75 บาท) เหตุผลที่สอดคล้องเพราะ ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช มีค่าใช้จ่ายสูงและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ของแต่ละประเทศมีความคล้ายคลึงกันเมื่อเทียบกับต้นทุนที่ได้รับจริงๆ ต้องเผชิญกับปัญหาจากการสัมผัสสารเคมีฯทั้งด้านสุขภาพ การเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นที่ตามมา

การศึกษาดังกล่าวสารมารถสรุปได้ว่า ค่ารักษาพยาบาลของเกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าค่ารักษาพยาบาลของเกษตรกรปลูกข้าวแบบไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพ (Total Cost) จะเห็นได้ว่า การศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เกษตรกรที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช มีต้นทุนปลูกข้าวและ

ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงกว่าเกษตรกรที่ไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะเกษตรกรที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช มีค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมี การจ้างคนฉีด และมีค่ารักษาพยาบาลที่ตามมาจากการสัมผัสสารเคมี อีกทั้งยังต้องเสียค่าเสียโอกาสเนื่องจากต้องหยุดงาน หรือหยุดพักรักษาตัว ค่าเดินทาง และจ่ายค่าเสียโอกาสของญาติที่ต้องเฝ้าไข้ ไม่ได้ไปทำงานของญาติด้วย แต่เมื่อนำต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการปลูกข้าวมาคำนวณหาต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพแล้ว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า เกษตรกรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์มีต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพ โดยเฉลี่ย 28,966.20 บาท เมื่อคิดเป็นต้นทุนทั้งหมดต่อไร่แล้วจะมีต้นทุนเท่ากับ 1,906.94 บาท/ไร่ ซึ่งต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ที่มีต้นทุนเฉลี่ย 29,675.89 บาทมีต้นทุนเท่ากับ 1,997.31 บาท/ไร่ เกษตรกรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช จะมีต้นทุนสูงกว่าเกษตรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์ 90.37 บาท/ไร่ ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ -709.69 บาท ซึ่งค่าเฉลี่ยของต้นทุนทั้งหมดไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ จุฑาทิพย์ สองเมือง และคณะ 2551)[14] ได้ศึกษาโครงการเปรียบเทียบต้นทุนและผลตอบแทนจากการปลูกข้าวอินทรีย์และข้าวใช้สารเคมีของเกษตรกรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า การผลิตข้าวอินทรีย์มีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อไร่เท่ากับ 3,718.10 บาท การผลิตข้าวใช้สารเคมีมีต้นทุนทั้งหมดเฉลี่ยต่อไร่เท่ากับ 4,534.08 บาท และสอดคล้องกับ ชัจจ์ชัญสา หาญคำ (2554)[15] ได้ศึกษาการวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุนความสามารถในการหากำไรและการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนจากการปลูกข้าวด้วยปุ๋ยเคมีอินทรีย์ : กรณีศึกษาอำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า การปลูกข้าวด้วยปุ๋ยเคมีต้นทุนคงที่เฉลี่ยต่อไร่ 1,286.16 บาท ส่วนการปลูกข้าวด้วยปุ๋ยอินทรีย์มีต้นทุนคงที่เฉลี่ยต่อไร่ 1,383.57 บาท ต้นทุนผันแปรเฉลี่ยต่อไร่ 1,896.58 บาท เหตุผลที่สอดคล้องกันเพราะต้นทุนของการปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีจะมีต้นทุนสูงกว่าการปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์ การศึกษาดังกล่าวสารมารถสรุปได้ว่า ต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพ (Total Cost) ของเกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช มีต้นทุนสูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบอินทรีย์ แต่เมื่อนำต้นทุนมาคำนวณต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเกษตรกรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์นั้นมีการลงทุนซื้อเครื่องจักร เครื่องทุ่นแรง ไว้เป็นของตนเอง เช่น รถไถ เครื่องสูบน้ำ เครื่องฉีดยา มากกว่าเกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช จึงทำให้เกิดต้นทุนในการเพาะปลูกเพิ่มขึ้น เมื่อนำมาคำนวณหาต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพแล้วค่าเฉลี่ยของต้นทุนทั้งหมดของเกษตรกรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์และเกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช จึงไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลผลิตข้าวที่ขายได้ (Benefit cost ; B) จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ เกษตรกรปลูกข้าวแบบ

เกษตรอินทรีย์มีรายได้จากผลผลิตข้าวที่ขายได้เฉลี่ยเท่ากับ 150,156.64 บาท ซึ่งสูงกว่าเกษตรกรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่รายได้จากผลผลิตข้าวที่ขายได้ เฉลี่ย 107,048.46 บาท ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 43,108.18 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการขายผลผลิตลบต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรอินทรีย์เฉลี่ย 121,190.44 บาท ซึ่งสูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 77,372.56 บาท ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 43,817.87 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสัดส่วนจากการขายผลผลิตหารต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรอินทรีย์ เฉลี่ย 5.41 เท่า ซึ่งสูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 4.11 เท่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 1.30 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากข้าวที่ได้จากผลผลิตของเกษตรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์นั้นราคาผลผลิตจะสูงกว่าข้าวที่ได้จากผลผลิตของเกษตรกร

ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช สอดคล้องกับ ชัจจ์ชัญสา หาญคำ (2554)[15] ได้ศึกษาการวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุน ความสามารถในการหากำไร และการวิเคราะห์จุดคุ้มทุนจากการปลูกข้าวด้วยปุ๋ยเคมีอินทรีย์ : กรณีศึกษาอำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า มีรายได้เฉลี่ยต่อไร่ 8,857.46ส่วนการปลูกข้าวด้วยปุ๋ยอินทรีย์มี รายได้เฉลี่ยต่อไร่ 8,473.84 บาท

การศึกษาดังกล่าวสารมารถสรุปได้ว่า ผลผลิตที่ขายข้าวได้ ผลต่างของผลผลิตข้าวที่ขายได้ เมื่อลบกับต้นทุนทั้งหมดของเกษตรกรที่ปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าเกษตรกรที่ไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และสัดส่วนระหว่างผลผลิตข้าวที่ขายได้ต่อต้นทุนทั้งหมดของเกษตรกรที่ปลูกข้าวที่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าเกษตรกรที่ไม่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ต้นทุน – ผลประโยชน์ด้านสุขภาพ (Cost Benefit Analysis ; CBA)

ข้อความ	เกษตรกรปลูกข้าวแบบเกษตรอินทรีย์ (n=197)		เกษตรกรปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช (n=197)		Mean Difference	C.I 95%		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Lower	Upper		
ต้นทุนที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพ (Total Cost ; C)	28,912.39	13,619.24	29,675.89	18,469.83	-709.69	-3,925.30	2,505.91	-.43	.665
ผลผลิตข้าว (Benefit ; B)	150,156.64	110,973.06	107,048.46	79,140.97	43,108.18	24,009.48	62,206.88	4.43**	.000
ผลผลิตข้าว ลบ ต้นทุนทั้งหมด (B - C)	121,190.44	106,150.28	77,372.56	75,245.17	43,817.87	25,586.04	62,049.71	4.72**	.000
ผลผลิตข้าว หาร ต้นทุนทั้งหมด (B / C)	5.41	3.80	4.11	2.98	1.30	.62	1.97	3.78**	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 การวิเคราะห์ต้นทุน – ผล ประโยชน์ด้านสุขภาพ (Cost Benefit Analysis ; CBA) พบว่า ต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโดยใช้สารอินทรีย์และเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผลผลิตที่ขายข้าวได้ของเกษตรอินทรีย์สูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยต้นทุน – ผลประโยชน์ จากการขายผลผลิตลบต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรอินทรีย์สูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสัดส่วนจากการขายผลผลิตหารต้นทุนรวมที่แท้จริงรวมต้นทุนสุขภาพของเกษตรกรอินทรีย์สูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกข้าวแบบใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของจังหวัดอุบลราชธานี

2 สิ่งที่รัฐบาลควรดำเนินนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตข้าว คือ การจัดส่งเจ้าหน้าที่ส่งเสริมการเกษตร จูงใจเกษตรกรให้เปลี่ยนพฤติกรรมหันมาปลูกข้าวอินทรีย์เพิ่มมากขึ้น และถ่ายทอดเทคโนโลยีการปลูกข้าวอินทรีย์ การให้ความรู้ในการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ที่ดิน ทั้งนี้ เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช อีกทั้งยังสามารถยกระดับมาตรฐานการครองชีพ

ของเกษตรกรปลูกข้าวให้สูงขึ้น และสามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว

3. ควรมีการศึกษาในระดับประเทศและควรจะคำนวณทั้งผลกระทบด้านสุขภาพแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง รวมถึงมิติอื่นๆ ของสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตากรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพร ใจการุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เผ่าไทย วงเหลา ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และแก้ไข งานวิจัยนี้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พิบูลย์ อิสระพันธ์ รองผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ กระทรวงสาธารณสุข ดร.สามารถ วันชนะ นักวิจัยสถาบันวิจัยข้าวระหว่างประเทศ นายแพทย์ประกิจ เชื้อชม นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นายปรีชา ทองมูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางจุฬาพร คำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

%207%20%E0%B8%95%E0%B8%B8%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1%202558
(พิเศษ2): 430-439.

1. กนกอร พรมชาติ. **พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร จังหวัดยโสธร.** วิทยานิพนธ์ ศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2555

10. P. L. Pingali, C. B. Marquez, F. G. Palis, A. C. Rola. **The Impact of Pesticides on Farmer Health: A Medical and Economic Analysis in the Philippines**. 1995. Impact of Pesticides on Farmer Health and the Rice Environment Volume 7 of the series Natural Resource Management and Policy pp 343-360

11. Han HY และ Cai SK. (2012). **cost of pesticide application and influence factors,** 30(1): 33-5.

12. Kishor Atreya, **Health costs from short-term exposure to pesticides in Nepal.** 2008 Soc Sci Med. 2008 Aug;67(4):511-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.04.005. Epub 2008 May 29.

13. Peter Fantke Rainer Friedrich, Olivier Jolliet. **Health impact and damage cost assessment of pesticides in Europe.** 2012. Environ Int. 2012 Nov 15;49:9-17.

14. จุฑาทิพย์ สองเมือง และคณะ. **โครงการเปรียบเทียบต้นทุนและผลตอบแทนจากการปลูกข้าว อินทรีย์และข้าวใช้สารเคมีของเกษตรกรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี**. ปริญญา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการบัญชี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2551

15. ชัจจ์ชัญสา หาญคำ. **การวิเคราะห์ต้นทุนความสามารถในการหากำไรและการวิเคราะห์จุดคุ้มทุน จากการปลูกข้าวด้วยปุ๋ยเคมีและปุ๋ยอินทรีย์ : กรณีศึกษา อำเภอท่าวุ้ง จังหวัดลพบุรี.** ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการบัญชี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, 2554

2. พิกุล สมเชื้อ. **ระบบทุนนิยมชายเป็นใหญ่กับความเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรหญิง : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ศึกษา ปริญญา ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551

3. สุภาพร ใจ การุณ, สังวาล สมบูรณ์ และสามารถ วันชะนะ. “การตกค้างของสารเคมีฆ่าแมลงในผัก พื้นบ้านอีสานและอาหารท้องถิ่น,” **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 2556 ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม–กันยายน 2556)

4. สุทธิพงษ์ นะมะอะอุ. สารเคมีกับการปลูกข้าว. (ออนไลน์). 2555 (อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2558). จาก: http://52020300.blogspot.com/2012/10/blog-post.html

5. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี. สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จังหวัดอุบลราชธานี, 2558

6. สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและต้นทุนที่แท้จริง. (ออนไลน์). 2554 (อ้างเมื่อ 30 กันยายน 2558). จาก: http://www.biothai.net/node/8692

7. สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน). **การใช้สารกำจัดวัชพืช.** (ออนไลน์). 2557 (อ้างเมื่อ 12 ตุลาคม 2558). จาก: http://kasetinfo.arda.or.th/arda/rice/?page_id=457

8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย Statistics forhealth science research** . พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์, 2552

9. พิมพร ทองเมือง และยุทธนา สุดเจริญ. **พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรจังหวัดสมุทรสงคราม.** การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและ นานาชาติ ครั้งที่ 6 ; 2558 ; 378

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตอนเอง ต่อภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพที่ 8

Influence of Health Literacy and Self-care Behavior on Complications of Type 2 Diabetes Mellitus Patients in the 8th Public Health Region

ศักดา ศิริเวชธำรง[1]

Sakda Sirivetthamrong

(Received: October 30 ,2018 ; Accepted: December 3 ,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อระบุความชุกของภาวะแทรกซ้อน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสามจังหวัด ของเขตบริการสุขภาพ ที่ 8 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปในเขตบริการสุขภาพ ที่ 8 จำนวน 542 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการระบุความสัมพันธ์ของ ปัจจัยต่างๆ กับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะแทรกซ้อนใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาท่ากับ ร้อยละ 33.9 (95% CI 29.96 - 38.10) มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต ร้อยละ 10.5 รองลงมาคือ ตา ร้อยละ 10.0 และเท้า ร้อยละ 7.9 ผู้ป่วยความรอบรู้ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพพื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์ และวิจารณญาณ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.9 ร้อยละ 35.6 และร้อยละ 32.1 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับต่ำ (Adj. OR = 2.68, 95%CI: 1.32 - 5.47; p-value = 0.007) มีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับต่ำ (Adj. OR = 3.01, 95%CI: 1.42 - 6.41; p-value = 0.004) และมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณในระดับต่ำ (Adj. OR = 3.64, 95%CI: 1.69 - 7.81; p-value = 0.001) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับไม่เหมาะสม ถึงปานกลาง (Adj. OR = 2.10 , 95%CI: 1.00 - 4.38; p-value = 0.049) ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย (Adj. OR = 3.34, 95%CI 1.43 - 7.75; p-value = 0.005) การมีรายจ่ายในค่าเดินทาง ค่าอาหารในการรักษาโรคเบาหวานแต่ละครั้ง (Adj. OR = 3. 52, 95%CI 1.41 - 8.77; p-value = 0.007) และ มี HbA1c. ≥7% (Adj. OR = 4.36, 95%CI 1.92 - 9.93; p-value = <0.001)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความชุก การเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

Abstract

This cross-sectional study aims to determine the prevalence and the association between health literacy and self-care behaviors and complications among type 2 diabetes mellitus patients in 3 provinces of the 8th Public Health Region. Multistage random sampling was applied to select 542 patients to response to structured questionnaire interview. Multiple logistic regression analysis was used to determine the association between studied factors and complications among type 2 diabetes mellitus patients.

The results indicated that the prevalence of complications of type 2 diabetes mellitus was 33.9 % (95% CI 29.96 - 38.10). The most common complications were kidney (10.5%) eyes (10.0%) and foot complications (7.9%). The most common level of health literacy among these patients was low of which: low level of functional health literacy was 40.9%, low level of communicative/ interactive health literacy was 35.6% and low level of critical health literacy was 32.1%. Both health literacy and health behaviors factors were statistically significant with complications among type 2 diabetes mellitus. Patients with low level of functional health literacy (Adj. OR = 2.68; 95%CI: .32 - 5.47; p-value = 0.007), low level of communicative/ interactive health literacy (Adj. OR = 3.01; 95%CI: 1.42 - 6.41; p-value = 0.004) and low level of critical health literacy (Adjusted OR = 3.64; 95%CI: 1.69 - 7.81; p-value = 0.001); had poor to average of self-care behavior (Adj. OR = 2.10; 95%CI: 1.00 - 4.38; p-value = 0.049). Other covariates that have associations with complications were having comorbidities (Adj. OR = 3.34, 95%CI 1.43 - 7.75; p-value = 0.005), had other expense when getting treatment (Adj. OR = 3. 52, 95%CI 1.41 - 8.77; p-value = 0.007) and had HbA1c. ≥7% (Adj. OR = 4.36, 95%CI 1.92 - 9.93; p-value = <0.001).

---

[1] แพทยศาสตรบัณฑิต (Medicine Doctor), นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อแต่เรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก [1] เบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุดประมาณ 90% ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มีสาเหตุจากภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) เมื่อเรารับประทานอาหาร ตับอ่อนจะพยายามผลิตอินซูลินเพื่อนำน้ำตาลจากอาหารเข้าสู่เซลล์ไปใช้เป็นพลังงาน ภาวะดื้ออินซูลินทำให้อินซูลินทำหน้าที่ในการนำน้ำตาลไปใช้ไม่ได้ ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง เกิดเป็นเบาหวาน และเมื่อเป็นเบาหวานที่ไม่ได้รักษาอย่างถูกต้องทำให้มีภาวะ น้ำตาลที่สูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะเป็นพิษต่อเซลล์ตับอ่อน ทำให้ตับอ่อนผลิตอินซูลินไม่ได้ เกิดภาวะขาดอินซูลิน (Insulin secretory defect) ประเทศไทย โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบคนไทยเป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน [2] เบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญของประชากรไทยในแต่ละปี โดยมีผู้เสียชีวิตมากถึง 106,076 คน [3] ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แต่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ เพียงร้อยละ 28.5 และมีจำนวนมากที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 8.4 แทรกซ้อนทางไตร้อยละ 18.7 และพบแผลที่เท้า ร้อยละ 2.1 ถูกตัดนิ้วเท้าและขาร้อยละ 0.3 [4] จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมจะช่วยทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งจะส่งผลทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ [5,6]

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ให้ความสนใจอย่างมากในขณะนี้ จากการที่มีหลักฐานและวิจัยจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่บ่งชี้ว่าการศึกษาแม้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนอ่านออกเขียนได้ แต่การศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้คนมีทักษะเพียงพอ หรือ “รอบรู้” พอที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อปฏิบัติตนและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ [7] ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อความสามารถในการจัดการตนเองและดูแลตนเองที่จำเป็นต่อการเจ็บป่วยและการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลที่บ่อยครั้ง ย่อมมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของบุคคล ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพน่าจะเป็นทางออกที่สำคัญที่จะช่วยแก้ที่ต้นเหตุของปัญหาโดยตรง และถือว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ และหลักสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับระดับปกติมากที่สุดอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิต [8] และทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และมีโอกาสเกิดความพิการได้ แนวความคิดเกี่ยวกับ Health literacy มีความชัดเจนมากขึ้น จากการจำแนกระดับของ ดอน นัทบีม ([9,10]) ซึ่งได้จำแนก ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ระดับ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ interactive health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill)

ระดับ 3 ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ในการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้กับปัญหาสุขภาพหลายๆด้าน แต่

ยังไม่มีความชัดเจนที่สามารถยืนยันถึงความเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตอนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 หรือไม่อย่างไร การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อาทิ โรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเป็นแนวทางกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาการจัดการโรคไม่ติดต่อให้ครอบคลุมกิจกรรมและบรรลุเป้าหมายมากขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อระบุความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพที่ 8

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตอนเอง กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 8

รูปแบบการศึกษา ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ โดยใช้การวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่อาศัยในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ของประเทศไทย ระยะเวลาดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมิถุนายน ปี พ.ศ.2561 และเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 15 มิถุนายน พ.ศ.2561 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับ โดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multivariate ในสถิติ Multiple logistic regression (11)

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

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (12)ได้รายงานสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ในระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน โดยพบว่าระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานที่แตกต่างกันจะมีความชุกที่มีภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน ดังนี้

P0 = สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน กับผู้ที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี = 0.21

P1= สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน กับผู้ที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 ปีขึ้นไป = 0.40

B = สัดส่วนของผู้ที่มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 ปีขึ้นไป = 0.65

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษา คำนวณจาก (1-B) P0 + B P1= (1-0.65)*0.21 + 0.65*0.40 = 0.33

α = ระดับนัยสำคัญกำหนด 0.05 Z1-α = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 1.96)

β = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20 Z1-β = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานมีค่าเท่ากับ 0.84

ผลการคำนวณได้ n = 216.448 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมีภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งมีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายปัจจัย เพื่อให้เพื่อการควบคุมผลของปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจ กล่าวคือ ค่าพารามิเตอร์ ที่จะนำเข้าประมาณค่าในโมเดลทั้งหมด เพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (11) และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ซึ่งมีค่าตามสูตร ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3.....p}}$$

n_p = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย ρ

n_1 = ขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากการคำนวณด้วยสูตรการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression)

$\rho^2_{1,2,3.....p}$ = ค่ากำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Multiple correlation coefficients) หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่เหลือ

ผู้วิจัยเลือก ρ = 0.6 เป็นกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษา เนื่องจากค่า VIF = 2.5 แสดงว่าตัวแปรแต่ละตัว

มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตัวอื่นๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ กล่าวคือค่า VIF ของตัวแปรอิสระ(Xi) เท่ากับ 1/tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 1 ถึง ∞ ถ้าค่า VIF มีค่ามาก หมายความตัวแปรอิสระ Xi มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ มาก หากค่า VIF มีค่าน้อยมาก หรือเข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตัวอื่นๆ น้อยมาก ถ้าค่า VIF มากกว่า 10 หมายความว่า มีหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มาก (13) เมื่อเปรียบเทียบจากตารางจะได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 541.12 หรือประมาณ 542 คน และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร จึงดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) และเนื่องจากประชากรมีจำนวนมากผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้

1. กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ทั้ง 7 จังหวัด เป็นกรอบในการสุ่ม (Sampling frame) จากนั้นสุ่มเลือกจังหวัดที่จะเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 8 โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดำเนินการโดยการเขียนฉลากชื่อจังหวัดลงในกล่องแล้วหยิบขึ้นมาทีละแผ่นแบบไม่แทนที่ (Without replacement) ทั้งหมด 3 จังหวัด ที่เป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 8 กรณีนี้สุ่มได้ จังหวัดนครพนม จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดเลย จากนั้นสุ่มเลือกอำเภอใน 3 จังหวัดที่สุ่มได้ในครั้งแรก โดยการสุ่มเลือกอำเภอใช้การสุ่มอย่างง่าย ดำเนินการโดยการเขียนฉลากชื่ออำเภอลงในกล่องแล้วหยิบขึ้นมาทีละแผ่นแบบไม่แทนที่ จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 6 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอเมืองนครพนม อำเภอธาตุพนม อำเภอเพ็ญ อำเภอประจักษ์ศิลปาคม อำเภอเชียงคาน และอำเภอภูกระดึง

2. จากประชากรที่มีจำนวนมากและมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยสุ่มที่สามารถจำแนกออกเป็นชั้นภูมิ (Stratum) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนและครอบคลุม จึงต้องดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งสัดส่วนขนาดตัวอย่างจำแนกรายอำเภอ ใน 6 อำเภอ แล้วสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มตามสัดส่วน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม และเก็บตัวอย่างจนครบจำนวน 542 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฐมภูมิที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้ทราบถึงคุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยระยะเริ่มต้น และได้รับการรักษาด้วยยาโรคเบาหวาน และไม่มีความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น มะเร็ง ไตวาย และโรคหัวใจ และมีภาวะทุพพลภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือคือแบบสัมภาษณ์ (Interviews) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานใกล้เคียงกัน แล้วนำไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbrach's Alpha Coefficient) ของปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมการดูแลตอนเอง เท่ากับ 0.86 ซึ่งแบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับ1 คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลร่างกาย การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล การสูบบุรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการหรือรับการรักษาต่อปี ค่าใช้จ่ายในการรักษาในแต่ละครั้ง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ A1C

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ ดอนนัทบีม (10) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จากนั้นการจำแนกคะแนนระดับความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการ

ปฏิบัติเฉพาะบุคคล โดยประยุกต์จากการวัดคะแนนระดับความรู้ Learning for Mastery ของ Bloom (14) ซึ่งคำนวณค่าร้อยละแล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ 2) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 14 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่าอ้างอิงจากมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scales) กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 4 ระดับ คือ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก การแปลความหมายจากค่าคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยดัดแปลงวิธีจัดอันดับของ Kiess (15) ซึ่งคำนวณค่าร้อยละแล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ 3) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่าอ้างอิงจาก มาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scales) กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 4 ระดับ คือ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย และง่ายมาก การแปลความหมายจากค่าคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยดัดแปลงวิธีจัดอันดับของ Kiess (15) ซึ่งคำนวณค่าร้อยละแล้วแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตอนเอง แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วยด้านพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ด้านพฤติกรรมการออกกาลังกาย ด้านพฤติกรรมการรับประทานยา ด้านพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด และด้านพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด โดยมีข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิอร์ท (Likert scales) ที่แบ่งเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ แบ่งเป็น มีภาวะแทรกซ้อน และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 เลขที่ HE6106

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป และใช้เทคนิคทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้อธิบายคุณลักษณะส่วน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ประมาณค่าความชุกของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยค่าความถี่ ร้อยละและช่วงเชื่อมั่นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากนั้นวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยง แบบที่ละคู่ (Bivariate analysis) ด้วยสถิติ Simple logistic regression แสดงค่า Odds Ratio อย่างหยาบ (crude OR) และ 95%CI พิจารณาค่า p-value โดยกำหนด p-value for entry (Pe) < 0.25, p-value for remove(Pr) > Pe เพื่อนำเข้าจากสมการ (16) วิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) ด้วยสถิติ Multiple logistic regression แสดงค่า Adjusted OR และ 95%CI ตัดสินใจและสรุปผลการศึกษาโดยพิจารณาค่า Adjusted OR และ 95% CI

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 542 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.3 อายุเฉลี่ย 62.8 ± 9.59 ปี กว่าหนึ่งในสามมีภาวะโภชนาการปกติ (BMI = 18.5 – 22.9 kg/m2 :ร้อยละ 37.1) ส่วนมากเรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.9 ร้อยละ 66.1มีอาชีพเกษตร ค่ามัธยฐานรายได้ต่อปี 20,000 บาท (ค่าต่ำสุด 1,200 บาท, ค่าสูงสุด 787,200 บาทต่อปี) รายได้ต่อปีของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม เฉลี่ย 126,675 ±13,3145.2 บาท ต่อปี ค่ามัธยฐานรายจ่ายของครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม 4,900 บาท ต่อปี (ค่าต่ำสุด 500 บาทต่อปี, ค่าสูงสุด 66,000 บาทต่อปี) สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.9 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.7 กลุ่มคนที่สูบ สูบบุหรี่ 5 – 8 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ระยะเวลาที่สูบบุรี่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 87.3 ดื่ม 2 - 3 วันต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 1.0 ระยะเวลาที่ดื่มส่วนใหญ่ คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม (ร้อยละ 64.4) โรคร่วมที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28.6) มัธยฐาน ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคเบาหวานคือ 8 ปี (ค่าต่ำสุด 1 ปี, ค่าสูงสุด 35 ปี) ส่วนมากรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีกินยา ร้อยละ 87.1 จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการหรือรับการรักษา ครั้ง/ปี เฉลี่ย 7.6 ±3.35 ครั้ง/ปี ส่วนมากไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน (ร้อยละ 87.3) สำหรับคนที่เสียค่าใช้จ่าย

ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1 - 30 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 10.5 ร้อยละ 56.5 มีค่าเดินทางและค่าอาหาร เป็นค่าใช้จ่ายที่ 101 - 200 บาทต่อครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.6 ระดับน้ำตาลในเลือด เฉลี่ย 3 ครั้งล่าสุด เท่ากับ 148.2 ±41.61 mg/dL และผลการตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เฉลี่ย 7.7 ±2.25 HbA1c.

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพพื้นฐาน การมีปฏิสัมพันธ์ และวิจารณญาณ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 40.9 ร้อยละ 35.6 และร้อยละ 32.1 ตามลำดับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 40.9 ในด้านความชุกภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 (95%CI = 29.96 ถึง 38.10) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือที่ไต ร้อยละ 10.5 รองลงมาคือ ตา ร้อยละ 10.0 และเท้า ร้อยละ 7.9 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

โดยทั้งปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นคือ การมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับผู้ที่ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล ในระดับสูง (Adj. OR = 2.68 , 95%CI: 1.32 - 5.47; p-value = 0.007) มีด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ในระดับต่ำ (Adj. OR = 3.01, 95%CI: 1.42 - 6.41; p-value = 0.004) มีด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ในระดับต่ำ (Adj. OR = 3.64, 95%CI: 1.69 - 7.81; p-value = 0.001) มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในระดับไม่เหมาะสม ถึงปานกลาง (Adj. OR = 2.10, (95%CI: 1.00 - 4.38; p-value = 0.049) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับดี ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ได้แก่ การโรคประจำตัวอื่นร่วม (Adj. OR = 3.34, 95%CI 1.43 - 7.75; p-value = 0.005) มีรายจ่ายในค่าเดินทาง ค่าอาหารในการรักษาโรคเบาหวานแต่ละครั้ง (Adj. OR = 3.52, 95%CI 1.41 - 8.77; p-value = 0.007) และผู้ที่มีผลการตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระดับเสี่ยงสูง (≥ 7% HbA1c) (Adj. OR= 4.36 , 95%CI 1.92 - 9.93; p-value = <0.001) เมื่อเทียบกับ ผู้ที่อยู่ใน ระดับเสี่ยงต่ำ (< 7 % HbA1c) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ(Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยในด้านต่างๆ กับความชุกของภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพ

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของภาวะแทรกซ้อน	Crude OR.	Adj. OR.	95%CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						
1. ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล						0.007
ระดับปานกลาง ถึงสูง	320	30.3	1	1	1	
ระดับต่ำ	222	40.5	1.56	2.68	1.32 - 5.47	
2. ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์						0.004
ระดับปานกลาง ถึงสูง	349	23.2	1	1	1	
ระดับต่ำ	193	54.9	4.03	3.01	1.42 - 6.41	
3. ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ						0.001
ระดับปานกลาง ถึงสูง	368	26.0	1	1	1	
ระดับต่ำ	174	52.3	3.10	3.64	1.69 - 7.81	
ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง						0.049

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ(Multiple logistic regression) ระหว่างปัจจัยในด้านต่างๆ กับความชุกของภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพ

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละของภาวะแทรกซ้อน	Crude OR.	Adj. OR.	95%CI	p-value
ระดับดี	348	27.8	1	1	1	
ระดับไม่เหมาะสมถึงปานกลาง	194	46.3	2.23	2.10	1.00 - 4.38	
ด้านคุณลักษณะส่วนบุคล						
1. กลุ่มโรคร่วม (n=193) / ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ						0.005
ความดันโลหิตสูง	155	35.4	1	1	1	
หัวใจ และอื่น ๆ	24	57.8	2.5	3.34	1.43 - 7.75	
2. ค่าเดินทาง ค่าอาหารในการรักษาโรคเบาหวานแต่ละครั้ง (บาท)						0.007
ไม่มีค่าใช้จ่าย	236	25.8	1	1	1	
มีค่าใช้จ่าย	306	41.1	2.00	3.52	1.41 - 8.77	
3. ผลการตรวจหาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)						<0.001
ระดับเสี่ยงต่ำ (<7 % HbA1c)	203	15.7	1	1	1	
ระดับเสี่ยงสูง (≥7% HbA1c)	339	45.7	4.50	4.36	1.92 - 9.93	

สรุปและอภิปรายผล

1. ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพ ที่ 8 คิดเป็นร้อยละ 33.9 และช่วงเชื่อมั่น 95% คือ 29.96 ถึง 38.10 ซึ่งเป็นความชุกที่ สูงกว่าการศึกษาผ่านมา ที่พบภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ 8.4 แทรกซ้อนทางไตร้อยละ 18.7 และพบแผลที่เท้าร้อยละ 2.1 ถูกตัดนิ้วเท้าและขา ร้อยละ 0.3 [4] ทั้งนี้ต้องอาศัยการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้ยาในการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยจึงจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีการดูแลตนเองในระดับต่ำ และ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามด้านในระดับต่ำ อีกทั้งผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ มีโอกาสสูงที่จะพบภาวะแทรกซ้อนได้ และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการศึกษานี้ มีโรคอื่นร่วมถึงร้อย 35.6 ซึ่งในกลุ่มที่มีโรคร่วมนั้นมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้[17]

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ การมีโรคร่วม ค่าเดินทาง ค่าอาหารในการรักษาโรคเบาหวานแต่ละครั้ง และ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) คือ

2.1 ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

1) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เนื่องจากทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากยา การรับรู้ และเข้าใจในข้อมูล ทั้งข้อความเขียนและวาจา จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข [9, 10] เพราะหากผู้ป่วยขาดความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานแล้ว ย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองขั้นพื้นฐาน อาจจะส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น [18] สอดคล้องกับการศึกษาของ

Wallance ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ [19]

2) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เนื่องจาก ทักษะพื้นฐานการมีองค์ความรู้ รวมทั้งทักษะทางสังคม ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [9, 10] จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้อย่างเป็นเหตุเป็นผลสามารถแยกแยะสิ่งที่ควรปฏิบัติ และสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติได้ ดังนั้นผู้ป่ายเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem & Taylor ที่อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้นั้น นอกจากมีความสามารถขั้นพื้นฐานแล้วยังต้องอาศัยพลังความสามารถในการดูแลตนเอง [20] สอดคล้องกันการศึกษาของ Benzel-Lindley ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพ โดยมีความสามารถในการรับรู้อย่างเป็นเหตุเป็นผล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [21]

3) ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เนื่องจาก ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป [9, 10] และความรอบรู้ด้านสุขภาพยังถือว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ [22] สอดคล้องกันการศึกษาของ Benzel-Lindley ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพ โดยความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิจารณญาณ สามารถเพิ่มการรับรู้อย่างเป็นเหตุเป็นผล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน [21]

2.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 แม้ว่าเมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ที่วิเคราะห์พฤติกรรมรวมกันกับความรอบรู้ทางสุขภาพ และตัวแปรที่มีอิทธิพลอื่นๆ แล้วจะมีความเป็นไปได้ที่จะไม่มีความแตกต่างอะไรระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในไม่เหมาะสม ถึงระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระดับดี แต่ทั้งนี้ก็ยังมีการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจาก สุขภาพของผู้เป็นเบาหวานจะเสื่อมเร็วกว่าคนทั่วไป ถ้าหากดูแลตนเองไม่ดีพอ ประกอบกับการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี จะทำให้ร่างกายเกิดภูมิต้านทานต่ำและติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นหากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมจะช่วยทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ซึ่งจะส่งผลทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาจะมีความสัมพันธ์กับการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5) สอดคล้องกับการศึกษาที่โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากจะมีการดูแลตนเองด้านการรับประมานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา [6]

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือผู้เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญต่อการสร้างด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยนำข้อมูลปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่คนส่วนใหญ่เข้าใจผิดในด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ ระดับการปฏิบัติเฉพาะบุคคล เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่ระดับ 90-130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ถือว่าควบคุมได้ดี และข้ออื่นๆ ส่วนด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ที่มีความยากในการเข้าใจในสิ่งที่แพทย์บอก

และข้ออื่นๆ และในด้านความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ที่มีความยากในการตัดสินว่าข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เผยแพร่ในสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ อินเตอร์เน็ตหรือสื่ออื่นๆ ว่ามีความน่าเชื่อถือ และข้ออื่นๆ ไปพิจารณาสร้างกระบวนการที่เหมาะสม และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนในกระบวนการสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ต่างๆ สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรผลักดันเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ชัดเจน และต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยพบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในระดับสูง อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการป้องกันการเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

4. ควรมีการวิจัยควรมีการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อติดตามการเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลในแง่ของความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลมากยิ่งขึ้น ในปัจจัยที่สงสัยว่าจะทำให้เกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งต้องการเวลาในการศึกษาที่นานเพียงพอมากกว่ารูปแบบการศึกษาที่วัดเพียงครั้งเดียว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี ต้องขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่าง ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Diabetes: World Health Organization; 2017 [cited 2017 10 Nov.]. Available from: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.

2.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.

3.วิทูรย์ โล่ห์สุนทร, วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี วิทยาการระบาดของโรคเบาหวานในประเทศไทย. 2551.

4.กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (DM, HT, COPD, STROKE). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.

5.ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2551.

6.วาราภรณ์ หนุ่มศรี. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2549.

7.Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. Archives of internal medicine. 1998;158(2):166-72.

8.สุปรียา เสียงดัง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1).

9.Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health education research. 2008;23(5):840-7.

10.Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.

11.Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in medicine. 1998;17(14):1623-34.

12.สุทิตย์ บุญเรือง, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, วิริณธิ์ กิตติพิชัย, ทัศนีย์ รวิวรกุล. ปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก กรณีศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน. EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology. 2559;10(1).

13.Meyers JM, Miles JA, Faucett J, Janowitz I, Tejeda DG, Weber E, et al. Priority risk factors for back injury in agricultural field work: vineyard ergonomics. Journal of agromedicine. 2004;9(2):433-48.

14.Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. 1971.

15.Kiess HO. Statistical concepts for the behavioral sciences: Allyn & Bacon; 1989.

16.Hosmer Jr DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression: John Wiley & Sons; 2013.

17.นุคุณ ประยูรวงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึงอินสุลิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารกรมการแพทย์. 2543.

18.World Health Organization. Health Promotion 7th Global Conference on Health Promotion 2009 [cited 2017 17 October]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.

19.Wallace AS, Carlson JR, Malone RM, Joyner J, DeWalt DA. The influence of literacy on patient-reported experiences of diabetes self-management support. Nursing research. 2010;59(5):356.

20.Orem DE, Taylor S. Orem's general theory of nursing. NLN publications. 1986(15-2152):37-71.

21.Benzel-Lindley JA. Exploration of factors impacting the self-care of elders with diabetes. 2005.

22.World Health Organization. Health promotion glossary. 1998.

เภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

Pharmaceutical Materials Depiction in Garden, Forest, Rice Field Related to Merit of The Elderly In Thailand And Lao People's Democratic Republic

ผุสดี เจริญไวยเจตน์[1] อัจฉรา ภาณุรัตน์[2] อุษา กลมพันธ์[3] กิ่งเพชร ส่งเสริม[4]

Phusadee Charoenwaiyajet[1] Achara Phanurat[2] Usa Klompun[3] Kingphet Songserm[4]

(Received: November 17 ,2018 ; Accepted: December 20 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้บูรณาการระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มานุษยวิทยาทางการแพทย์ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ หมอพื้นบ้าน ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ผู้สูงอายุและครอบครัว และประชาชนทั่วไป ได้กลุ่มเป้าหมาย 25 คน ในแต่ละประเทศ ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพมาสรุปประเด็นสร้างข้อกระทงคำถามและประมวลผลด้วยวิธีการทางสถิติโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) โดยสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างในประเทศไทยจำนวน 500 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการอบรมการแพทย์วิถีพุทธ หรือที่เข้าร่วมงานบุญประเพณีของชาวอโศก

จากการนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพ มาพิจารณาร่วมกับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากข้อคำถามที่ได้จากการใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้รหัสภูมิปัญญาจำนวน 8 รหัสหลัก ดังนี้ 1) ภูมิรู้เภสัชวัตถุ 2) ภูมิรู้สวนป่านาไร่ 3) เพิ่มศีล รักษาโรค 4) ศรัทธาสิ่งใด ๆ ที่รักษาโรคได้ 5)บุญกิริยาวัตถุ กลไกการฟื้นฟูสวนป่านาไร่ ไร้สารพิษ 6)บุญกิริยาวัตถุ กลไกการเผยแพร่ภูมิรู้สวนป่านาไร่ และภูมิรู้เภสัชวัตถุ 7) ความเชื่อเรื่องกรรม ก่อเกิดบุญกิริยาวัตถุ และ8) พลัง “บวร” กลไกการถ่ายทอดภูมิรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพดี จากนั้นนำรหัสภูมิปัญญาดังกล่าวมาจัดกลุ่มแบ่งตามวัตถุประสงค์การใช้เป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ 3 ขั้น คือ ใช้เมื่อเจ็บป่วย ใช้ในชีวิตประจำวัน และใช้ในการเผยแพร่องค์ความรู้

คำสำคัญ: เภสัชวัตถุพรรณนา บุญ ผู้สูงอายุ

Abstract

The mixed research method aimed to pharmaceutical materials depiction in gardens, forests and rice fields, related to merit of the elderly in Thailand and Lao People's Democratic Republic have integrated the order of qualitative research in the medical humanities by using in-depth interviews with the 25 core group of informants for country each, who were local doctors, community leaders and Buddhist monks, as well as the elderly and their family members and the general public. This was combined with quantitative research taking the qualitative data to summarize and create sections of questions and processing with statistical methods for an Exploratory Factor Analysis. The survey was held with 500 members of the sample group in Thailand, comprising the elderly aged 60 upwards, who had received training in Buddhist Medicine, or who had participated in merit-making ceremonies of Ashok people.

The researcher had carried out the unlocking of important wisdom concerning developing the health of the elderly from qualitative research and combined with the values of weighted components from the questions obtained from the use of statistical methods in the Exploratory Factor Analysis. There were 8 primary keys of wisdom which were 1) knowledge of pharmaceutical materials, 2) knowledge of gardens, forests and fields, 3) Increasing morality and treating disease, 4) faith in that thing to cure disease, 5) Items of Meritorious Action, the mechanism to revive chemical toxin free-gardens, forests and fields, 6) Items of Meritorious Action, the mechanism to disseminate knowledge of gardens, forests and fields and pharmaceutical materials, 7) Belief in karma, to bring about Items of Meritorious Action and 8) The power

[1]นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[2]อดีตอาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[3] อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

[4] อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

to the objectives of use as a method to develop health in three stages: Use in times of illness, use in everyday life and use in disseminating knowledge.

Keywords: Pharmaceutical Materials Depiction, Merit, Elderly

บทนำ

ยารักษาโรค หนึ่งในปัจจัยสี่ ที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์สถานการณ์ยารักษาโรคในปัจจุบันพบว่ามีโรคหรืออาการหลายโรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลายโรคมีวิธีการรักษา แต่อาจได้รับอันตรายจากผลข้างเคียงของยาเคมี และมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้น กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ และความเสื่อมของร่างกายตามวัย องค์การอนามัยโลกมีนโยบายส่งเสริมการใช้การแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์พื้นบ้านของแต่ละประเทศเพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาสุขภาพและงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สนับสนุนให้มีงานวิจัยเพื่อแสดงความปลอดภัย ประสิทธิผลคุณภาพ การรักษาโรคในอดีตเป็นการรักษาแบบองค์รวมคือทั้งกายและจิต เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ใช้เภสัชวัตถุ ผสมผสานกับการปรับพฤติกรรมให้เป็นไปตามความเชื่อ วัฒนธรรมของชุมชนนั้น ๆ วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากหมอพื้นบ้านถึงข้อห้ามการกระทำหรือข้อขะลำ ต่าง ๆ บวกกับความรู้ ความเชื่อเดิมของผู้ป่วย และคนรอบข้างในการปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย ซึ่งข้อห้ามต่าง ๆ คือ ศีล หนึ่งในบุญกิริยาวัตถุ 3 คือบุญนั่นเอง ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการใช้เภสัชวัตถุให้มีประสิทธิผลนั้น เกิดจากตัวเภสัชวัตถุ ร่วมกับองค์ความรู้การใช้เภสัชวัตถุ ตั้งแต่กระบวนการหา การเก็บ การปรุงการใช้เภสัชวัตถุ และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพในสภาวะเจ็บป่วย ข้อปฏิบัติ หรือข้อห้ามต่าง ๆ นั้น เกี่ยวข้องกับ “บุญ” การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเภสัชวัตถุกับบุญอาจนำมาซึ่งการถอดรหัสการใช้เภสัชวัตถุอย่างมีประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย และสะหวันนะเขต และจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาและทำเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในจังหวัดมุกดาหาร และจังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย และแขวงสะหวันนะเขต และแขวงจำปาสัก สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่เป้าหมายแบบเจาะจงคือ จังหวัดมุกดาหาร ประเทศไทย ที่อยู่ของอาจารย์หมอเขียว ใจเพชรกล้าจน ผู้ค้นพบการแพทย์วิถีพุทธ ท่านเป็นหมอชาวไทลาวที่มีความโดดเด่นเรื่องการใช้เภสัชวัตถุและบุญในการรักษาโรค ตามทฤษฎีการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม ที่มีแนวคิดว่า วัฒนธรรมจะแพร่กระจายจากจุดศูนย์กลาง หรือจุดกำเนิด ไปตามพื้นที่เท่าที่จะไปได้ในเขตภูมิศาสตร์เดียวกันและยุคสมัยใกล้เคียงกัน[1] ผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่แขวงสะหวันนะเขต ในสปป.ลาว ที่อยู่ตรงข้ามกับจังหวัดมุกดาหาร โดยมีแม่น้ำโขงกั้นอยู่ ต่อมาผู้วิจัยพบว่า องค์ความรู้เรื่องบุญ ของอาจารย์ใจเพชร ได้รับอิทธิพลจากพ่อครูสมณโพธิรักษ์ สมณะชาวไทลาว ผู้นำชาวอโศก ที่ตั้งชุมชนหมู่บ้านราชธานีอโศกอยู่ที่ จังหวัดอุบลราชธานี จึงเลือกพื้นที่นี้และแขวงจำปาศักดิ์ ที่อยู่อีกฝั่งแม่น้ำเป็นพื้นที่ศึกษาเพิ่มเติม โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ หมอพื้นบ้าน ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ ผู้สูงอายุและครอบครัว และประชาชนทั่วไป ที่มีความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องเภสัชวัตถุในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญ ในชุมชนที่ศึกษา จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ได้กลุ่มเป้าหมายในประเทศไทย 25 คน และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 25 คน

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเภสัชวัตถุในสวน ป่า นาที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้วิจัยนำสาระองค์ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในเรื่องเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญในประเทศไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่เก็บข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาสรุปประเด็นสร้างข้อกระทงคำถามและจัดทำแบบสอบถามเพื่อนำมาสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกจากประชากรในพื้นที่วิจัยในประเทศไทย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการอบรมการแพทย์วิถีพุทธ หรือที่เข้าร่วมงานบุญประเพณีของชาวอโศก โดยกำหนดตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 500 คน

ระยะที่ 3 ถอดรหัสภูมิปัญญา

ผู้วิจัยนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 มาพิจารณากับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นาที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2 มาถอดรหัสภูมิปัญญาการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุด้วยเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญ นำรหัสภูมิปัญญาที่ได้ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่เลือกแบบเจาะจง 3 ท่านพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ก่อนการนำไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่เป็นตัวบุคคล คือ การใช้บุคคลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลหรืออำนวยความสะดวก เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครอบคลุม ตรงประเด็นเนื้อหาในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยเองที่เป็นเครื่องมือสำคัญ ผู้ช่วยวิจัย และผู้ประสานงาน

2. เครื่องมือที่เป็นเอกสาร ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง และแบบสอบถามเชิงปริมาณ ที่สร้างขึ้นเองจากการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมาจัดทำเป็นกระทงคำถามจำนวน 60 ข้อ โดยผ่านการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มทดลองที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.978

3. เครื่องมือที่เป็นอุปกรณ์ช่วยในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย กล้องถ่ายภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว เครื่องบันทึกเสียงใช้ประกอบการสัมภาษณ์เจาะลึก สมุดจดบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกการสัมภาษณ์เจาะลึกและข้อมูลที่ได้จากการสังเกตการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ สังเคราะห์จากเอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการสำรวจภาคสนาม กระบวนการวิเคราะห์เบื้องต้นได้ดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว บันทึกผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะของการพรรณนา (Descriptive analysis) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้มาจำแนก จัดประเภทของข้อมูลที่ยึดหลักตามคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติพื้นฐานได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อทราบลักษณะการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) เพื่อแยกองค์ประกอบของเภสัชวัตถุในสวน ป่า นาที่สัมพันธ์กับบุญของผู้สูงอายุในประเทศไทยซึ่งผู้วิจัยกำหนดเงื่อนไขให้แต่ละองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 และตัวแปรแต่ละตัวในองค์ประกอบนั้น ๆ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าภูมิรู้เรื่องสวนป่านาไร่ เช่นการมีองค์ประกอบของสวน ของป่า ของนา/ไร่ ทำให้ดิน น้ำ อุดมสมบูรณ์ ภูมิรู้เรื่องเภสัชวัตถุ โดยเฉพาะเรื่องรสเภสัชวัตถุ 9 รส และฤทธิ์ของเภสัชวัตถุคือ ฤทธิ์ร้อน ฤทธิ์เย็น รวมถึงการมุ่งทำบุญ ละบาป ตามคติความเชื่อของศาสนาพุทธ ทำให้ประชาชนที่นำไปปฏิบัติ มีสุขภาพดี เจ็บป่วยน้อย เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถพึ่งตนเองดูแลสุขภาพตนเองได้ในเบื้องต้น ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภูมิรู้ดังกล่าวกระจายตัวอยู่ในกลุ่มประชาชนที่ได้เข้ามาศึกษาเรียนรู้ เห็นตัวอย่างจากชุมชนบุญที่เห็นความสำคัญของอาหารเป็น

หนึ่งในโลก ให้ความสำคัญกับกสิกรรมไร้สารพิษ ที่นำสู่การไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และสัตว์อื่น ด้วยสารเคมีใด ๆ ซึ่งประชาชนทั้งชาวไทย และชาวสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่เข้ามาเรียนรู้กับชุมชนบุญดังกล่าว ก็จะนำเภสัชวัตถุ คือพันธุ์พืชต่าง ๆ ไปปลูกไว้บริเวณบ้าน เพื่อการมีอาหาร และยาที่สะดวกใช้สอยในอนาคต รวมถึงเผยแพร่ภูมิรู้เภสัชวัตถุ และภูมิรู้สวนป่านาไร่ ที่สัมพันธ์กับบุญ เพื่อการพัฒนาสุขภาพดีให้กับผู้อื่นต่อไป



ภาพประกอบ 1 สัญลักษณ์ภาพรหัสภูมิปัญญาเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญ

จากภาพประกอบ 1 แสดงสัญลักษณ์ภาพรหัสภูมิปัญญาเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญ ที่ได้จากการถอดรหัสภูมิปัญญาที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ นำมาพิจารณาร่วมกับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากข้อคำถามที่ได้จากการใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ได้รหัสภูมิปัญญาจำนวน 8 รหัสหลัก โดยแต่ละรหัสสามารถช่วยสร้างสุขภาพดีได้ในระดับหนึ่ง และหากทำร่วมกันจะเพิ่มประสิทธิภาพในการสร้างสุขภาพดีที่มากขึ้น ผู้วิจัยสรุปรหัสภูมิปัญญาเป็นสัญลักษณ์ภาพ โดยดัดแปลงจาก ดอกอ่อมแซบหรือเบญจรงค์หรือบุษบาริมทาง วัชพืชมีฤทธิ์เย็น ใบใช้ปรุงเป็นอาหารและยา เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าของภูมิรู้ ทำให้สิ่งที่ดูเหมือนไม่มีค่า เป็นวัชพืช เป็นบุษบา ริมทาง เป็นของที่คนให้คุณค่าได้

รหัสภูมิปัญญาเภสัชวัตถุพรรณนาในสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญ ที่พบในการวิจัยนี้มี 8 รหัสภูมิปัญญาหลัก ที่ถอดรหัสจากข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงกว่า 0.5 ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. ภูมิรู้เภสัชวัตถุ คือความรู้ในเรื่องเภสัชวัตถุพืช 9 รส และฤทธิ์พืชทั้งร้อนและเย็น เป็นภูมิรู้ที่นำมาคัดสรรเภสัชวัตถุต่าง ๆ มารับประทานเป็นอาหารและยาได้ เมื่อร่วมกับการเป็นหมอดูแลตนเองด้วยการสังเกตความสบายเบากาย มีกำลัง จะทำให้เลือกสรรเภสัชวัตถุได้ตรงกับอาการของร่างกายด้วยตนเอง ทำให้พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 1 5 และ 48 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.684 – 0.75 ภูมิรู้เภสัชวัตถุที่สำคัญ มีดังนี้

1.1 เภสัชวัตถุ 9 รส การแพทย์แผนไทยแบ่งรสของเภสัชวัตถุออกเป็น 9 รส แต่ละรสมีสรรพคุณในการปรับธาตุในร่างกายที่แตกต่างกัน เช่น รสฝาดช่วยสมานแผล รสขมแก้เรื่องเลือด รสเผ็ดร้อนแก้เรื่องลม เป็นต้น การนำเภสัชวัตถุมาปรุงเป็นอาหารหรือยา ให้เหมาะสมกับโรคจะเป็นยารักษาความไม่สมดุลของธาตุ เมื่อธาตุสมดุลการเจ็บป่วยก็จะหาย

1.2 เภสัชวัตถุ ฤทธิ์ร้อน-เย็น การแพทย์วิถีพุทธเค้นพบ โดยอาจารย์ใจเพชร กล้าจนชื่อว่าหนึ่งในสาเหตุหลักของความเจ็บป่วยคือ ร้อนเย็นไม่สมดุล ความรู้เรื่องฤทธิ์ของพืช ธาตุ ๆ ต่าง ในสวนป่านาไร่ จะช่วยให้ผู้นั้นนำพืชใกล้ตัวมาปรับสมดุลร้อนเย็นในร่างกายของตนเอง การแยกฤทธิ์ร้อน เย็นของเภสัชวัตถุ เภสัชวัตถุฤทธิ์ร้อน เมื่อกินเข้าไปแล้วจะรู้สึกปากคอแห้ง กระหายน้ำ และเมื่อดื่มน้ำตาม จะรู้สึกสดชื่น อร่อย เช่นกินพริกเผ็ด พอดื่มน้ำจะรู้สึกสบายขึ้น ส่วนเภสัชวัตถุฤทธิ์เย็น เมื่อกินเข้าไปแล้วจะรู้สึกชุ่มปากชุ่มคอ เมื่อดื่มน้ำตามแล้วรู้สึกไม่อร่อย

1.3 หมอดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย สมดุลธาตุและสมดุลร้อน-เย็นในร่างกายจะแปรปรวน เปลี่ยนแปลงง่าย ทั้งจาก อารมณ์ อาหาร อากาศ และอื่น ๆ การฟื้นฟูร่างกายที่มีประสิทธิภาพประกอบสุด คือการเป็นหมอดูแลตนเอง สังเกตอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าสบาย เบา

กาย มีกำลัง หรือไม่ แล้ววิเคราะห์วิจัยว่าเกิดจากสิ่งใด ถ้าสิ่งใดดีก็ทำต่อ ถ้าสิ่งใดไม่ดีก็หลีกเลี่ยงเสีย

2. ภูมิรู้สวนป่านาไร่ เป็นการใช้ธรรมชาติสร้างธรรมชาติ เกิดจากการอิงอาศัยกันและกันของพืช สัตว์ และมนุษย์ ก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมดิน น้ำ อากาศที่ดี อุดมสมบูรณ์ ตัวอย่างการปฏิบัติเช่นจัดสรรพื้นที่ สวนป่านาไร่ การปลูกข้าว ถั่ว งา ให้เป็นวัฒนธรรม และการใช้ธรรมชาติสร้างธรรมชาติ ด้วยวงจรกสิกรรมธรรมชาติ ปุ๋ยสะอาด และขยะวิทยา เป็นต้น ภูมิรู้สวนป่านาไร่ เป็นการฟื้นฟูระบบนิเวศ เกิดความอุดมสมบูรณ์ของ พืช สัตว์ นานาพรรณ และทำให้คนมีปัจจัย 4 ทำจำเป็นกับชีวิตเพียงพอ เป็นการสร้างชีวิตดีให้กับทุกสรรพสิ่ง รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 1 5 และ 48 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.684 – 0.75

3. เพิ่มศีล ลดโรค การเพิ่มศีล การทำบุญกิริยาวัตถุ หมวดศีลมัยให้ยิ่งขึ้น หลักการใหญ่คือการปฏิบัติกาย วาจา และใจให้เป็นไปเพื่อไม่เบียดเบียดตนเอง ผู้อื่น และสัตว์อื่น เพราะโรคหลายโรคมีสาเหตุเกิดจากกรรม การกระทำที่หลายคนทราบว่าพฤติกรรมใดทำให้ก่อโรค หลายคนไม่ทราบแต่เชื่อในคำตรัสของพระพุทธเจ้าที่ว่าเหตุของการมีโรคมาก เกิดจากการผิดศีลข้อที่ 1 การเบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น สัตว์อื่น การแก้กรรมเก่า ในทางพระพุทธศาสนานั้นไม่มี ทุกคนมีกรรมเป็นของตน ทำกรรมใดไว้ย่อมรับผลกรรมนั้น แต่เพื่อลดความรุนแรงของผลกรรมเรื่องความเจ็บป่วย จึงสร้างเหตุใหม่ด้วยการรักษาศีลข้อที่ 1 การไม่เบียดเบียนสัตว์ให้ยิ่งขึ้น เพื่อกลายเป็นคนที่มีโรคน้อย ที่เกิดจากการไม่เบียดเบียนสัตว์ ซึ่งการตั้งศีลที่ค้นพบในงานวิจัยนี้ที่สำคัญมี 7 ข้อ คือการไม่ทำทุกข์ทับถมตน การงดเว้นพฤติกรรมก่อโรค การลดการกินเนื้อสัตว์ การปลูกพืชผักสวนครัวไร้สารพิษ การฟังธรรม ไม่เพิ่มทุกข์ใจ การแบ่งปัน สร้างสุข และหมอมีศีล เพิ่มฤทธิ์รักษาโรค ซึ่งทุกข้อเป็นไปเพื่อลดการเบียดเบียนตนเองด้วยการไม่เอาพิษเข้าสู่ร่างกาย ทั้งที่เป็นพิษจากการทุกข์ใจ จากพฤติกรรมสุขภาพประกอบไม่ดี การสร้างกรรมไม่ดีด้วยการเบียดเบียนสัตว์ สารพิษที่อยู่ในเนื้อสัตว์ พืชผักต่าง ๆ การนำสิ่งที่เป็นประโยชน์เข้าสู่ร่างกายทดแทน ด้วยอาหารไร้สารพิษ ความสุขใจจากการฟังธรรม การให้ การแบ่งปัน และเมื่อเพิ่มศีลเหล่านี้จะช่วยลดการเบียดเบียนผู้อื่นด้วย เพราะสุขภาพดีขึ้นจึงพึ่งพาญาติพี่น้อง ผู้อื่นลดลง และในการเพิ่มศีลลดการกินเนื้อสัตว์ยังช่วยลดการเบียดเบียนสัตว์อีกด้วย รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 3 40 44 49 53 55 และ 60 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง 0.613 – 0767

4. ศรัทธาสิ่งใด ๆ ที่รักษาโรคได้ หมายถึง เมื่อจะใช้วิธีการใด หมอแผนใด เภสัชวัตถุชนิดใดก็ตามที่จะใช้รักษาโรคของตน ให้ศรัทธาสิ่งนั้น ๆ ว่ารักษาโรคของตนได้ เมื่อใจเชื่อมั่นเช่นนั้น จะไม่มีความระแวง หวั่นไหว วิตกกังวล ก็จะไม่เกิดการทำทุกข์ทับถมตนให้ทุกข์ทางใจเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันความมั่นใจว่าจะหาย ความโน้มเอียงที่จะทำพฤติกรรมที่ส่งเสริมการหายโรคก็มีมากขึ้น กล่าวได้ว่า การศรัทธาสิ่งใด ๆ ที่รักษาโรคได้ไม่ใช่สิ่งเสียหาย มีแต่ประโยชน์อย่างน้อยก็ทำให้ใจเป็นสุข ไม่ทำทุกข์ทับถมตน เป็นการทำบุญกิริยาวัตถุอย่างหนึ่ง แสดงออกถึงการอ่อนน้อมถ่อมตน ศรัทธาในสิ่งที่ควรศรัทธา รวมถึงการอยู่ในศีลไม่เบียดเบียนตนเองด้วยความทุกข์ ความกังวลในวิธีการรักษาโรค วลี ศรัทธาสิ่งใด ๆ ที่รักษาโรค ปรากฏให้คำให้สัมภาษณ์ของอาจารย์ใจเพชร กล้าจน (2561,พฤษภาคม 6) ที่ว่า “การปฏิบัติตามความหมายเชิงลึกของอาพาธสูตร ข้อแรกคือ ศรัทธาในวัสดุและวิธีการปรับสมดุลร้อนเย็น และพากเพียรปฏิบัติ ศรัทธาในพระพุทธเจ้า พระโพธิสัตว์ พระอริยะ และครูอาจารย์ที่พากเพียรฝึกฝนและถ่ายทอดองค์ความรู้องค์ประกอบสู่ความพ้นทุกข์ให้เราและผองชน” รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 4 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.711

5. บุญกิริยาวัตถุ กลไกการฟื้นฟูสวนป่านาไร่ ไร้สารพิษ การทำบุญเป็นความเชื่อและวิถีชีวิตของคนไทยมาช้านาน การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ถ้าสอดคล้องไปกับความเชื่อและวิถีชีวิตปกติของผู้คน จะเป็นที่ยอมรับได้ง่าย การฟื้นฟูสวนป่านาไร่ ไร้สารพิษ เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของคนในครอบครัว ชุมชน เป็นงานที่ใช้เวลาหลายปีกว่าจะเห็นผลอย่างชัดแจ้ง และในช่วงเริ่มแรกของการปรับเปลี่ยนนั้นมีต้นทุนสูง ผลตอบแทนทางตัวเงินน้อย

พลังศรัทธาความเชื่อในผลของบุญกิริยาที่ทำ จะเป็นพลังในการขับเคลื่อนการฟื้นฟูสวนป่านาไร่ที่สำคัญ ความเชื่อในการให้ทาน ด้วยของดี ของบริสุทธิ์ จะได้อานิสงส์มากหันกลับมาปลูกพืชไร้สารพิษ การอยู่ในศีลข้อ 1 เป็นผู้ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และสัตว์อื่น ช่วยลดความหวั่นไหวในการทำสวนป่านาไร่ ยามผลผลิตได้รับความเสียหายจากสัตว์และแมลงต่าง ๆ รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 34 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.777

6. บุญกิริยาวัตถุ กลไกการเผยแพร่ภูมิรู้สวนป่านาไร่ และภูมิรู้เภสัชวัตถุ ภูมิรู้สวนป่านาไร่ และภูมิรู้เภสัชวัตถุ เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดมาจากบรรพชน รุ่นต่อรุ่น และมีการสูญหายไปบางส่วน ประกอบกับภูมิรู้ดังกล่าว เป็นภูมิรู้ที่ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลานั้น ๆ การได้มาซึ่งความรู้ที่ทรงคุณค่านี้จึงผ่านมาทางผู้สูงอายุที่ผ่านประสบการณ์การใช้หรือได้รับการถ่ายทอด การพบเห็นภูมิรู้นั้นมาก ๆ การแบ่งปันความรู้ที่ส่งเสริมการทำสวนป่านาไร่ ไร้สารพิษ ทำให้ลดการเบียดเบียนสัตว์ มีแหล่งอาหารมีประโยชน์กับผู้คน และการแบ่งปันภูมิรู้เภสัชวัตถุช่วยให้เกิดการฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้คนอื่นคลายทุกข์ ช่วยให้รู้วิธีไล่แมลงศัตรูพืชต่าง ๆ ทำให้ลดการเบียดเบียนสัตว์ นั้นจัดเข้าเป็นธัมมเทสนามัย บุญสำเร็จด้วยการแสดงธรรม เมื่อการถ่ายทอดภูมิรู้นี้ออกไป เกิดการทำที่มากขึ้นจะทำให้เกิดการรวมตัวกันของคนมีศีล มีภูมิรู้เภสัชวัตถุ เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น มาร่วมกันทำสิ่งที่เป็นความดี เป็นกุศลคือสร้างสวนป่านาไร่ ไร้สารพิษที่ขยายวงกว้างขึ้น เกิดเป็นชุมชนบุญ ที่มีการให้ การแบ่งปันที่ยิ่งขึ้น มีสิ่งแวดล้อมดี อากาศบริสุทธิ์ ผลผลิตไร้สารพิษจำนวนมาก อันเป็นปัจจัยสร้างสุขภาพประกอบดีของทุกชีวิต รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 24 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.669

7. ความเชื่อเรื่องกรรม ก่อเกิดบุญกิริยาวัตถุ ความเชื่อเรื่องกรรม หมายรวมถึงความเชื่อว่ากรรมมีอยู่จริง ความเชื่อว่าผลของกรรมมีจริง และเชื่อว่าแต่ละคนเป็นผู้ต้องเสวยผลของกรรมของตน เป็น 3 ศรัทธา (ความเชื่อ) 3 อย่างแรกของศรัทธา 4 ในพระพุทธศาสนา ซึ่งสามารถรวมลงเป็นศรัทธาข้อที่ 4 คือ ความเชื่อการตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า ว่าท่านทรงเป็นผู้นำทางให้ผู้คนพ้นทุกข์ได้ พระพุทธเจ้าทรงย่อหัวใจของพระพุทธศาสนา ทางแห่งการพ้นทุกข์ เรียกว่าโอวาทปาติโมกข์ มีเนื้อหา คือ สพฺพปาปสฺส อกรณ์ การไม่ทำบาปทั้งปวง กุสลสฺสูปสมฺปทา การทำกุศลให้ถึงพร้อม และสจิตฺตปริโยทปนฺ การทำจิตของตน ให้ผ่องใส และทรงแนะนำวิธีการทำบุญ 3 หมวด หรือบุญกิริยาวัตถุ 3 ประกอบด้วย ทาน ศีล และภาวนา เพื่อลดความโลภ ความโกรธ ความหลง อันเป็นสาเหตุของทุกข์ การแพทย์วิถีพุทธใช้วิธีการเพิ่มศีล และพิจารณาเกี่ยวกับความทุกข์ที่พบจากการตั้งศีลนั้นเป็นหนึ่งในอุบายวิธีที่ช่วยให้เห็นชัดและเชื่อเรื่องกรรมยิ่งขึ้น กล่าวคือความเชื่อเรื่องกรรมเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมุ่งทำบุญกิริยาวัตถุ เพื่อลดสาเหตุของความทุกข์ต่าง ๆ รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 50 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.677

8. พลัง “บวร” กลไกการถ่ายทอดภูมิรู้ เพื่อการพัฒนาสุขภาพดี บวร ย่อจากตัวอักษรตัวแรกของบ้าน วัด และโรงเรียน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคนและสังคม เป็น 3 เส้าที่ช่วยกันถ่ายทอดความรู้ คุณธรรม วิชาการใช้ชีวิตต่าง ๆ ให้กับคนในชุมชนตั้งแต่เด็กจนแก่เฒ่า งานบุญประเพณีต่าง ๆ เป็นกิจกรรมสร้างสรรรวมพลังของบ้าน วัด โรงเรียน เป็นงานที่สร้างความสามัคคีของคนในชุมชนทุกช่วงวัย การสร้างสวนป่านาไร่ เพื่อการพัฒนาสุขภาพดีนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของคนในครอบครัว และหรือในระดับชุมชน การถ่ายทอดความรู้ผ่านระบบ “บวร” จะก่อให้เกิดทิฏฐิความคิดที่ตรงกัน ทำให้การสร้างสวนป่านาไร่เป็นไปได้ง่ายขึ้น ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ความเจ็บป่วยของบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสามัคคีของคนในครอบครัวร่วมทำร่วมคิดต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพกลับมา แนวทางในการรักษาโรคมีอยู่หลายวิธี เพื่อลดความขัดแย้งในการเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ รวมทั้งก่อให้เกิดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการที่ตนเองศรัทธา เป็นหนึ่งในรหัสภูมิปัญญาในการหายโรคเร็วนั้น คือการปรับทิฏฐิความคิดเห็นให้ตรงกันของคนในครอบครัว การสื่อสารภูมิรู้เภสัชวัตถุผ่านระบบ บวร จะทำให้บุคคลในครอบครัวทุก

ช่วงวัยมีทิฏฐิเดียวกัน รหัสภูมิปัญญานี้สกัดจากข้อคำถามที่ 45 มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.671

ผลการนำรหัสภูมิปัญญามาจัดเรียงตามวัตถุประสงค์การใช้ พบรูปแบบการพัฒนาสุขภาพดีตามวัตถุประสงค์การใช้ 3 รูปแบบคือ 1) ภูมิรู้ฟื้นฟูสุขภาพ เป็นรูปแบบที่เหมาะถือปฏิบัติยามเจ็บป่วย ใช้รหัสภูมิปัญญาหลัก เรื่องภูมิรู้เภสัชวัตถุ การเพิ่มศีล ลดโรค และศรัทธาสิ่งใด ๆ ที่รักษาโรคได้ เป็นแกนในการปฏิบัติ 2) ไร้สารพิษ สร้างสุขภาพ เป็นรูปแบบที่เหมาะถือปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ใช้)ภูมิรู้สวนป่านาไร่ และบุญกิริยาวัตถุ กลไกการฟื้นฟูสวนป่านาไร่ ไร้สารพิษ เป็นแกนในการปฏิบัติ และ3) ชุมชนบุญ สุขภาพดี เป็นรูปแบบการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพ โดยใช้รหัสบุญกิริยาวัตถุ เป็นกลไกการเผยแพร่ภูมิรู้สวนป่านาไร่ และภูมิรู้เภสัชวัตถุ สนับสนุนด้วยความเชื่อเรื่องกรรม ก่อเกิดบุญกิริยาวัตถุ เป็นกลไกการขับเคลื่อนภายในบุคคล.ให้เกิดการทำบุญ และพลัง “บวร” กลไกการถ่ายทอดภูมิรู้เพื่อการพัฒนาสุขภาพดี เป็นกลไกการขับเคลื่อนภายนอกให้เกิดการบำเพ็ญบุญกุศล เกิดการให้ แบ่งปันองค์ความรู้ที่ตนมี เพื่อให้เกิดการเผยแพร่ในวงกว้าง

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบภูมิรู้ฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับปฏิบัติยามเจ็บป่วย ใช้ภูมิรู้เภสัชวัตถุฤทธิ์ร้อนเย็น ที่การแพทย์วิถีพุทธเค้นพบ ชื่อว่าหนึ่งในสาเหตุหลักของความเจ็บป่วยคือร้อนเย็นไม่สมดุล ร่วมกับการเป็นหมอดูแลตนเอง จะช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูได้เร็ว ในอดีตผู้คนกินพืชผักตามฤดูกาล กินผักที่เกิดแถวบ้าน คือเป็นผักที่ปรับตัวอยู่รอดในสภาพแวดล้อมเดียวกับผู้กิน จึงมีร่างกายแข็งแรง เพราะได้สมดุลร้อนเย็น แต่สภาพแวดล้อมปัจจุบันที่อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย ความก้าวหน้าทางความรู้และเทคโนโลยีการเกษตรทำให้พืชผักออกนอกฤดูกาลได้ จึงเสี่ยงต่อความไม่สมดุลร้อน-เย็น ภูมิรู้เภสัชวัตถุฤทธิ์ร้อน-เย็น จะช่วยให้ร่างกายสามารถปรับสมดุลได้ดี จึงทำให้เป็นผู้แข็งแรง หรือหากเจ็บป่วยก็ฟื้นคืนได้เร็ว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงสวนป่านาบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้เข้าอบรมกับศูนย์เรียนรู้ฯ ในระหว่างปี 2538 -2551 ผู้เข้าอบรมมีอาการของความเจ็บป่วยลดลงภายใน 5 -7 วัน ร้อยละ 78 ขึ้นไป[2] และเมื่อเจ็บป่วยการศรัทธาสิ่งใด ๆ ที่รักษาโรคได้ เมื่อใจเชื่อมั่นเช่นนั้น จะมีความมั่นใจว่าจะหายร่างกายก็จะหลั่งสารเอ็นโดรฟิน สารแห่งความสุข ที่ช่วยระงับความเจ็บปวดได้ ยิ่งเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ป่วยยิ่งขึ้น สอดคล้องกับบทสวดให้พรของพระสงฆ์ที่ว่า “อภิวาทะนะสีลิสสะ นิจจัง วุฑฒาปะจายิโน จัตตาโร ธัมมาวัฑฒันติ อายุ วัณโณ สุขัง พะลัง การจะเป็นผู้มีพร 4 ประการคือ อายุ วรรณะ สุขะ พละ นั้น เริ่มจากการเคารพ อภิวาท หรือ ศรัทธา สิ่งที่ควรเคารพ ศรัทธาก่อน”

ภูมิรู้ฟื้นฟูสุขภาพ ในเรื่องการเพิ่มศีล ลดโรค เนื้อหาส่วนหนึ่งคือการปรับพกติกรรมสุขภาพ ที่ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับผู้ศรัทธาในพุทธศาสนาทำให้เกิดการปฏิบัติที่ยิ่งขึ้น ภูมิรู้ฟื้นฟูสุขภาพ นั้นมีมิติทางด้านจิตใจด้วย หลักการใหญ่คือแนวทางในการทำใจให้ไม่ทำทุกข์ทับถมตน หากผู้ป่วยสามารถประคองใจของตนให้ไม่ทุกข์ใจจากการเจ็บป่วย เห็นการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ร่างกายจะไม่อยู่ในภาวะเครียด ในภาวะกดดันหรือความเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) และ อะดรีนาลีน ทำให้ฮอร์โมนเหล่านั้นสะสมในร่างกาย จนกระทั่งเกิดอาการทางกายและทางใจ กล่าวคือ หน้าที่ของฮอร์โมนคอร์ติซอล ส่วนหนึ่งคือ กดระบบภูมิคุ้มกัน และต่อต้านการอักเสบ ทำให้เกิดผลเสียคือ ทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรค ทำให้ติดเชื้อง่าย ส่วนอะดรีนาลีน (Adrenaline) เป็นฮอร์โมนที่กระตุ้นให้กล้ามเนื้อ ระบบการหายใจ หัวใจทำงานอย่างหนักและรวดเร็วเพื่อต่อสู้หรือถอยหนี ถ้ามีมากเกินไป จะมีอันตรายต่อทั้งอารมณ์และร่างกาย รวมทั้งทำลายองค์ประกอบภายในของสมองอีกด้วย

รูปแบบไร้สารพิษ สร้างสุขภาพ สำหรับถือปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เริ่มจากการสร้างสวนป่านาไร่ ด้วยการจัดสรรพื้นที่เป็นส่วนของสวน ของป่า ของนาหรือไร่ รวมถึงการขุดบ่อน้ำ ก่อให้เกิดโคก หรือเนินทำให้ระดับ

ที่ดินมีความสูงแตกต่างกัน จึงปลูกพืชได้หลากหลายยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เรื่อง “ทฤษฎีใหม่” ขั้นต้น หรือขั้นที่ 1 เรื่อง “ทฤษฎีใหม่” ขั้นที่ 1 ที่เป็นแนวทางหรือหลักการในการบริหารการจัดการที่ดินและน้ำ เพื่อการเกษตรในที่ดินขนาดเล็กให้เกิดประโยชน์สูงสุด การคัดสรรพืช มาปลูกในสวนป่านาไร่ เป็นสิ่งที่ผู้เป็นเจ้าของเลือกสรรได้ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ท่านทรงแนะนำให้ปลูกข้าว เพราะข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย และแนะนำให้ปลูกพืชอื่น ๆ ตามแนวทางของ ป่า 3 อย่าง ประโยชน์ 4 อย่าง ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ปลูกป่า 3 อย่าง คือ ไม้เศรษฐกิจ ไม้ผล และไม้ไว้ใช้สอย จะได้ประโยชน์ 4 อย่าง คือ 1) “พออยู่” ปลูกไม้เศรษฐกิจไว้ทำที่อยู่อาศัยและจำหน่าย 2) “พอกิน” ปลูกไม้ผล ไว้เพื่อเป็นอาหารและยา 3) “พอใช้” ปลูกไม้ไว้ใช้สอยและใช้พลังงาน เช่น ไม้ทำฟืน 4) เป็นประโยชน์ต่อระบบนิเวศ ช่วยอนุรักษ์ดินและต้นน้ำลำธาร สร้างความอุดมสมบูรณ์ เกิดความหลากหลายของพันธุ์พืชและสัตว์ (สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ. 2555)

วงจรสวนป่านาไร่ ใช้ธรรมชาติสร้างธรรมชาติ ดังปรากฏในแนวทางการทำอาชีพของชาวอโศก ที่สมณะโพธิรักษ์กล่าวว่า“กสิกรรมธรรมชาติ ปุ๋ยสะอาด ขยะวิทยา สามอาชีพนี้เป็นเนื้อหาสาระสำคัญของการประกอบสัมมาอาชีวะที่จะกู้ตัวเองแล้วกู้ชาติได้จริง ๆ” เมื่อดูการหมุนเวียนของธาตุอาหาร ธาตุอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของพืชที่เราปลูกส่วนใหญ่ คือ ธาตุ N-ไนโตรเจน P-ฟอสฟอรัส และK-โพแทสเซียม หรือ NPK ซึ่งมีอยู่ในธรรมชาติน้อยมาก และเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางธรณีวิทยา เช่น แผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด ธาตุเหล่านี้จึงถูกใช้หมุนเวียนอยู่ระหว่างพืชและสัตว์ โดยถ่ายทอดผ่านห่วงโซ่อาหาร เมื่อคนหรือสัตว์กินพืช ธาตุต่าง ๆ ก็มาสะสมไว้ในที่คนและสัตว์ ธาตุใดเกินก็ขับออกเป็นอุจจาระ ปัสสาวะ และเมื่อสิ่งมีชีวิต คน สัตว์ พืชตายไปธาตุต่าง ๆ ก็คืนสู่ธรรมชาติ อยู่ในดิน ในน้ำ จุลินทรีย์ เช่น เชื้อรา แบคทีเรียย่อยสลายอุจจาระ ปัสสาวะ ซากสิ่งมีชีวิต ธาตุ NPK และธาตุอื่น ๆ ก็เหมาะสมให้พืชดูดซึมเป็นอาหาร การปลูกข้าวถั่วงาให้เป็นวัฒนธรรม เป็นหนึ่งในการใช้ธรรมชาติสร้างธรรมชาติเช่นกัน วัฒนธรรมการปลูกข้าว ถั่ว งา เป็นวัฒนธรรมไทยมาช้านาน เห็นได้จากอาหารในงานบุญประเพณีต่าง ๆ เช่น ข้าวสากในงานบุญข้าวสาก ที่ทำจากข้าวเม่า ข้าวพอง ข้าวตอก คลุกเข้ากันกับ ถั่ว งา น้ำอ้อย น้ำตาล และมะพร้าว เมื่อพิจารณาการหมุนเวียนของธาตุอาหาร พบว่า การปลูกถั่วลิสง และงา ระหว่างรอการปลูกข้าวในฤดูกาลใหม่ เป็นภูมิรู้สวนป่านาไร่ของบรรพบุรุษ เพราะนอกจากเป็นการใช้พื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูง ได้ธัญพืชถั่ว งา ไว้กินแล้ว ซากของถั่ว และงา ยังให้ธาตุอาหารที่เหมาะสมกับข้าวอีกด้วย กล่าวคือ ถั่ววงศ์ย่อยประดู่ (Faboideae subfamily) เช่น ถั่วเขียว ถั่วลิสง ถั่วฝักยาว จะให้ธาตุไนโตรเจนสูง เนื่องจากมีลักษณะพิเศษ คือที่ปมรากถั่ว มีเชื้อจุลินทรีย์จำพวกไรโซเบียมอยู่ ไรโซเบียมนี้สามารถดึงธาตุไนโตรเจนจากอากาศมาใช้ การไถกลบต้นถั่วจึงคืนธาตุไนโตรเจนกับดินมาก ต้นข้าวที่ได้ธาตุไนโตเจนที่เพียงพอ จะเติบโตได้ดี งามใบ ธาตุอาหารที่ช่วยให้ข้าวออกรวงมาก รวงข้าวมีน้ำหนัก แข็งแรงไม่หักได้ง่าย คือธาตุฟอสฟอรัสและโพแทสเซียม ซึ่งได้จากการไถกลบซากของต้นงา การไถกลบซากต้นถั่วและต้นงาไว้ ทำให้ดินมีธาตุอาหารเพียงพอสำหรับปลูกข้าว และเมื่อเก็บเกี่ยวข้าวเสร็จ การไถกลบฟางข้าว ก็เป็นการคืนธาตุอาหารลงสู่ดิน ซึ่งเพียงพอสำหรับการเติบโตของต้นถั่ว ต้นงา ในรอบถัดไป

รูปแบบชุมชนบุญ สุขภาพดี เพื่อการเผยแพร่องค์ความรู้การพัฒนาสุขภาพ ชุมชนบุญจากงานวิจัยนี้ทั้งที่ สวนป่านาบุญ 1 จังหวัดมุกดาหาร และหมู่บ้านชุมชนราชธานีอโศก จังหวัดอุบลราชธานี นั้นเป็นการใช้บุญ เป็นตัวขับเคลื่อนขุมชน กิจกรรมการงานต่าง ๆ ใช้การลงแขกช่วยกันทำ เป็นการทำงานฟรี และกินใช้ร่วมกันเป็นส่วนกลาง เรียกว่าระบบสาธารณโภคี สอดคล้องกับสังคมคอมมิวนิสต์สังคมในอุดมคติของ คาร์ล มาร์กซ์ เป็นสังคมที่ไม่มีการแบ่งชนชั้น และการขัดแย้งกันต่อไป ทรัพย์สินจะตกเป็นของส่วนกลาง และแต่ละคนจะได้รับผลประโยชน์จากการทำงานตามความจำเป็นในการยังชีพ

ของตน [3] เหตุที่สังคมอุดมคติเกิดขึ้นจริงในชุมชนบุญ เกิดเพราะความเต็มใจของสมาชิกทุกคนในชุมชนที่ร่วมฝึกฝนการทำบุญ ด้วยการให้ และการใช้ศีลเป็นกลไกการควบคุมทางสังคม สมาชิกในชุมชนบุญที่ศึกษาในงานวิจัยนี้มีเป้าหมายฝึกฝนการทำบุญกิริยาวัตถุ เรื่องทานการให้ ให้ไปสู่การให้โดยไม่หวังผลตอบแทน ดังคำกล่าวของพ่อครูสมณะโพธิรักษ์ ผู้นำทางจิตวิญญาณชาวอโศก (2555 : 25) ที่ว่า “คนเราเกิดมาเพื่อจะเลิกสิ่งที่ชั่ว และทำสิ่งที่ดี และให้ให้หมด” และคำกล่าวของอาจารย์ใจเพชร กล้าจนผู้นำทางจิตวิญญาณชาวแพทย์วิถีพุทธ (2555 : 25) ที่ว่า “ให้ แล้วคิดที่จะไม่เอาอะไรจากใคร ให้ได้” การลงแขกทำกสิกรรมของชุมชนบุญ เปิดโอกาสให้ญาติธรรมและคนที่สนใจมาร่วมบุญได้ โดยชาวชุมชนผู้ฝึกฝนการให้ ยินดีที่จะแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ที่ตนมีต่อผู้สนใจ ซึ่งคล้ายกับการไปช่วยจัดงานบุญประเพณีของชาวบ้านในอดีต ที่ไปเรียนรู้งานใบตอง งานช่างต่าง ๆ ในวัดช่วงช่วยงานบุญประเพณี ซึ่งเป็นการถ่ายทอดความรู้แบบธรรมชาติ และสอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับการถ่ายทอดด้วย ชุมชนบุญ มุ่งทำกสิกรรมไร้สารพิษพึ่งตนเองได้ และมุ่งฝึกฝนการให้ การแบ่งปันนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เรื่อง “ทฤษฎีใหม่” ขั้นกลาง ที่ว่าเมื่อเกษตรกรปฏิบัติเกษตรทฤษฎีใหม่ในขั้นต้นแล้ว มีความพอเพียงและความมั่นคงในระดับหนึ่ง ในขั้นตอนต่อมาคือการรวมพลังเป็นกลุ่มร่วมใจกันดำเนินงานในด้านการผลิต การตลาด ความเป็นอยู่ สวัสดิการ การศึกษา และด้านสังคมและศาสนา โดยชุมชนความเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาสังคมและจิตใจ โดยมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว[4]

การพัฒนาสุขภาพประกอบพบในการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแดน บุทเนอร์ ร่วมกับนิตยสารเนชั่นแนล จีโอกราฟฟิค (National Geographic) ทำการศึกษาปัจจัยที่ทำให้คนอายุยืนในชุมชน 5 แห่งในโลกที่มีคนอายุยืนมากกว่า 100 ปี และสรุปเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืน 4 ใน 9 ข้อ คือ 1) กินพืชเป็นหลัก (Plant Slant) ถั่ว ธัญพืช และผักสวนครัว ซึ่งเป็นผลผลิตจากสวนของตนเอง เป็นอาหารหลักของกลุ่มคนอายุยืน คนเลี้ยงแกะชาวซาร์ดิเนียประเทศอิตาลีจะพกขนมปังที่ทำจากแป้งหมี่หยาบติดตัวไปทานเมื่อออกไปทุ่งเลี้ยงสัตว์ ชาวนิโคยา ในคอสตาริก้าทานแผ่นแป้งข้าวโพดเป็นส่วนหนึ่งของอาหารทุกมื้อ ชาวแอ๊ดเวนตีสทานธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดขาว ส่วนชาวโอกินนาวา ประเทศญี่ปุ่น ทานเต้าหู้เป็นอาหารประจำวัน คนอายุยืนเหล่านี้ทานเนื้อสัตว์ไม่บ่อยนัก ซึ่งตรงกับการเพิ่มศีลลดโรค ด้วยการลดการกินเนื้อสัตว์ 2) การเคลื่อนไหวตามธรรมชาติ (Move Naturally) ผู้อายุยืนส่วนใหญ่ ไม่ได้ทำกิจกรรมยกลูกเหล็ก เข้ายิม พวกเขาส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เคลื่อนไหวตลอดเวลาโดยไม่ต้องคิด พวกเขาทำสวน และไม่มีเครื่องจักรช่วยมากนัก ผู้มีอายุยืนเกินร้อยปีชาวโอกินาวา ประเทศญี่ปุ่น แทบทุกคนทำสวนหรือเคยทำสวน การทำสวนทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังทุกส่วนทุกวัน ช่วยลดความเครียด และสวนยังเป็นแหล่งของผักสดในทุกวันอีกด้วย ซึ่งตรงกับการดำเนินชีวิตในสวนป่านาไร่ ในภูมิรู้สวนป่านาไร่ 3) เป็นผู้ศรัทธา (Belong) คนมีสุขภาพดีที่มีอายุเกินกว่าร้อยปีทุกแห่ง ส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมศาสนาที่เข้มแข็ง จากงานวิจัยค้นพบการเข้าร่วมพิธีทางศาสนา 4 ครั้งต่อเดือน จะช่วยทำให้อายุยืนยาวขึ้น 4-14 ปี ซึ่งตรงกับการทำบุญกิริยาวัตถุในรูปแบบต่าง ๆ และ4) มีกลุ่มเพื่อนที่ถูกต้อง (Right Tribe) ผู้มีสุขภาพดีเกินร้อยปี เลือกหรือมีกลุ่มเพื่อนทางสังคมที่คอยช่วยเหลือกันในเชิงสุขภาพ ก่อเกิดการสร้างและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกัน ซึ่งตรงกับการอยู่หรือเข้าหาชุมชนบุญ[5]

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการมีภูมิรู้เภสัชวัตถุ ภูมิรู้สวนป่านาไร่ และการฝึกฝนการทำบุญกิริยาวัตถุ ที่ให้ผลทางโลกียะ คือความสบายใจ ความสุขใจ จนถึงได้ผลทางโลกุตระ คือการลดกิเลส เป็น การทำทาน การให้ การรักษาศีล โดยไม่หวังผลอะไรตอบแทน เป็นการฝึกฝน ขัดเกลาสละออก จะทำให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ทำให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง หากเจ็บป่วยก็ฟื้นได้เร็ว และก่อให้เกิดการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนบุญ ชุมชนฝึกฝนการทำบุญ การให้ สร้างสรรค์ผลผลิตที่เป็นประโยชน์ตน และประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ รหัสภูมิปัญญาและรูปแบบการพัฒนาสุขภาพ ด้วยเภสัชวัตถุสวน ป่า นา ที่สัมพันธ์กับบุญที่ค้นพบในงานวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้กับประชาชนทุกช่วงวัย จึงเหมาะที่จะเป็นเรียนรู้เพื่อเสริมประสบการณ์ชีวิตให้กับคนทุกช่วงวัย การศึกษาเรื่องนี้ตั้งแต่วัยเด็ก จะก่อให้เกิดการสะสมประสบการณ์การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เป็นหมอดูแลตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพื้นที่ที่เป็นชุมชนบุญ คือราชธานีอโศก จังหวัดอุบลราชธานี และ ศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง สวนป่านาบุญ 1 จังหวัดมุกดาหาร เป็นตัวอย่างที่ดีของการรวมตัวกันของคนมีศีล อยู่กันอย่างสงบเรียบร้อย มีจิตใจดี มุ่งทำประโยชน์ตนและประโยชน์ มีการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ ในระดับชุมชน และได้พิสูจน์ทฤษฎีใหม่ของพระองค์ในขั้นต้นและขั้นก้าวหน้า จากการทำกสิกรรมเพื่อให้ตนและครอบครัวมีชีวิตที่พอเพียงในขั้นต้น จนถึงขั้นการแบ่งปันทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม มีรูปแบบองค์ความรู้หลากหลายในทั้งสองชุมชนนี้ที่น่าจะได้มีการศึกษาเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการสร้างชีวิตที่พอเพียงและเป็นสุขในที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชน หมอพื้นบ้าน ผู้สูงอายุ พระสงฆ์ ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และประชาชนทั่วไปในประเทศไทย และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยเฉพาะพ่อครูสมณะโพธิรักษ์ โพธิรักขิโต ผู้นำชาวอโศก อาจารย์หมอเขียว ใจเพชรกล้าจน และด้วยความเมตตากรุณาของครู อาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญ คณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนาให้การศึกษาครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wissler, C. **Man and culture**. Reprinting 1 (1965). Johnson Reprint Corporaton NewYork, 1923.
2. ใจเพชร กล้าจน. **ความเจ็บป่วยกับการดูแลสุขภาพแนวเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพพึ่งตนตามแนวเศรษฐกิจ สวนป่านาบุญ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร.** ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนบูรณาการศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี, 2553.
3. คาร์ล มาร์กซ์. **ปรัชญาของคาร์ล มาร์กซ์ = ;** ศักดิ์ บวร แปล พิมพ์ครั้งที่ 1. สมิต กรุงเทพมหานคร, 2560.
4. สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ. **จอมปราชญ์แห่งการพัฒนา**. สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ กรุงเทพมหานคร, 2555.
5. แดน บุทเนอร์. **ขอบฟ้าแห่งอายุร้อยปี : บทเรียนเพื่อชีวิตยืนยาว จากคนที่มีอายุยืนยาวที่สุด** = The Blue zones / Dan Buettner. ; พิมพา อจลากุล แปล พิมพ์ครั้งที่ 1. มูลนิธิโกมลคีมทอง กรุงเทพมหานคร, 2556.

ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิถีธรรม

Wisdom of Mastication for Health in Dhamma Communities

ภูเพียรธรรม กล้าจน[1]

Phupiendham Klajon

(Received: October 28 ,2018 ; Accepted: December 5 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชาติพันธุ์วรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาและพฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิถีธรรม จากนักบวช นักปฏิบัติธรรม และจิตอาสาแพทย์วิถีธรรมที่ผ่านการคัดเลือกจากเครือข่ายแพทย์วิถีธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2561 ด้วยการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ด้วยเทคนิค Judgement sampling

ผลการศึกษา พบว่า การให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาและพฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ ในการปฏิบัติธรรมที่ทำเป็นประจำ ๆ ในชีวิตประจำวันของสังคมชาวชุมชนวิถีธรรม ที่เป็นผู้ถือศีล 5 เป็นอย่างน้อย ลดละเลิกอบายมุข กินอาหารมังสวิรัติ ไม่มีเนื้อสัตว์ ช่วยในการมีสติสัมปชัญญะที่จะพิจารณาแยกแยะกำหนดการกระทำทางกาย วาจา ใจ ในการเคี้ยวอาหาร ที่รู้คุณค่าที่แท้จริงของชีวิต ว่ากินและเคี้ยวอาหารเพื่อได้ประโยชน์สาระที่แท้จริงของชีวิต ได้ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ความแข็งแรงทางด้านร่างกาย มีปัญญาเห็นว่าไม่ได้กินเพื่อความอร่อย เพื่อเสพในกามคุณ 5 รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัญญา ตามอินทรีย์ของแต่ละท่าน ทำให้ระบบย่อยมีประสิทธิภาพสูงสุด ฝึกสติสัมปชัญญะ ลดความใจร้อน ช่วยรักษาโรค ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีสติที่จะพิจารณาแยกแยะกำหนดการกระทำในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็น ศีล สมาธิ ปัญญา ตามความเข้าใจอันถูกต้องถูกตรง (สัมมาทิฏฐิ) เป็นกระบวนสร้างปัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างผาสุก เบิกบาน ผ่องใส มีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ ภูมิปัญญา การเคี้ยวกวพิงการาหาร, สุขภาวะ

Abstract

This study was conducted by using Ethnography Research to study the wisdom and behavior of mastication for health in the Dhamma way communities. The key informants were selected by Judgement sampling technique from the Buddhist monks, Dhamma practitioners, and Dhamma Medicine volunteers who were selected and certified by the Dhamma Medicine Network during the period of 2010-2018.

The study revealed that wisdom and mastication behavior for the daily life of the people in the Dhamma way communities, who normally kept 5 precepts at least, broke the vices, eat vegetarian food which no meat, and paid attention in practicing their food mastication, they were be able to determine their physical actions, speech, and mind. They valued food mastication for the most benefits rather than the five sensual desires and gained physical and mental strength. People intellectually realized that they did not eat for tastes, smells, touchs, sounds, and feels which form the individual's physical mental, economic, social, environmental, and wisdom capacity to maximize efficiency of their digestive system. The practicing mindfulness reduced impulsive behavior also cured disease with low cost. In addition, it distinguished daily actions by applying precepts (Sila), concentration (Samathi), and the wisdom (Panya) according to the understanding of righteousness, as many benefits. This is the process of creating wisdom in healthy behavior shifts with happiness, high spirits, clarity and sustainable, sequentially.

Keyword : wisdom, mastication, health

[1] นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

บทนำ

การพัฒนาเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวัตถุแบบแยกส่วนอย่างสูงสุด ส่งผลให้เกิดการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างเกินขีดจำกัด ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมของสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตที่เสียสมดุลของประชาชนทั่วโลก รวมถึงประชาชน ไทย สภาพภูมิอากาศมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้น อากาศ น้ำ ดิน เป็นพิษ อาหารมีการปนเปื้อนสารพิษมากขึ้น เกิดภาวะโลกร้อน ประกอบกับวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ชีวิตที่มุ่งเน้นแต่การสะสมและแสวงหาการแก่งแย่งชิงดีชิงเด่น เกิดความเครียดวิตกกังวล เร่งรีบเร่งร้อน การรับประทานอาหารที่ไม่ใส่ใจถึงประโยชน์และโทษของอาหาร รับประทานอย่างรีบเร่งเพื่อรีบไปทำงาน อาหารปรุงแต่งมีรสจัดจ้านมากเกินและไม่สมดุล พืชผักปนเปื้อนสารพิษสารเคมี ประกอบกับการรับประทานอาหารที่ไม่เคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน นอกจากนั้น การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายไม่เป็นเวลา การสัมผัสกับเครื่องยนต์เครื่องใช้ไฟฟ้าและเครื่องอิเลคโทรนิคต่าง ๆ ล้วนแต่ทำให้เกิดการสะสมพิษในร่างกายมากขึ้น ๆ รวมถึงการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียและอ่อนแอลง ไปตามลำดับ ซึ่งสวนทิศทางกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาและสำหรับเป้าหมาย 20 ปีข้างหน้าว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน”[1]

แม้ว่าสถานการณ์ที่ผ่านมา ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พยายามรณรงค์สร้างกระแสการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยการลดหวาน มัน เค็ม ลดอ้วน ลดโรค เพิ่มการบริโภคผัก และผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การส่งเสริมให้โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม และการเชิญชวนให้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ดี เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหา เกิดความตื่นตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ชีวิต เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต[2] แต่กลับพบว่า คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกภาวะอาการและโรคต่าง ๆ คือ น้ำหนักเกินและอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนั้น พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคอันเนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ 3 โรค คือ 1) โรคระบบทางเดินอาหาร 2) โรคระบบทางเดินหายใจ 3) โรคจากการได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช ยังคงมีแนวโน้มสูงอย่าง[3]

จากคำกล่าว “อาหารเป็นหนึ่งในโลก” การมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญในการการปฏิบัติการรับประทานอาหารปรับสมดุลร้อนเย็นอย่างถูกวิธี เป็นความประพฤติดีถึงต้นเหตุของการมีสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้าม การขาดความรู้ความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติการรับประทานอาหารที่ถูกวิธี มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักการ หรือติดความเคยชินในการกินเอาอร่อย ตามความชอบความชังในรูปรสกลิ่นเสียง สัมผัสในอาหารและเหตุการณ์ต่าง ๆ ของตนนั้น สิ่งนี้เป็นต้นเหตุหลักของความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจนในยุคปัจจุบันนี้

การ “เคี้ยว” คือ การบดย่อย การเคี้ยวอาหารจากชิ้นใหญ่ให้เล็กลงจนละเอียดเพื่อกลืนลงคอได้ง่าย กวฬิงการาหารหรืออาหารคำข้าวที่กินเข้าปากนั้นต้องผ่านกระบวนการย่อยตามลำดับขั้นตอนของร่างกาย ดังนั้น การได้ฝึกฝนปฏิบัติให้เกิดภูมิปัญญาการเคี้ยวอาหารได้อย่างถูกวิธีที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาวะของทุกชีวิต ที่คนส่วนใหญ่ยังมองข้าม ไม่รับรู้ หรือไม่เข้าใจ และหรือเข้าถึงได้น้อย โดยส่วนใหญ่ยังติดและนิยมการเคี้ยวอาหารตามความเคยชินแบบเดิม ๆ ที่เคี้ยวเร็วแบบไม่ละเอียดที่เพียงพอต่อการมีสุขภาพดี

ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวฬิงการาหารเพื่อสุขภาวะจึงมีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากวิถีชีวิตในปัจจุบันเต็มไปด้วยความเร่งรีบ เร่งรัด จากการทำงานที่เคร่งเครียดจนส่งผลให้กระทบต่อชีวิตหลายด้าน โดยเฉพาะการรับประทานและเคี้ยวอาหารเพื่อสุขภาวะ ซึ่งยังมีชุมชนไทย

วิถีธรรมที่มีการดูแลสุขภาพตามหลักธรรมของพระพุทธศาสนาในชีวิตประจำวัน รวมถึงการเคี้ยวอาหารที่ให้ความสำคัญถึงระดับจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง "ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิถีธรรม" เพื่อทราบผลพฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหาร (อาหารคำข้าว) เพื่อสุขภาวะ ที่บูรณาการตามหลักการแพทย์วิถีธรรม หลักสุขภาพบุญนิยม หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และหลักพุทธธรรมเพื่อความผาสุก เบิกบานและผ่องใส ไปตามลำดับ อย่างยั่งยืน ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริม รักษา ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ อันเป็นการช่วยพัฒนาทุนมนุษย์ที่เป็นทุนที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาในทุก ๆ ด้าน เพื่อความผาสุก เบิกบานและผ่องใส ไปตามลำดับ อย่างยั่งยืนของมวลมนุษยชาติ อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภูมิปัญญาและพฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิถีธรรม

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ชาติพันธุ์วรรณนา โดยมีขอบเขตการศึกษา ในพื้นที่ของชุมชนวิถีธรรม ประกอบด้วย พื้นที่การดำเนินงานของชุมชนบุญนิยมคือ ชุมชนบวรราชธานีอโศก อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และชุมชนเครือข่ายแพทย์วิถีธรรม คือ ชุมชนสวนป่านาบุญ 1 อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร และชุมชนสวนป่านาบุญ 9 อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ที่เป็นผู้ถือศีล 5 เป็นอย่างน้อย ลดละเลิกอบายมุข กินมังสวิรัติ ไม่กินเนื้อสัตว์ได้เป็นคราว ๆ มีขอบเขตด้านเนื้อหาหลัก คือ ศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักถึงสุขภาวะกาย ใจ สังคม และปัญญา จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ บูรณาการตามหลักการแพทย์วิถีธรรม หลักสุขภาพบุญนิยม หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และหลักพุทธธรรมเพื่อความผาสุก เบิกบานและผ่องใส อย่างยั่งยืน ไปตามลำดับ ๆ

ประชากรกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มประชากรผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ จิตอาสาแพทย์วิถีธรรมที่ผ่านการคัดเลือกจากเครือข่ายแพทย์วิถีธรรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2561 ซึ่งมาบำเพ็ญแบบประจำและไม่ประจำในพื้นที่ชุมชนเครือข่ายแพทย์วิถีธรรมในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่สวนป่านาบุญ 1 จังหวัดมุกดาหาร สวนป่านาบุญ 9 จังหวัดสุพรรณบุรี และเครือข่ายแพทย์วิถีธรรมทั่วโลก และชาวชุมชนบุญนิยม ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของชุมชนบวรราชธานีอโศก จังหวัดอุบลราชธานี มีอายุ 20 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 65 คน

การเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยพิจารณาจากประสบการณ์ตรงที่ผู้วิจัยได้สัมผัสกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาวะของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยอาศัยความรอบรู้ ความชำนาญ และการตัดสินใจของผู้ทำวิจัย ด้วยเทคนิค Judgement sampling อันประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ชาวชุมชนผู้มีประสบการณ์การปรับเปลี่ยน "พฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ" ตามภูมิรู้ตามหลักพุทธธรรมเพื่อความผาสุกอันยั่งยืนของตน ชาวชุมชนที่เคยป่วยด้วยโรค NCDs และเป็นชาวชุมชนผู้ที่มีประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยน "พฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ" เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) รวมจำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สมุดจดบันทึก กล้องถ่ายภาพ กล้องถ่ายวีดีทัศน์ เครื่องบันทึกเสียง เครื่องและโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกข้อมูลและประมวลผลในการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม (Participant and Non-participant observation) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยเครื่องมือที่ใช้ และการจัดทำฐานข้อมูล มีตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานซึ่งเป็นจิตอาสาแพทย์วิถีธรรม และผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาแนะนำ เป็นผู้ร่วมจัดทำเครื่องมือสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัย

จากการศึกษา ผู้วิจัยพบว่า ภูมิปัญญาและพฤติกรรมการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ บูรณาการตามหลักการแพทย์วิถีธรรม หลักสุขภาพบุญนิยม หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และหลักพุทธธรรม ที่ส่งผลต่อสุขภาวะความผาสุก เบิกบานและผ่องใส อย่างยั่งยืนไปเป็นลำดับ ๆ ต่อสุขภาวะสมดุลทางกาย สุขภาวะสมดุลทางใจ สุขภาวะสมดุลทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และสุขภาวะสมดุลทางปัญญา โดยประเด็นที่ค้นพบจากการศึกษา ดังจะกล่าวใน “ภูมิปัญญาและพฤติกรรมของผู้ใช้การเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ” ต่อไปนี้

ภูมิปัญญาและพฤติกรรมของผู้ใช้การเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ

1. สุขภาวะสมดุลทางกาย การเคี้ยวเป็นกลไกแรกในระบบย่อยอาหาร การเคี้ยวให้ละเอียดช่วยให้ระบบย่อยอาหารมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำให้ชีวิตได้รับพลังสูงสุดในระดับนาโน เคี้ยวละเอียดดีต่อระบบการย่อย ทำให้ต่อมน้ำลายหลั่งเอนไซม์เพื่อย่อยอาหารได้ดี กลไกร่างกายทำงานได้ดีไม่หนัก กระเพาะอาหารและลำไส้ทำงานน้อยลง เบาขึ้น ดูดซึมและนำสารอาหารและพลังงานไปใช้ได้ดี ส่งผลให้ขับถ่ายได้สะดวก ผายลมไม่มีกลิ่นเหม็น ลดอาการท้องอืด สบายตัว เบากาย เบาใจ อิ่มเต็ม อิ่มนาน มีพลัง ไม่หิวบ่อย เซลล์เสื่อมช้า ลดโอกาสการเกิดโรค และเมื่อป่วยเป็นโรค โรคและความเจ็บป่วยก็จะลดลงได้เร็ว ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เก็บไว้ให้น้อยที่สุด แจกจ่ายและแบ่งปันอย่างเป็นบุญและกุศลสูงสุด ก็จะเกิดผลดีต่อตัวเรา คนอื่น สัตว์อื่น ได้ดีที่สุด มีความอดทนที่จะต่อสู้กับกิเลส เห็นคุณค่าของสิ่งที่กิน ใจเย็น มีสติสมาธิ มีกำลังในการพิจารณาอาหาร สุขภาพโดยรวมดี ใจเย็นลง ทำให้รักษาโรคได้ทุกโรค จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง เป็นอยู่ผาสุก

2. สุขภาวะสมดุลทางใจ ความสมดุลทางใจในการเคี้ยวเพื่อสุขภาวะ ที่ทำให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นการเคี้ยวอาหารให้ละเอียด มีสติในการเคี้ยวทุกครั้ง การเคี้ยวอย่างมีสติทำให้จิตใจได้ฝึกสติสัมปชัญญะ ลดความใจร้อน ไม่เร่งรีบ ได้ความใจเย็นมากขึ้น อยู่กับปัจจุบันได้ดีมากขึ้น จิตใจมีความสงบเย็น มีสติ มีพลังแยกแยะอ่านอาการต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน

3. สุขภาวะสมดุลทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การเคี้ยวอาหารให้ละเอียดส่งผลดีต่อสุขภาพตนเอง สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ด้วยการเคี้ยวอาหารให้ละเอียดช่วยรักษาโรค จึงทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถพึ่งตนไนด้านเจ็บป่วยได้ ประหยัดค่าใช้จ่าย ไม่เป็นภาระต่อสังคม และเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมได้อย่างสร้างสรรค์

4. สุขภาวะสมดุลทางปัญญา การเคี้ยวอาหารให้ละเอียดมีความสำคัญกับระบบย่อยอาหารเป็นอย่างยิ่ง ทำให้มีสติมากขึ้น เมื่อมีสติแล้วจะทำให้เกิดปัญญา สร้างภูมิปัญญาในการมีสติสัมปชัญญะที่จะพิจารณาแยกแยะกำหนดการกระทำทางกายวาจาใจ เพื่อล้างความติดยึดมั่นถือมั่นในการเสพกามคุณ 5 รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัสจากอาหาร ที่เป็นต้นเหตุแห่งความเบียดเบียน ด้วยการพากเพียรปฏิบัติ “ศีล สมาธิ ปัญญา” ตามความเข้าใจอันถูกต้องถูกตรง และมีความอดทนที่จะจัดการกับกิเลสความโลภโกรธหลง

สรุปและอภิปรายผล

ผลของผู้ใช้ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวพิงการาหารเพื่อสุขภาวะ พบว่า

1. ช่วยทำให้ระบบย่อยของร่างกายมีประสิทธิภาพสูงสุด ชีวิตจะดูดสิ่งที่เป็นประโยชน์เข้าไปร่างกายได้ง่าย สามารถกินในปริมาณที่น้อยลง ทำให้ชีวิตได้รับพลังสูงสุด สอดคล้องกับ Brian St. Pierre (ม.ป.ป)[4] กล่าวถึงการวิจัยของมหาวิทยาลัยโรดไอส์แลนด์ว่า การรับประทานอาหารช้าช่วยให้กินน้อยลง ได้ทำการวิจัยกับผู้หญิงน้ำหนักปกติ 30 ราย ในการรับประทานอาหารกลางวันที่ต่างกัน 2 ครั้ง อาหารในทั้งสองกรณี ประกอบด้วยพาสต้าจานยักษ์ที่มีซอสมะเขือเทศผักและชีส Parmesan พร้อมกับน้ำ 1 แก้ว ในแต่ละครั้ง นักวิจัยจะแนะนำให้ผู้หญิงกินอาหารให้อิ่ม แต่ในระหว่างการวิจัยครั้งหนึ่งพวกเขาถูกบอกให้พวกเขากินอาหารให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในขณะที่อีกครั้งหนึ่งผู้เข้าร่วมประชุมได้รับการขอให้กินช้า ๆ และวางช้อนส้อมลงระหว่างการกัด เมื่อ

นักวิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างในการบริโภคอาหารระหว่างมื้อกลางวันที่ได้กินอย่างรวดเร็วและรับประทานอาหารกลางวันที่กินช้า สิ่งที่ค้นพบคือ เมื่อรับประทานอาหารได้อย่างรวดเร็ว ผู้หญิงบริโภค 646 แคลอรี่ใน 9 นาที เมื่อกินช้าผู้หญิงบริโภค 579 แคลอรี่ ในเวลา 29 นาที นั่นคือ 67 แคลอรี่ น้อยลง ในอีก 20 นาที

2. การเคี้ยวละเอียดดีต่อระบบการย่อย ทำให้ต่อมน้ำลายหลั่งเอนไซม์เพื่อย่อยอาหารได้ดี กลไกร่างกายทำงานได้ดีไม่หนัก สบายตัว เบากาย เบาใจ อิ่มเต็ม อิ่มนาน มีกำลัง ลดโอกาสการเกิดโรค และเมื่อป่วยเป็นโรคสุขภาพโดยรวมดีทุเลาได้ สอดคล้องกับ Mercola (2013)[5] ที่กล่าวว่า อาหารได้รับสัมผัสกับน้ำลายมากขึ้น น้ำลายมีเอนไซม์ย่อยอาหาร ดังนั้น เคี้ยวนานยิ่งขึ้นเอนไซม์ เหล่านี้จึงเริ่มทำลายอาหาร ทำให้การย่อยอาหารง่ายขึ้นในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก หนึ่งในเอนไซม์เหล่านี้คือ ไลเปส ที่เป็นเอนไซม์ซึ่งช่วยในการย่อยสลายไขมัน เช่น น้ำลายช่วยหล่อลื่นอาหารเพื่อให้ง่ายขึ้นในหลอดอาหาร การย่อยง่ายขึ้น ขั้นตอนการเคี้ยวอาหารจะเปลี่ยนเป็นอาหารชิ้นเล็ก ๆ และทำให้เป็นของเหลวบางส่วนทำให้ร่างกายย่อยง่ายขึ้น การย่อยอาหารเป็นหน้าที่ที่จำเป็นสำหรับร่างกาย โดยต้องใช้พลังงานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากจำเป็นต้องย่อยอาหารที่เคี้ยวไม่ถูกต้อง การเคี้ยวอย่างถูกต้องช่วยให้กระเพาะอาหารทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำลายอาหารได้เร็วขึ้น จะได้รับประโยชน์จากการเคี้ยวอาหารจากคำข้าวอาหารที่เต็มปากที่ทำการเคี้ยวอย่างละเอียด จนทำให้เป็นน้ำและโครงสร้างเส้นใยของอาหารทั้งหมดได้ถูกเคี้ยวและย่อยสลายไปทั้งหมด จนกระทั่งกลืนกินน้ำและเส้นใยที่สลายทั้งหมดลงไปอย่างสมบูรณ์ ก่อนที่จะตักกินอาหารในคำอื่นต่อไป และดีสำหรับฟัน กระดูกที่ยึดฟันจะได้รับ “การออกกำลังกาย” เมื่อเคี้ยวช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง น้ำลายที่ผลิตในขณะเคี้ยวยังเป็นประโยชน์ช่วยล้างอนุภาคอาหารจากปากของบุคคลและล้างแบคทีเรียเพื่อไม่ให้มีการสะสมคราบจุลินทรีย์หรือน้อยลงและช่วยป้องกันฟันผุ สอดคล้องกับวันดี วราวิทย์ (ม.ป.ป.)[6] ที่กล่าวว่า การกินอาหารโดยการเคี้ยวอาหารให้ละเอียดแล้วกลืน ทำให้กินอาหารได้น้อยลง เนื่องจากฮอร์โมน Ghrelin (เกลอลิน) ซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นสมองทำให้รู้สึกหิวนั้นสร้างมาจากเยื่อบุกระเพาะ การกินอาหารช้า ๆ อาหารเคลื่อนลงไปสู่กระเพาะ อาหารจะฉาบเยื่อบุกระเพาะซึ่งได้รับการ feedback หรือปฏิกิริยาป้อนกลับต่อเยื่อบุกระเพาะว่าได้อาหารแล้วจะเริ่มลดการหลั่งฮอร์โมนออกมาจึงรู้สึกอิ่ม แต่ถ้ากินเร็ว ๆ อาหารได้มีโอกาสสัมผัสกับเยื่อบุกระเพาะน้อยเพราะอาหารที่เคลื่อนเข้าสู่กระเพาะเร็วจะกระตุ้นให้กระเพาะบีบตัว ขับเคลื่อนอาหารลงไปสู่ลำไส้เล็กเสียแล้ว ฮอร์โมนจากกระเพาะยังหลั่งต่อไป ผู้ที่กินเร็วๆ จึงมักกินมาก แต่กินช้าเคี้ยวอาหารแบบเคี้ยวเอื้องอาจไม่เหมาะกับสังคมเร่งรีบในปัจจุบัน และอาจทำให้ฟันสึก ควรเดินสายกลาง แต่ละคำ เคี้ยวอย่างมีสติ 30 ครั้งก็พอ และสอดคล้องกับ Brian St. Pierre (ม.ป.ป)[4] กล่าวถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารช้า ๆ ไว้ว่า การย่อยอาหารดีขึ้น มีความชุ่มชื้นที่ดีขึ้น การดูดซึมของน้ำดีขึ้น ช่วยให้ลดน้ำหนักง่ายขึ้นและรักษาน้ำหนักตัวได้ง่ายขึ้น และทำให้มีความสุขใจและอิ่มเอมกับอาหารที่เรารับประทาน ชะลอการกินอาหารและช่วยทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

3. ทำให้จิตใจได้ฝึกสติสัมปชัญญะ ลดความใจร้อน ไม่เร่งรีบ ได้ความใจเย็นมากขึ้น อยู่กับปัจจุบันได้สงบเย็น จิตมีสติมีพลังแยกแยะอ่านอาการต่าง ๆ ได้ชัดเจน ไม่เร่งร้อนรีบร้อนเหมือนเก่า จิตกำหนดการกระทำทางกายวาจาได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น มีความเข้มแข็ง เห็นคุณค่าของสิ่งที่กิน มีสติในการพิจารณาอาหาร จิตใจดี ร่างกายแข็งแรง เป็นอยู่ผาสุก ทำให้รักษาโรคได้ทุกโรค ส่งผลให้พึ่งตนเองในด้านเจ็บป่วยได้ จึงช่วยสังคมในเรื่องเศรษฐกิจประหยัดและเรียบง่ายในการกินอาหาร สามารถปลูกผักสมุนไพรอย่างง่าย ๆ กินน้อย ๆ กินในสิ่งที่ปลูกได้และปลูกในสิ่งที่กินได้ ไม่ต้องปรุงแต่งมากและทะเลาะเบาะแว้งจากการแสวงหารายได้ ถือว่าเป็นบุคคลที่สามารถพึ่งตนเองในด้านการบริโภคอาหารและสุขภาพ และทำให้เกิดปัญญาที่จะพิจารณาแยกแยะกำหนดการกระทำทางกายวาจาใจโดยเฉพาะการกินและเคี้ยวอาหาร หมั่นพากเพียรฝึกฝนในการคิดพูดทำในพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็น “ศีล สมาธิ ปัญญา” ตามความ

เข้าใจอันถูกต้องถูกตรง (สัมมาทิฏฐิ) ของตน เพื่อลดการเสพกามคุณ 5 รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส ในอาหารและสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตที่เป็นต้นเหตุแห่งความเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ทำให้มีความอดทนที่จะต่อสู้กับกิเลส ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และปัญญา สู่ความพ้นทุกข์และผาสุกอย่างยั่งยืนไปเป็นลำดับ สอดคล้องกับ Evelyn Tribole and Elyse Resch (2017)[7] ที่กล่าวว่าการปราณีโภชนาการ (Gentle Nutrition) เป็นการเลือกบริโภคอาหารที่เป็นธรรมต่อทั้งความรับรู้ทางรสและสุขภาพร่างกาย ซึ่งอาหารที่บริโภคเข้าไปควรทำให้รู้สึกดีมีพลัง โดยพึงระลึกว่าไม่ต้องรับประทานอาหารที่สมบูรณ์แบบเพื่อที่จะให้สุขภาพดี เนื่องจากแค่ขนมชิ้นเดียว อาหารมื้อเดียว หรือภายในวันเดียว ไม่สามารถทำให้ขาดแคลนสารอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ทันที แต่สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายที่แท้จริง คือ สิ่งที่บริโภคประจำเป็นเวลานาน เราจึงควรให้ความสำคัญด้านการพัฒนาทางโภชนาการมากกว่าความสมบูรณ์แบบทางโภชนาการ

4. ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวฬิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนวิถีธรรม ทีส่งผลต่อสุขภาวะความผาสุก เบิกบานและผ่องใส อย่างยั่งยืนไปตามลำดับ มีประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ คือ ภูมิปัญญาการเคี้ยวกวฬิงการาหารเพื่อสุขภาวะ เป็นการปฏิบัติสู่ความพ้นทุกข์ ด้วยกระบวนการของ “ศีล สมาธิ ปัญญา” เป็นกระบวนสร้างปัญญาแท้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพุทธธรรม ที่พระพุทธเจ้าได้ทรงตรัสไว้ในพระสูตรต่าง ๆ อย่างสอดคล้องสอดร้อยเป็นเนื้อเดียวกันตามหลักพุทธธรรม เป็นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของคนไปสู่ความเจริญและผาสุกอย่างยั่งยืนได้ยิ่ง ๆ ขึ้น ไปตามลำดับ บุคคลผู้พัฒนาตนได้แล้ว คือ ผู้ที่มีศีลทำความเพียรจนสามารถลดกิเลสได้ ทำสมดุลร้อนเย็นและเสียสละ จะมีน้ำใจแบ่งปันช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นให้มาก ๆ จะเป็นบุคคลที่มีศักยภาพด้วยสามารถ “พึ่งตน” ได้ด้วยสิ่งที่ประหยัดเรียบง่ายใกล้ตัวในตัว ใช้ทรัพยากรพืชผักสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นหรือที่สามารถปลูกอยู่ปลูกกินไร้สารพิษได้แบบง่าย ๆ ในสังคมแบบพึ่งตนและแบ่งปันเอื้อเฟื้อช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นเท่าที่จะสามารถจัดสรรองค์ประกอบและประมาณการได้ตามข้อมูลที่มีอยู่ได้ดีที่สุด ณ ขณะนั้น ๆ ในหมู่มิตรดีสังคมสิ่งแวดล้อมดี

ดังนั้น บุคคลผู้ประกอบด้วยความเลื่อมใสอันแน่วแน่ในพระพุทธเจ้า ในพระธรรม และในพระสงฆ์ จะทำให้มีปัญญาแจ่มชัดในการลดกิเลส เมื่อลดกิเลสได้จะมีความทุกข์ที่ลดลงได้ ทุกข์ที่ลดลงได้ ก็จะมีความสงบและผาสุกได้ จิตก็จะมีสมาธิ และปัญญาไปตามลำดับ ดังนั้น ผู้มีศีล มีธรรม มีปัญญา คือ ผู้ปฏิบัติ “ศีล สมาธิ ปัญญา” ตามพระธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า คือ ปฏิบัติมรรคมีองค์ 8 (พระไตรปิฎก เล่มที่ 14 “ธัมมจักกัปปวัตตนสูตร” ข้อ 13-14)[8] ลดกิเลส ละบาป บำเพ็ญบุญกุศล ทำจิตใจให้เบิกบานผ่องใส ได้ไปตามลำดับ ๆ เมื่อได้กินอาหารใด ๆ ก็จะไม่มีทุกข์ใดได้ เพราะได้ทำลายกิเลสทุกคำข้าว กินเพื่อบรรลุธรรมทุกคำข้าว จะไม่มีวิบากอันตราย แม้จะกินอาหารใด ๆ (อาหารที่ไม่เบียดเบียน ไม่มีโทษไม่มีบาปต่อชีวิตอื่น) ก็ไม่มีทุกข์ใด ๆ ได้ มีแต่ความสบายใจ เบิกบาน ร่างกายแข็งแรง จะแบ่งปันและช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นให้มีความสุขเหมือนตน ที่ไม่ต้องมีเวรภัย นำพิษภัยใด ๆ มาใส่เพิ่มให้กับตนเอง จะเป็นผู้ที่เป็นอยู่เรียบง่าย “กินน้อยใช้น้อย” แบบเรียบง่ายได้ กินผลไม้ ผักสด ผักลวก ข้าวกับเกลือ ถั่วธัญพืชต่าง ๆ สลับหมุนเวียนกันไป ชีวิตก็มีน้อย ๆ กินเท่าที่มี จะกินในสิ่งที่ปลูก ปลูกในสิ่งที่กินได้ อาหารพืชผักไร้สารพิษ ไม่มีสารเคมีได้ ทำกิจกรรมการงานต่าง ๆ ได้ มีการแบ่งงานกันตามความถนัดตามความสามารถ กินอยู่เป็นสาธารณโภคีร่วมกัน ทำทุกสิ่งทุกอย่างเข้าส่วนกลาง เพราะสุดท้ายทุกสิ่งทุกอย่างก็ต้องดับไป เป็นการทำเพื่อทิ้งไว้ให้กับโลก เพื่อให้เราและคนอื่นสัตว์อื่นได้ใช้ได้อาศัย ก่อนที่ทุกสิ่งทุกอย่างจะดับไปเท่านั้น นี้คือ สุขที่ยอดเยี่ยมยิ่งใหญ่ที่สุดในโลกอันหาที่เปรียบมิได้ คือ ความเบิกบานผาสุกแจ่มใส อย่างยั่งยืนไปเป็นลำดับ ๆ ได้จริงแท้

การเคี้ยวให้ละเอียดช่วยลดกิเลสความใจร้อนได้เป็นอย่างดี เพราะผู้ใดที่ยังเคี้ยวเร็วหยาบ ไม่ละเอียด รีบกินรีบเคี้ยวรีบไป ก็คือ บุคคลที่ยังเต็มไปด้วยกิเลสใจร้อน เพราะรีบจะไปทำงาน ยังติดดี (อัตตา) หลงยึดงานอยากทำ

ให้ดีได้ดั่งใจ หรือมีโลกธรรม อยากรีบไปทำงานเพื่อหาเสพลาภยศสรรเสริญอยู่หรือไม่ แต่ถ้าเป็นผู้ที่ไม่มีความรีบร้อนที่จะไปทำสิ่งใดแล้ว ก็ควรจะได้มีเวลากินอาหารให้ได้ความสบายใจให้กับตัวเอง เป็นการฝึกความแข็งแรงให้กับร่างกายและเข้มแข็งให้กับจิตใจ ผาสุกและเบิกบานอย่างที่ไม่เอาพิษภัยใด ๆ มาใส่ตนเอง จะเป็นผู้มีศักยภาพ อิสรภาพ ภราดรภาพ เสรีภาพ บูรณภาพและสามัคคีภาพ อันจะเป็นหนึ่งพลังในการสร้างสรรสังคมสาธารณโภคี สร้างสังคมสิ่งแวดล้อมและระบบนิเวศที่ดีงามให้กับตนเองและชุมชนสุขภาวะ มีศีลห้าเป็นอย่างน้อย กินอาหารมังสวิรัติ ไม่มีเนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น นมและไข่ ไปตามลำดับ รับฟังมติหมู่ อัตตาไม่จัด ได้อย่างยั่งยืนไปเป็นลำดับ ๆ ได้ต่อไป อันจะเป็นประโยชน์เพื่อความผาสุกต่อมวลมนุษยชาติสืบไป

นอกจากนั้น การศึกษาวิจัยยังพบว่า การปฏิบัติสำรวมอินทรีย์ในอาการเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ด้วยการตามอ่านอาการเคลื่อนไหวการเคี้ยวเพื่อลดละเลิกกิเลสชอบชังในรูปรสกลิ่นเสียงสัมผัสในอาหารที่เป็นโทษ อาหารที่กินไปเพื่อความ “ไม่เบียดเบียน” เป็นหนึ่งในทางเลือกการปฏิบัติ “ศีล สมาธิ ปัญญา” เพื่อความพ้นทุกข์ เพราะแต่ละท่านสามารถที่จะเลือกกำหนดวิธีการที่เหมาะสมกับตนมาปฏิบัติตามฐานของตน ด้วยการเคี้ยวเพื่อความพ้นทุกข์ สามารถที่จะใช้ได้กับทุกคน แต่ก็ไม่ใช่ทุกคนที่จะได้ทำหรือทำได้ เพราะบางท่านก็ไม่ได้ทำ ทำไม่ได้ ป่วยหนัก หรือมีวิบากหนัก

ดังนั้น หากบุคคลที่รู้และเห็นโทษขัดเจน รู้และเห็นประโยชน์ชัดเจน และเข้าใจเรื่องกรรมอย่างแจ่มแจ้ง ก็สามารถเลือกใช้อาการเคี้ยวเป็น “ศีล-พรต-ตบะ” ปฏิบัติเพื่อลดละเลิกกิเลสชอบชังในอาหาร ในการสร้างปัญญาแห่งธรรม ไปตามลำดับ ๆ แต่ก็ไม่จำเป็นที่ทุกท่านจะเริ่มปฏิบัติปัญญาแห่งธรรมจากการเคี้ยว ด้วย “ใจเป็นประธานของสิ่งทั้งปวง ใจเป็นใหญ่ ใจประเสริฐที่สุด ทุกสิ่งสำเร็จได้ด้วยใจ” บางท่านจึงปฏิบัติปัญญาได้ด้วยวิธีอื่น อาการเคี้ยว จึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการทำให้เกิดปัญญา เพราะมีความศรัทธาในการตั้งศีล “การเคี้ยวให้ละเอียด” มาปฏิบัติ เมื่อปฏิบัติให้มาก ๆ ซ้ำ ๆ ก็จะเกิดการสะสมเป็นสติ เป็นสมาธิและปัญญา คือ อินทรีย์ 5 พละ 5 (พระไตรปิฎก เล่ม 19 “สัทธาสูตร” ข้อ 1011 – 1015 และพระไตรปิฎกเล่ม 22 “วิตถตสูตร” ข้อ 14)[10] เพราะศีลจะอบรมสมาธิ สมาธิจะอบรมปัญญา และปัญญาจะอบรมศีล พากเพียรซ้ำ ๆ สั่งสมเป็นสมาธิ จนเป็น “อธิศีล อธิสมาธิ อธิปัญญา” (พระไตรปิฎกเล่ม 11 “สังคิติสูตร” ข้อ 228)[8] ที่นำความผาสุกอย่างเบิกบานและผ่องใสให้กับผู้ปฏิบัติได้ไปเป็นลำดับ ๆ เนื่องจากกระบวนการ “ศีล สมาธิ ปัญญา” นี้ เป็นยุทธศาสตร์การปรับพฤติกรรมที่ประหยัด เรียบง่าย ทำเอาเองได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ด้วยการศึกษาและทำความเพียรตามท่านผู้รู้แท้ที่พาปฏิบัติสู่ความพ้นทุกข์ได้ (สัตบุรุษ) และเมื่อตนเองทำได้ แล้วแบ่งปันความรู้นี้กับผู้อื่นต่อไปด้วยใจที่บริสุทธิ์โดยไม่คิดเอาอะไรตอบแทน เป็นการช่วยสังคมให้ประหยัดงบประมาณในด้านสุขภาพ เมื่อสุขภาพประชาชนแต่ละท่านแข็งแรง สามารถส่งต่อให้บุคคลในครอบครัวแข็งแรง เมื่อชุมชนสุขภาวะเข้มแข็ง ก็จะสามารถพัฒนาชุมชนต่าง ๆ และประเทศชาติ ให้เจริญก้าวหน้าในการพึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่น ต่อไปได้ อย่างผาสุก เบิกบานและผ่องใส อย่างยั่งยืน ไปตามลำดับ

สอดคล้องกับที่พ่อครูสมณะโพธิรักษ์[9] (2561, เมษายน 13) ได้กล่าวถึงหลักการปฏิบัติ “จรณะ 15” การปฏิบัติธรรมเพื่อความพ้นทุกข์ ว่า “ภูมิปัญญาการเคี้ยวเพื่อสุขภาวะ” เป็นการลดกิเลส จึงต้องเคี้ยวให้ถึงรูปนามโลกุตระ คือ วิญญาณาหาร ด้วยการล้างรูปรสกลิ่นเสียงสัมผัส ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่คนส่วนใหญ่มองข้ามหรือไม่รู้และไม่เข้าใจ แต่สิ่งนี้เป็นสิ่งที่สำคัญ เป็นสิ่งที่พระพุทธเจ้าท่านทรงตรัสเน้นย้ำในเรื่องของอาหารว่า “อาหารเป็นหนึ่งในโลก” และ “อาหาร 4” คือ 1) กวฬิงการาหาร หยาบบ้างละเอียดบ้าง 2) ผัสสาหาร 3) มโนสัญเจตนาหาร 4) วิญญาณาหาร 4 อย่างนี้ เพื่อความดำรงอยู่ของสัตว์โลกที่เกิดมาแล้ว (พระไตรปิฎก เล่มที่ 16 ข้อ 240)[8]

สอดคล้องกับใจเพชร กล้าจน[10] ศึกษาเรื่อง “จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ” ที่เป็นกระบวนการสร้างจิตอาสาหรือการพัฒนามนุษย์ที่สูงที่สุดด้วยจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธ เป็นผู้ที่อาสาช่วยเหลือเกื้อกูล

มนุษยชาติให้มีสุขภาวะที่ดี โดยไม่คิดค่าตอบแทนใด ๆ ซึ่งกระทำไปพร้อม ๆ กับการเรียนรู้ฝึกฝนตนให้มีสภาพแห่งความเป็นพุทธะตามลำดับ โดยใช้กระบวนการสร้างจิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ ซึ่งได้อภิปรายผลไว้ว่า “สิ่งต่าง ๆ ในมหาจักรวาลล้วนสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน การจะแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาวะให้ดีได้ จึงต้องเข้าใจความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นองค์รวม ทั้งกาย ใจ มิตรสหาย สังคม และสิ่งแวดล้อม ดังที่พระพุทธเจ้าตรัสหลักสัปปุริสธรรม 7 รวมถึงที่พระพุทธเจ้าตรัสถึงความเป็นผู้มีมิตรดี สหายดี เป็นทั้งหมดทั้งสิ้นของพรหมจรรย์ (ความพ้นทุกข์) (พระไตรปิฎกเล่มที่ 15 ข้อ 381-384)[8]

ความสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวมนั้น สอดคล้องกับที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวตรัสว่า “สรรพสิ่งทั้งหลายดำรงอยู่พร้อมกับเจริญยั่งยืนไปได้ เพราะมีความสมดุลในตัวเอง อย่างชีวิตมนุษย์เรานี้ดำรงอยู่ได้เพราะมีออกซิเจน ไฮโดรเจน และคาร์บอน อันเป็นส่วนประกอบสำคัญของชีวิต ได้สัดส่วนกัน เมื่อใดส่วนประกอบอันเป็นแก่นแกนของชีวิต ส่วนใดส่วนหนึ่งบกพร่องขาดหายไป ไม่อาจแก้ไขให้คงคืนสมดุลได้ เมื่อนั้นชีวิตก็เสื่อมโทรมแตกดับ ธรรมชาติอื่น ๆ ตลอดจนสิ่งที่มนุษย์ปรุงแต่งสรรค์สร้างขึ้น เช่น เครื่องจักร โรงงาน อาคาร บ้านเรือน แม้กระทั่ง เศรษฐกิจ กฎหมายและทฤษฎีต่าง ๆ ก็เหมือนกัน ล้วนต้องมีส่วนประกอบที่สมดุลทั้งสิ้น[11]

ซึ่งสัมพันธ์กับที่ฟริตจ๊อฟ คาปร้า[12] นักฟิสิกส์ชาวอเมริกัน กล่าวว่า มุมมองเชิงระบบต่อชีวิตความเป็นองค์รวมและสุขภาพ การเดินทางไปพ้นพื้นที่และเวลาและเส้นทางสู่ยุคแห่งดวงอาทิตย์ สภาวการณ์ในปัจจุบันของโลกต้องเผชิญกับปัญหาด้านต่าง ๆ มากมายอันเนื่องจากกระบวนทัศน์แบบกลไกในช่วงที่ผ่านมา ถึงเวลาที่เป็นจุดเปลี่ยนของโลก สู่กระบวนทัศน์ใหม่ที่เป็นองค์รวมในทุกสาขา ฟริตจ๊อฟ คาปร้า[13] ยังได้กล่าวว่า สำคัญที่สุดของการบำบัดแบบองค์รวมคือ ผู้ป่วยมีศักยภาพรักษากายใจของตัวเอง ผู้บำบัดแทรกแซงน้อยที่สุด ให้การบำบัดอย่างอ่อนที่สุด ลดปริมาณยาให้น้อยสุด ช่วยลดความเครียดที่รุนแรง หนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง วางจิตในทางที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับสุรพล ธรรมร่มดี และมิรา ชัยมหาวงศ์[14] ได้กล่าวไว้ว่า “ความเจ็บป่วยนั้นเป็นผลจากการใช้ชีวิตที่ขาดความสมดุล การใช้ความคิดมากเกินไปโดยการขาดการออกกำลังกาย กินอาหารไม่ถูกต้อง มีความกดดันทางจิตใจเนื่องจากความขัดแย้งกับบุคคลสิ่งแวดล้อม”

ข้อเสนอแนะ

1. บุคคลควรนำผลการวิจัยจากภูมิปัญญาและพฤติกรรมการเคี้ยวให้ละเอียด ไปใช้ในการสร้างสุขภาวะทางกาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และปัญญาความผาสุกและเบิกบานในตน อย่างยั่งยืน ไปเป็นลำดับ ๆ และช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่นเท่าที่จะพึงทำได้ ไปตามลำดับ ๆ

2. องค์กรหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ควรนำผลการวิจัยไปใช้สร้างยุทธศาสตร์เป็นนโยบายการสร้างเสริมสุขภาวะของคนในหน่วยงาน และใช้เป็นนโยบายเกื้อกูลมวลมนุษยชาติตามบทบาทหน้าที่ขององค์กรหรือหน่วยงานนั้น ๆ

3. ควรศึกษาผลจากการปฏิบัติในภูมิปัญญาการเคี้ยวกวฬิงการาหารเพื่อสุขภาวะในชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมและขยายผลสุขภาวะชุมชน ที่ช่วยในการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ประหยัดค่าใช้จ่ายและเรียบง่ายมากขึ้น

4. ควรศึกษาผลจากการปฏิบัติในการประมาณในการบริโภคและการล้างความชอบชังในกามคุณ 5 กวฬิงการาหาร ผัสสาหาร มโนสัญเจตนาหาร และวิญญาณาหาร ในรายละเอียดของแต่ละเหตุปัจจัย

5. ศึกษาผลการทดลองการเคี้ยวกวฬิง-การาหารเพื่อสุขภาวะ ในกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่น ๆ หรือกลุ่มประชากรตัวอย่างอื่นที่มีศีลและปัญญาเสมอกัน จะเป็นประโยชน์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรา ภาณุรัตน์ ดร.อุษา กลมพันธ์ ดร.สิงหา จันทริย์วงษ์ ศาสตราจารย์ ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์ ศาสตราจารย์ ดร.สุจริต เพียรชอบ ดร.ทองอินทร์ ไหวดี และ ดร.ใจเพชร กล้าจน ที่ได้เมตตาให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการเรียนรู้ การดำเนินการวิจัย การตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณเพื่อนพี่น้องจิตอาสาแพทย์วิถีธรรมที่ร่วม

บำเพ็ญช่วยเหลือเกื้อกูลทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการศึกษา การเป็นผู้ช่วยวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงการลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลวิจัย จนงานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2560.
2. pptvhd36. สังคมไทยปี 60 คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น. [ออนไลน์]. 2560, กันยายน 4. เข้าถึงเมื่อ 2560, ตุลาคม 28. เข้าถึงได้จาก https://www.pptvhd 36.com/news/ประเด็นร้อน/64045.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 2559. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 2560, มีนาคม 28. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/mophplan_2559_final_0.pdf.
4. Brian St. Pierre. (ม.ป.ป.) All About Eating Slowly. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 2560, ตุลาคม 8. เข้าถึงได้จาก http://www.precisionnutrition.com/all-about-slow-eating.
5. Mercola. **7 Important Reasons to Properly Chew Your Food**. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 2560, ตุลาคม 8. เข้าถึงได้จาก https://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/07/31/chewing-foods.as, 2013.
6. วันดี วราวิทย์. (ม.ป.ป.) [ออนไลน์]. การเคี้ยวข้าวแบบบดเอื้อง จะช่วยระบบการย่อยอาหารทำงาน. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 2560, ตุลาคม 8. เข้าถึงได้จาก http://health.haijai.com/1477/.
7. Evelyn Tribole and Elyse Resch. (2017). The Intuitive Eating Workbook: Ten Principles for Nourishing a Healthy Relationship with Food. New Harbinger Publications, Inc. [ออนไลน์] เข้าถึงเมื่อ 2560, ตุลาคม 8. เข้าถึงได้จาก http://www.intuitiveeating.org/10-principles-of-intuitive-eating/.
8. กรมการศาสนา. พระไตรปิฎกฉบับสยามรัฐ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2541.
9. สมณะโพธิรักษ์ โพธิรักขิโต. นักบวชผู้นำชาวชุมชนอโศก. สัมภาษณ์, 13 เมษายน 2561.
10. ใจเพชร กล้าจน. จิตอาสาการแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีนิพนธ์ สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิภาค มหาวิทยาลัยรัชฏสุรินทร์, 2559 : 780-782.
11. พระบรมราโชวาท ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของมหาวิทยาลัยมหิดล ณ อาคารใหม่ สวนอัมพรวันพฤหัสบดี ที่ 8 สิงหาคม 2534. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 16 กันยายน 2557. เข้าถึงได้จาก http://www.ohm.go.th/th/monarch/speech.
12. Capra Fritjof. **The Tao of Physics: An Exploration of the Parallels between Modern Physics and Eastern Mysticism.** 5th edition. Shambhala Publishing. 2010 : 130-131.
13. ฟริตจ๊อฟ คาปร้า. **จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ. เล่ม 3**. The Turning Point แปลโดย พระประชา ปสันนธมโมและคณะ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง,. 2550 : 114-118.
14. สุรพล ธรรมร่มดี และมิรา ชัยมหาวงศ์. **หลอมรวมการเรียนรู้เพื่อความเป็นไทยเล่ม 3 สุขภาพทางเลือกเพื่อดุลภาพแห่งชีวิต กลุ่มแพทย์และสาธารณสุขทางเลือก**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แปลน พริ้นติ้ง จำกัด, 2552.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี

The Development model of participation to prevent road traffic accident by engaging multilateral networks in Ubonratchathanee Province

สิริพร วงศ์ตรี[1]

Siriporn Wongtree

(Received: January 21 ,2019 ; Accepted: February 22 ,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี และใช้เป็นแนวทางในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตในจังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflect) ตามแนวคิดของ เคมมิท และ แมคแทคการ์ด (Kemmis และ McTaggart) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ตัวแทนคณะกรรมการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรจังหวัด จำนวน 30 คน ตัวแทนสมาชิกครอบครัวจากชุมชนอายุ ตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีประสบการณ์การใช้ถนนบริเวณจุดเสี่ยงอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์ เชิงลึก และกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 - 22 ปี ที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 156 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน กันยายน 2560 - ธันวาคม 2561 โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม ถอดบทเรียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบเดิม จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเห็นผลไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นการแก้ไขตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลังของการมีส่วนในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน รูปแบบใหม่ของการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) คืนข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) จากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรลดลงร้อยละ 18.49 อัตราตายลดลงจาก 36.41 ต่อแสนประชากร เป็น 26.32 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ : การพัฒนา, อุบัติเหตุจราจรทางถนน, การมีส่วนร่วม

Abstract

This study developed a model to prevent traffic accidents through participation of the network in Ubonratchathanee Province. The first step target group for this study included 30 provincial committee members, representatives of family members from communities aged 18 years and over who have experience using roads at risk points for at least 6 months, 30 people collect data with group discussions. Observation and in-depth interviews, and youth groups aged 15 - 22 years who use motorcycles as vehicles, not less than 5 days per week Number of sample 156 people who were assigned this task to solve the problems. The data were collected during September, 2017 to December, 2018.The study methods were study context area, focus group discussions, In-depth interviews, participant observation, Lessons learned and questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean standard diviation and Inferential statistics using paired t-test.

The results showed that The Development model of participation to prevent road traffic accident by engaging multilateral networks in Ubonratchathanee Province were divided into 9 stages. 1) study context area, 2) Brainstorming, 3) Restoration to recognize, 4) Workshops 5) Assignments, 6) Action, 7) Monitoring and assessment 8) Conference 9) Lesson learned. The results from these processes were an increase in the knowledge and participation of the participant that had affect on the participation to prevent road traffic evaluation.

Keywords: Development, Traffic accidents, Participation

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

อุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาระดับโลก องค์การอนามัยโลกประมาณว่า ในปี ค.ศ.2000 ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตจากอุบัตรเหตุจราจรทางถนนทั่วโลกประมาณ 1,260,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.3 ของการสูญเสียชีวิตประชากรโลก และคาดการณ์ว่า 10 ปีถัดมาประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างน้อย 6 ล้านคน หากไม่มีการดำเนินการแก้ไขโดยรีบด่วน และประมาณการว่าความสูญเสียด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีมูลค่าร้อยละ 2-4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product) สำหรับประเทศไทย อุบัติเหตุจราจรทางบก เป็นสาเหตุการบาดเจ็บและตายที่สำคัญที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ.2546 คนไทยตายด้วยสาเหตุนี้กว่า 15,000 คน บาดเจ็บกว่า 1,200,000 คน เฉลี่ย 1 ชั่วโมงเสียชีวิต 2 ราย บาดเจ็บ 140 ราย คิดเป็นมูลค่าความสูญเสียด้านเศรษฐกิจกว่า 1 แสนล้านบาทต่อปีหรือประมาณร้อยละ 3-4 ของ GDP[1,2,3]

การเกิดอุบัติเหตุจราจรเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุจราจร ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม การป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการหลายๆ มาตรการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นมาตรการที่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ยานพาหนะ และผู้ใช้รถใช้ถนน[4]

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุการจราจรสูงเป็นอันดับที่ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 10 แนวโน้มข้อมูล ปี 2558-2560 พบอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เพิ่มขึ้น อัตรา 29.33 ต่อแสนประชากร (131 คน) อัตรา 39.05 ต่อแสนประชากร (161คน) และ อัตรา 39.03 ต่อแสนประชากร (154 คน) ตามลำดับ โดยใน ปี 2560 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเฉลี่ยประมาณวันละ 20 คน และมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเดือนละ 5 – 6 คน[5] พาหนะที่เกิดอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ คิดเป็น ร้อยละ 79.1 ของการเกิดอุบัติเหตุ เวลาที่เกิดอุบัติเหตุอยู่ในช่วงเวลา 15.00 - 24.00 น. กลุ่มอายุที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ 15 - 25 ปี จังหวัดอุบลราชธานี มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเห็นผลไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นการแก้ไขตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน ขาดพลังของการมีส่วนในการแก้ไขด้วยทิศทางเดียวกัน จะเห็นได้จากแนวโน้มของข้อมูลสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตยังมิได้ลดลง โดยจุดอ่อนของระบบการป้องกันหรือ แก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรอยู่ที่ การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ขาดการใช้ข้อมูลร่วมกัน ขาดการประเมินที่เป็นระบบ ซึ่งความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายจังหวัดอุบลราชธานีจึงได้พัฒนาระบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวขึ้นใหม่โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร สร้างเครือข่ายการใช้ข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุร่วมกับการสำรวจพื้นจุดเสี่ยงนำมาวางแผนและกำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหา

ดังนั้นการป้องกันหรือการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ มาตรการอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดอัตราตายจากอุบัติเหตุจราจร หาแนวทางและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1.เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี

2.เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mc. Taggart

[6]โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1.ขั้นตอนการวางแผน (Planning) 2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) 3.ขั้นตอนการสังเกต (Observation) 4.ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) 3 วงรอบ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ตัวแทนคณะกรรมการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรจังหวัดที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานมาอย่างน้อย 6 เดือน คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ ตัวแทนสมาชิกครอบครัวจากชุมชนอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่มีประสบการณ์การใช้ถนนบริเวณจุดเสี่ยงอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน โดยการสุ่มแบบบังเอิญในรัศมีพื้นที่จุดเสี่ยง 2 กิโลเมตร จำนวน 5 จุดที่ได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหาฯ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการที่มีต่อการแก้ไขอุบัติเหตุจราจรในรอบปีที่ผ่านมา และมาตรการที่เห็นว่ามีผลต่อการป้องกันปัญหาในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ 3 คือ กลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 - 22 ปีที่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ คำนวณจำนวนตัวอย่างกลุ่มวัยรุ่นได้กลุ่มตัวอย่าง 156 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงเสริมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่นที่ขับขี่รถจักรยานยนต์

เครื่องมือที่ใช้ ประเมินผลได้แก่ แบบสัมภาษณ์รายงานการ เฝ้าระวังการบาดเจ็บ (injury surveillance) แบบรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรและการเสียชีวิตของโรงพยาบาลภาครัฐในจังหวัด และแบบบันทึกการประชุม เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน 2560 – ตุลาคม 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR20 (Kuder - Richardson's method)[7] ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 การมีส่วนร่วม วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลคุณภาพแบบสามเส้าด้านข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผลการพัฒนาด้าน การวางแผน มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงาน ตรวจสอบ สังเกตและการติดตามประเมินผลสะท้อนกลับในเวทีการประชุมทั้งภาครัฐ/เอกชนและภาคประชาชน และที่สำคัญศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้ถ่ายโอนไปให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี และเตรียมพร้อมพัฒนาบุคลากร ระบบให้มีความทันสมัย รวดเร็วและปลอดภัย โดยบูรณาการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ประสบเหตุด่วน-เหตุร้าย ทุกพื้นที่อย่างเต็มรูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการแก้ไขเพื่อลดขนาดปัญหาความไม่ปลอดภัยในการใช้รถ ใช้ถนนทุกระดับ ประสานการดำเนินงานกับทีมสหสาขา กำหนดกลไกการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัย ทางถนนทุกระดับ ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนมาตรการที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัยทางถนนโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการ บูรณาการแผนปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน มีแผนเผชิญเหตุ มาตรการรองรับเมื่อมีสถานการณ์ฉุกเฉิน

1.2 การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอสถิติการบาดเจ็บจราจรทางถนนและเสียชีวิต โดยการคืนข้อมูลในที่ประชุมคณะกรรมการศูนย์ฯ เตรียมความพร้อมเครือข่ายบริการสาธารณสุขและทีมช่วยเหลือทุกระดับ ให้การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุตามมาตรฐานการดูแลผู้บาดเจ็บ พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทีมกู้ชีพ ส่งเสริม สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน พัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูลการบาดเจ็บ เก็บรวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่ใช้คำจำกัดความสากล ว่าเป็นการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรภายใน 30 วัน หลังเกิดอุบัติเหตุ พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดระบบบริการการแพทย์ ก่อนถึงโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ในสถานพยาบาลการฟื้นฟูสภาพโดยผ่านกระบวนการบูรณาการ ด้านการรักษา มีการอบรมและพัฒนาบุคลากร การสร้างช่องทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้รวดเร็วและทั่วถึงเพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็น ทุกคนได้รับบริการที่มีประสิทธิภาพและทันการณ์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการปรับปรุงการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลและสถิติการเกิดอุบัติเหตุบนถนนให้เป็นระบบ มีความถูกต้องและเป็นเอกภาพ เพื่อประโยชน์ ในการใช้อ้างอิงและประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ สอบสวนอุบัติเหตุหมู่ตามเกณฑ์ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการสอบสวน เชิงวิชาการแบบสหสาขา ผลักดันการสังเคราะห์ความรู้ด้านการควบคุมป้องกันการบาดเจ็บเครือข่ายสหสาขาที่รับผิดชอบ เพื่อนำไปสู่ การสร้างมาตรการนโยบายในจังหวัด

1.3 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตามกฎจราจร ดำเนินการตามมาตรการการบังคับใช้กฎหมาย 10 อย่างเข้มงวดต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ความเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด 2) ขับรถย้อนศร 3) ฝ่าฝืนสัญญาณจราจร 4) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 5) ไม่มีใบขับขี่ 6) แซงในที่คับขัน 7) เมาสุรา 8) ไม่สวมหมวกนิรภัย 9) มอเตอร์ไซค์ไม่ปลอดภัย 0) ใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถ

1.4 การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมเป็นทีมกู้ชีพและการตั้งด่านชุมชน ประชาคมชุมชน/หมู่บ้านสนับสนุน จิตอาสา สมาชิกในชุมชน ทำความดีด้วยหัวใจ เฝ้าระวังผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง สนับสนุน 1 ท้องถิ่น 1 ถนนปลอดภัย

1.5 การจัดระเบียบการขนส่งทางบก กำกับ ดูแล ตรวจสอบ ตรวจตราให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ ความปลอดภัย ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก กฎหมายว่าด้วยรถยนต์กฎหมายว่าด้วยล้อเลื่อน และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องแก้ไข ป้องกัน และส่งเสริมสวัสดิภาพการขนส่งทางบกส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายระบบการขนส่งทางบก ตรวจสอบสภาพรถ จัดระเบียบการขนส่งทางบก ให้ความรู้เรื่อง พ.ร.บ. ขนส่งทางบก ตรวจสอบใบจดทะเบียนรถ ใบอนุญาตขับขี่ ตรวจสอบระบบกล้อง CCTV ประสานงานกับองค์การและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.6 การปรับปรุง ภูมิทัศน์ จุดเสี่ยง การปรับปรุงถนนที่ชำรุด ตรวจสอบสิ่งอันตราย ข้างทาง เช่น ไฟฟ้าแสงสว่างสัญญาณไฟจราจร เสาป้าย จุดตัดทางรถไฟ จัดจุดพักรถและจุดบริการอำนวยความสะดวกให้ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนน

1.7 ตรวจสอบประวัติการทำประกันภาคบังคับและภาคสมัครใจ ประวัติการทำประกันรถคันที่เกิดเหตุ ให้การช่วยเหลือด้านการประกันภัยกับ ผู้ประสบเหตุ

1.8 ผลิตข่าวประชาสัมพันธ์ รณรงค์ สร้างความตระหนักผ่านสื่อต่างๆ

1.9 สนับสนุนรถกู้ชีพพร้อมอุปกรณ์ ให้หน่วยกู้ชีพสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และดำเนินการเป็นที่ปฏิบัติศูนย์รับแจ้งเหตุและ สั่งการ 1669

1.10 ร่วมเป็นหน่วยกู้ชีพ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ช่วยเหลือ ผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร และร่วมปฏิบัติงานกับหน่วยงานภาครัฐ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

2.1 การวางแผน วิเคราะห์ปัญหาอุบัติเหตุจราจร พบว่า **จุดแข็ง** ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุนและเห็นความสำคัญกับปัญหาอุบัติเหตุ **จุดอ่อน** ที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นการดำเนินงานตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน และการประเมินผลยังไม่เป็นระบบ นโยบายกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ภาวะคุกคามความเจริญ

ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ยานพาหนะเพิ่มขึ้น อุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คณะผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมและการนำข้อมูลมาใช้ เพื่อบูรณาการแผนป้องกันอุบัติเหตุจราจร โดยใช้ผลวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร มาเป็นจุดเชื่อม และเริ่มต้นการแก้ไขปัญหาด้วยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบูรณาการแผนและปรับเพิ่มกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมายด้านวิศวกรรมจราจร ด้านการสื่อสารความเสี่ยง และด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำร่างแผนปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุจราจร เสนอแผนคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุมัติแผน

2.2 การปฏิบัติตามแผน ประชุมคณะกรรมการศูนย์ความปลอดภัยทางถนน 4 ครั้ง ประชุมคณะทำงานบรูณาการข้อมูลเสียชีวิต 3 ฐาน 3 ครั้ง ประชุมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ครั้ง ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 ครั้ง ประชุมพัฒนาศักยภาพการบริการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับทีมปฏิบัติการ ALS BLS FR 1 ครั้ง ประชุม Dead care conference 1 ครั้ง สำรวจจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย 2 ครั้ง มีการแก้ไขปัญหาด้านวิศวกรรมจราจร โดยเพิ่มป้ายเตือนทางแยกและทางโค้งติดตั้งกล้อง CCTV ตัดแต่งกิ่งไม้ที่บังป้ายจราจร ติดกระจกนูน ติดไฟถนนเพิ่มความสว่าง

2.3 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี

2.3.1 สาเหตุเกิดอุบัติเหตุ พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมผู้ขับขี่ คือการขับรถเร็ว ไม่สวมหมวกนิรภัย ได้มีการแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง 125 หน่วยกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเบื้องต้นได้ทันเวลา หลังจากได้รับแจ้งจากศูนย์สั่งการ 1669 สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ปีงบประมาณ 2559 พบว่าอัตราเสียชีวิต เท่ากับ 36.41 ต่อแสนประชากร อัตราสูงสุด คือ อำเภอเมือง 47.44 ต่อแสนประชากร นำส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุ จราจรโดยระบบ EMS พบว่า ResponseTime ของผู้ป่วยวิกฤติสีแดงภายใน 10 นาที ร้อยละ 77.45

2.3.2 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง ในปีงบประมาณ 2560 พบว่า มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทั้งหมดจากอุบัติเหตุจากการขนส่งทางบก จำนวน 8,712 คน เป็นผู้บาดเจ็บ 7,224 คน ร้อยละ 95.10 เสียชีวิต 198 คนร้อยละ 1.89 ส่วนใหญ่เกิดอุบัติเหตุบนทางหลวง ร้อยละ 66.14 รองลงมา ได้แก่ ถนนชนบท ร้อยละ 42.79 ถนนในเมือง ร้อยละ 8.21 ไม่ทราบ ร้อยละ 2.17 อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 0.88 กลุ่มอายุผู้บาดเจ็บสูงสุดคือ อายุ 15 –น้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 19.29 รองลงมา คืออายุ 20 – น้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 17.58 และ กลุ่มอายุ60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.17 ตามลำดับ ผู้เสียชีวิตสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.22 รองลงมา คือ อายุ 25 – น้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 11.84 และ อายุ 20– น้อยกว่า 25 ปี คือ ร้อยละ 13.86 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดคือ เวลา 16.00– 20.00 น.ร้อยละ 43.37 รองลงมา เวลา 20.00 – 24.00 น. ร้อยละ 15.93 และ เวลา 08.00 – 12.00 น. ร้อยละ 13.14 ประเภทของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 86.35 จำแนกตามพาหนะ พบว่า บาดเจ็บและเสียชีวิต จากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 82.29พฤติกรรมเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า ผู้บาดเจ็บทั้งหมด 7,224 คน ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ 4,264 คน ร้อยละ 59.03 แต่พบว่าผู้เสียชีวิตทั้งหมด จำนวน 148 คน ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 79 คน ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ ที่บาดเจ็บไม่สวมหมวกนิรภัย 5,717 คน ร้อยละ 79.14 ซึ่งสอดคล้องผู้เสียชีวิต พบว่า ไม่สวมหมวกนิรภัย จำนวน 91 คน ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถยนต์ ที่บาดเจ็บไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 318 คน แต่พบว่าผู้เสียชีวิตไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 18 คน

2.2 รูปแบบการบริหารจัดการข้อมูล มีการบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิต 3 หน่วยงาน ได้แก่ กองบังคับการตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ข้อมูลจากกองบังคับการ

ตำรวจภูธรเป็นหลัก ส่วนอีก 2 หน่วยงานใช้เพื่อการตรวจสอบยืนยันข้อมูล

2.3 ผลการสอบสวนการตายจากอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ระดับจังหวัด สอบสวนอุบัติเหตุ ตามเกณฑ์ของสำนักระบาดวิทยา จำนวน 1 เหตุการณ์ ดำเนินการสอบสวนร่วมกับทีมสอบสวนสหสาขา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 เหตุการณ์ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร มีการสอบสวนการเสียชีวิตที่เกิดเหตุในพื้นที่อำเภอทุกราย มีแบบสอบสวนกรณีเสียชีวิตอุบัติเหตุจราจรในระดับอำเภอ มาตรการด้านการป้องกันด่านชุมชน มีกลไกในการขับเคลื่อนให้หน่วยงานหรือองค์กรในจังหวัด/อำเภอ มีมาตรการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สถานศึกษา สถานประกอบการสถานที่ราชการต่างๆ เช่น รณรงค์ ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย เมาไม่ขับ วินัยจราจร ฯลฯ 2) การดำเนินงานมาตรการด่านชุมชน สนับสนุนสื่อเพื่อดำเนินการตามมาตรการองค์กรครบทุก สถานบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ได้แก่ แผ่นพับหลัก 3 ต. เพื่อปกป้องลูกหลาน แผ่นพับตั้งด่านชุมชนสกัดกลุ่มเสี่ยงเลี่ยงอุบัติเหตุ จุลสารจับตาโรคและภัยสุขภาพ “อุบัติเหตุป้องกันได้” ด่านชุมชนลดอุบัติเหตุใช้หลัก 3 ต. (เตรียม ตั้ง ติดตาม) ดำเนินการจัดตั้งจุดตรวจ จุดสกัดและด่านชุมชน 1 หมู่บ้าน หรือ 1 ชุมชน ต่อ 1 ด่าน จำนวน 2699 ด่าน องค์กรความปลอดภัยทางถนน ในหน่วยงานสาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง รถพยาบาล: กำหนดนโยบาย / มาตรการองค์กร ให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง และสนับสนุนสื่อเพื่อดำเนินการตามมาตรการองค์กรครบทุกสถานบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง พนักงานขับรถผ่านการอบรมจำนวน 250 คน ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ/เอกชน ติดสติ๊กเกอร์จำกัดความเร็ว (90 กม./ชม.) , ตรวจมาตรฐานรถและอุปกรณ์ความปลอดภัย ตามมาตรฐานการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการทำประกันภัยอุบัติเหตุรถยนต์ราชการส่วนราชการทุกหน่วย:สติ๊กเกอร์จำกัดความเร็ว (90 กม./ชม.) ตามมาตรการองค์กรความปลอดภัย เน้นให้บุคลากรทุกคนต้องปฏิบัติตามกฎจราจร กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและเป็นแบบอย่างที่ดี

2.4. ผลการใช้ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรลดลงร้อยละ 18.49 อัตราตายลดลงจาก 36.41 ต่อแสนประชากร เป็น 26.32 ต่อแสนประชากร

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดอุบลราชธานี ในครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflect) [6] แบ่งออกเป็น 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) คืนข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้เกิดรูปแบบในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน ประกอบด้วย 1) แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน 2) การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอสถิติการบาดเจ็บจราจรทางถนนและเสียชีวิต 3) การวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติตามกฎจราจร 4) การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วมเป็นทีมกู้ชีพและการตั้งด่านชุมชน 5) การจัดระเบียบการขนส่งทางบก 6) การปรับปรุง ภูมิทัศน์ จุดเสี่ยง การปรับปรุงถนนที่ชำรุด ตรวจสอบสิ่งอันตราย 7) ตรวจสอบประวัติการทำประกัน 8) ผลิตข่าวประชาสัมพันธ์ 9) สนับสนุนรถกู้ชีพพร้อมอุปกรณ์ ให้หน่วยกู้ชีพ และ 10) การร่วมเป็นหน่วยกู้ชีพ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนั้นต้องใช้ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายที่

เกี่ยวข้องเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานแก้ไขป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร โดยการประชุมวางแผนเครือข่ายมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ทักษะ ความรู้ การประชาสัมพันธ์ บูรณาการแผนปฏิบัติการ กิจกรรมงบประมาณร่วมกัน เครือข่ายร่วมกัน[8] วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุการเสียชีวิต ร่วมกันหาวิธีแก้ไขจุดเสี่ยงที่สำรวจไว้ และดำเนินการแก้ไขโดยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังควรให้ความสำคัญกับการสร้างจิตสำนึกให้ มีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนสร้างถนนที่ปลอดภัยรวมถึงสิ่งแวดล้อมบริเวณข้างทาง การระดมทรัพยากรในพื้นที่ กำหนดเรื่องนโยบายความปลอดภัยของชุมชน โดยใช้ข้อมูลสถิติอุบัติเหตุในพื้นที่ จะส่งผลให้การพัฒนาขยายไปได้อย่างต่อเนื่องช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุจราจรได้ [4,9] โดยมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดคำจำกัดความของรายละเอียดข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อความไม่ซ้ำซ้อนและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อหาแนวทางมาตรการในการจัดการกับปัญหาได้ตรงจุด และมีเจ้าภาพชัดเจน ในการแก้ไขปัญหา พัฒนาโปรแกรมข้อมูลและระบบรายงานให้ง่ายต่อการลงบันทึกและไม่ซ้ำซ้อน การรณรงค์สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องอุบัติเหตุทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ร่วมกิจกรรมความปลอดภัยทางถนนในสถานประกอบการ / สถานศึกษาเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยการทำงานในสถานประกอบการ มีการนำเรื่องความปลอดภัยทางถนน มากำหนดแนวทางดำเนินงาน ตั้งแต่ บ่งชี้ความเสี่ยงทบทวน/กำหนดแผนงาน ดำเนินการและติดตามผล การถอดบทเรียน การเผยแพร่บทความผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมผ่านสื่อต่างๆ เป็นการสร้างกระแสและความตระหนักการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ยอมรับมาตรการด้านกฎหมายและวิศวกรรมจราจร การประชาสัมพันธ์วงกว้างจะช่วยให้ประชาชนมีความตื่นตัว และสนับสนุนการบังคับใช้กฎหมาย จะช่วยเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากมองเห็นปัญหา และอันตรายจากอุบัติเหตุ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) จากกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรลดลงร้อยละ 18.49 อัตราตายลดลงจาก 36.41 ต่อแสนประชากร เป็น 26.32 ต่อแสนประชากร [10,11]

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาที่มีรูปแบบการพัฒนา ป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในระดับจังหวัด ควรมีการขยายผลการทำงานถึงระดับอำเภอ โดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่

2. การทำงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคมและชุมชนในมิติต่างๆ ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันด้านพื้นที่ การนำกระบวนการมีส่วนร่วม การจัดการความรู้ หรือกลยุทธ์ เทคนิคต่าง ๆ มาเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนางานให้บรรลุเป้าหมาย ค้นหาปัจจัยความสำเร็จและองค์ความรู้ใหม่ ด้วยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย/ชุมชน นวัตกรรมที่ได้ทำให้บุคลากรในเครือข่ายได้มีโอกาสพัฒนา ประชาชนได้รับประโยชน์เกิดการเรียนรู้ มีความตระหนักและปฏิบัติต่อเนื่องยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดอุบลราชธานี ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี ผู้อำนวยการสำนักงานขนส่งจังหวัดอุบลราชธานี ผู้อำนวยการสำนักงานแขวงทางหลวงอุบลราชธานี ผู้อำนวยการแขวงทางหลวงชนบทอุบลราชธานี บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถสาขาอุบลราชธานี ประชาสัมพันธ์จังหวัดอุบลราชธานี นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งเป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **ผลกระทบเรื่องอุบัติเหตุต่อเยาวชน**. https://www.thaihealth.or.th/Content/22163-ผลกระทบเรื่องอุบัติเหตุต่อเยาวชน.

2. มูลนิธิไทยโรดส์. **รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยปี 2559-2560.** กรุงเทพมหานคร

3. ณัฐกานต์ ไวยเนตร. **แนวทางการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (RoadTraffic Injury Investigation).** นนทบุรี: กลุ่มงานระบาดวิทยา โรคไม่ติดต่อ สำนักระบาดวิทยา, 2559.

3. ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. **รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ.2560.**พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2560.

4. พิชัย ธานีรณานนท์. **ถนนปลอดภัยด้วยหลักวิศวกรรม (Engineering Safer Roads).**สงขลา: บริษัทลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด, 2549

5. สรุปผลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี **เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2560**

6. Kemmis,S.and R.Mc. Taggart.**The Action Research** Planner Victoria: Deakin University Press.1988.

7. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น.** พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. 2553

8. Cohen , J.M. and Uphoff , N.T. **Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementationand Evaluation.** Rural Development Committee Center for InternationalStudies, Cornell University , 1981.

9. ชัชนภ กิตติ์นิธิ. **การแก้ไขปัญหาการจราจรในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่ปริมณฑล,** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, 2557.

10. พลกฤต แสงอาวุธ. **การประเมินผลนโยบายการป้องกันอุบัติเหตุจราจร ในเขตภาคใต้,** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สาขาวิชานโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2552

11. วชิระ กาญจนวิภาดา. **ผลของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรช่วงเทศกาลปีใหม่และเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2558 - 2559 จังหวัดลำพูน**, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2559.

การเจริญสติสำหรับการจัดการความโกรธ เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช

Mindfulness-base for anger management to prevent aggressive in Psychiatric patient

ดวงใจ พลงาม[1],ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์[2]

Doungjai Polngam, Chanokruthai Chenarom

(Received: March 11 ,2019 ; Accepted: April 23 ,2019)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงออกของความโกรธ ที่เป็นปัญหาทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อการดูแลตนเองและบุคคลรอบข้าง เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะโกรธ จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางสมองและระบบประสาท นำไปสู่การการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หากความโกรธคงอยู่นานก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ความโกรธจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมเรื่องพยาธิสภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่เชื่อมโยงความโกรธและความก้าวร้าว จากมุมมองของสมองและประสาทวิทยาทางจิต เพื่อเชื่อมโยงไปสู่เหตุผลในการนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อจัดการความโกรธมาประยุกต์ใช้และการนำไปใช้ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คำสำคัญ:การจัดการความโกรธ, พฤติกรรมก้าวร้าว, การเจริญสติ

Abstract

Aggressive behavior in psychiatric patients is a form of expression of anger. It is a mental health problem that affects self-care and the person around. When a person is in anger Reactions to the brain and nervous system. It leads to both physical and mental changes. If the anger persists, it will affect mental health and aggressive behavior. Anger is a major health problem. This article aims to present a literature review on the pathophysiology of psychiatric patients who associate anger and aggression. From a mental and neurological perspective. This is linked to the reason for the use of the application of the mindfulness-based for anger management program and its application in mental health and psychiatric nursing.

Keywords: anger management, aggressive behavior, mindfulness

[1]นักศึกษาหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ความโกรธเป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนา อารมณ์โกรธเป็นที่เกิดขึ้นภายในที่บุคคลจะแสดงออกมาให้ผู้อื่นเห็นเป็นพฤติกรรมต่างๆ ตั้งแต่ อาการหงุดหงิดเล็กน้อยไปจนถึงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ในทางจิตวิทยานั้น ความโกรธมีประโยชน์ในแง่ของการสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งที่บุคคลไม่ยอมรับหรือไม่เห็นชอบด้วย การแสดงอารมณ์โกรธในระดับที่เหมาะสมเป็นสัญญาณสื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งปรับพฤติกรรมเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น และป้องกันการเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างกัน อย่างไรก็ตาม หากบุคคลเก็บสะสมความโกรธไว้ในใจมากเกินไปก็อาจกลายเป็นคนมักโกรธและมองโลกในแง่ลบ เมื่อมีสิ่งกระตุ้นความไม่พอใจเพียงเล็กน้อยก็ถูกความโกรธครอบงำและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวได้โดยง่าย

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงออกของความโกรธที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาลจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เป็นอาการสำคัญที่ผู้ดูแลนำผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 81.8 และจากการศึกษาความถี่การเกิดความก้าวร้าว ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต พบว่าร้อยละ 23 ของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะแสดงความก้าวร้าวขณะอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากมีความผิดปกติในการรับรู้ ความคิดที่ต้องการเอาชนะ จะมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ลดลง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่ตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกถึงการต่อต้าน ทั้งด้านคำพูดหรือท่าทางที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยเองและสิ่งรอบข้างถือว่าเป็นประเด็นปัญหาสำคัญในสถานพยาบาล หากไม่ได้รับการแก้ไขยังเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านความรุนแรงต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญที่เกิดความโกรธเกิดจากอารมณ์ที่ต้องการทำลายสิ่งที่ไม่พอใจหรือขัดกับความต้องการของตนเอง ลักษณะอารมณ์ที่ยากต่อการควบคุมมีความไวต่อการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างเป็นอัตโนมัติกับเหตุการณ์ที่เข้ามากระตุ้นและความคิดที่ขาดการตระหนักถึงผลเสียที่จะตามมาความคิดที่ต้องการทำลาย ขาดการยับยั้งชั่งใจ ตัดสินเหตุการณ์หรือการกระทำของอีกฝ่าย รู้สึกเป็นศัตรูต้องการทำลายเพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นทันทีเช่นการทำร้ายร่างกาย การทำลายสิ่งของ เป็นต้น

ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและแสดงความโกรธที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่นักวิชาการและบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตัวกระตุ้นความเครียดในผู้ป่วยจิตเวชมีมากมาย ทั้งการมาเข้ารับการรักษาโดยไม่สมัครใจ การปรับตัวเข้ากับความเป็นอยู่ในโรงพยาบาล รูปแบบการบำบัดรักษาและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชอื่น เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังผู้ป่วยจึงรู้สึกถูกคุกคาม ผนวกกับ เจ็บป่วยทางจิตที่ทำให้การมีสติรู้ตัวรวมทั้งความสามารถในการกลั่นกรองและยับยั้งอารมณ์โกรธลดลง ทำให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตามอารมณ์ได้โดยง่าย

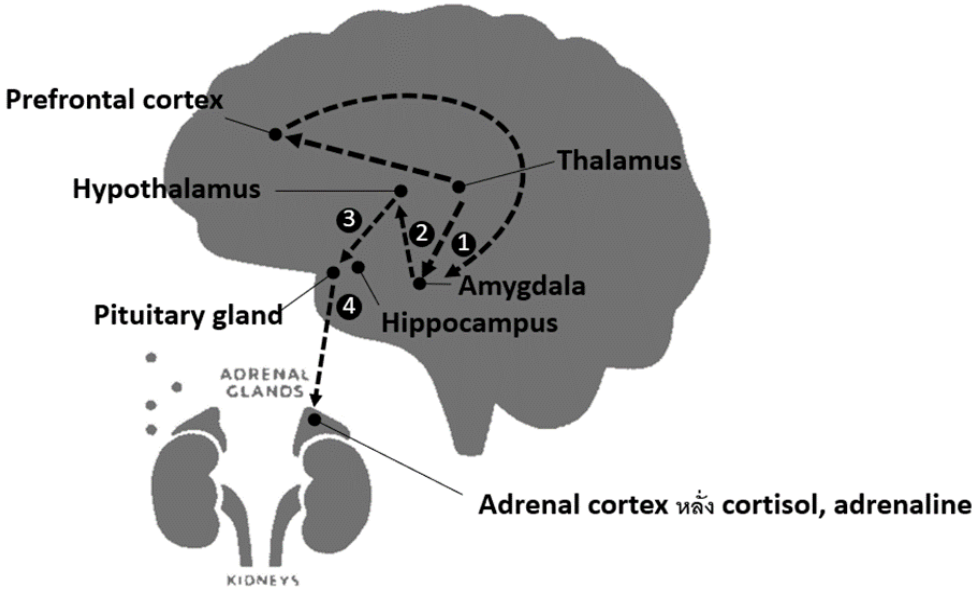
บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่อธิบายความโกรธและความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวชจากมุมมองของสมองและประสาทวิทยาทางจิตเพื่อเชื่อมโยงไปสู่เหตุผลในการนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติเพื่อจัดการความโกรธมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นสามส่วน ในส่วนแรก ผู้เขียนนำเสนอเกี่ยวกับธรรมชาติของความโกรธ และลักษณะของความโกรธและความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนที่สองเป็นการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสมองและประสาทวิทยาทางจิตที่อธิบายอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าวที่เชื่อมโยงไปถึงความรู้สึกแปลกแยกและไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยจิตเวช แล้วจึงนำเข้าสู่เนื้อหาในส่วนสุดท้ายในเรื่องแนวคิดการบำบัดการรู้คิดโดยการเจริญสติเป็นฐานสำหรับการจัดการความโกรธและป้องกัน การเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วย

จิตเวช แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ความโกรธและการจัดการความโกรธ

จากคำกล่าวที่ว่า “โกรธคือโง่ โมโหคือบ้า” นั้น ถึงแม้จะมีส่วนจริงอยู่มาก เพราะความโกรธที่บังตาอาจทำให้บุคคลขาดความยั้งคิด นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวและหุนหันพลันแล่นจนทำร้ายเป้าหมายของความโกรธได้ ซึ่งหากมองในมุมนี้ นอกจากความโกรธจะไม่มีประโยชน์แล้ว ยังทำให้เกิดโทษโดยเฉพาะก่อปัญหาสัมพันธภาพทางสังคมอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ในทางจิตวิทยานั้น ความโกรธมีประโยชน์อย่างมาก เพราะเป็นสัญชาตญาณที่บอกบุคคลให้ปกป้องตนเองเพื่อการอยู่รอดปลอดภัย และบอกอีกฝ่ายให้รู้ว่าควรหยุดหรือปรับเปลี่ยนการกระทำหากต้องการรักษาสัมพันธภาพไว้ กล่าวคือ เมื่อเผชิญสิ่งที่มีนัยยะของการคุกคาม สัญญาณเตือนภัยในใจจะเรียกร้องให้บุคคลทำอะไรบางอย่างเพื่อจัดการสถานการณ์ตรงหน้าให้กลับมาสู่ความปลอดภัยอีกครั้งหนึ่ง บุคคลจะใช้อารมณ์และความคิดประเมินรูปแบบการตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ความกลัวนำไปสู่การหา “ทางหนี” และ ความโกรธก็จะนำไปสู่การหา “ทีไล่” นั่นเอง

ในมุมมองของสมองและประสาทวิทยานั้น ความโกรธเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของระบบลิมบิก (Limbic system) ที่เป็นสมองส่วนที่ผลิตอารมณ์[1] เริ่มจากเมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์อันตราย ข้อมูลที่ได้จากประสาทสัมผัสทั้งห้าจะส่งผ่านมายังทาลามัส (Thalamus) ซึ่งทำหน้าที่รวบรวมและผสมผสานข้อมูลให้เป็นเรื่องเดียวกันก่อนจะส่งต่อไปยังส่วนอื่นๆของสมอง โดยจะส่งไปยังสองทางด้วยกัน คือ ทางหนึ่งนั้น ข้อมูลจะถูกส่งไปยังสมองส่วนคิด ที่ตั้งอยู่ส่วนบนด้านหน้า (Prefrontal cortex) ซึ่งเป็นเป็นการพิจารณารายละเอียดของข้อมูล ส่วนอีกทางหนึ่ง ข้อมูลจะถูกส่งไปที่ระบบลิมบิก เพื่อพิจารณาคร่าวๆถึง ความปลอดภัยของข้อมูล ระบบลิมบิกนี้ประกอบไปด้วยโครงสร้างสำคัญ คือ อะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งทำหน้าที่เป็นเหมือนสัญญาณเตือนภัยของสมอง และฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความทรงจำระยะสั้น ซึ่งทั้งสองโครงสร้างนี้ทำงานประสานกันอย่างใกล้ชิด เมื่อข้อมูลถูกส่งมาที่อะมิกดาลาแล้ว อะมิกดาลาจะปรึกษาไปที่ฮิปโปแคมปัส ให้ช่วยดึงความทรงจำคร่าวๆ เกี่ยวกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าสิ่งนั้นปลอดภัยหรือเป็นอันตรายเพียงใด หากพบว่าเป็นอันตรายมาก อะมิกดาลาก็จะส่งสัญญาณไปกระตุ้นไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) เมื่อได้รับสัญญาณกระตุ้นว่ามีอันตราย ไฮโปทาลามัสซึ่งเป็นศูนย์กลางพลังงานของร่างกาย ก็จะไปเริ่มต้นกระบวนการสลายพลังงานเพื่อตระเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการสู้หรือหนี โดยจะไปกระตุ้นต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ที่ควบคุมการหลั่งฮอร์โมนให้ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตอีกทอดหนึ่ง ซึ่งรวมกันเรียกว่า แกนไฮโปทามามิค-พิทูอิทารี่-อะดรีนอล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis; HPA axis) ผลสุดท้ายของการกระตุ้นระบบแกนประสาทนี้คือการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอะดรีนาลินออกมา ซึ่ง (Adrenaline) ซึ่งคอร์ติซอลจะทำให้เครียด ตื่นตัว และอะดรีนาลินจะทำให้เกิดความหงุดหงิดและร้อนรนได้



ภาพที่ 1 แสดงวงจรสมองที่ถูกกระตุ้นให้ทำงานเมื่อบุคคลมีความโกรธ

จากคำอธิบายข้างต้น จะเห็นได้อารมณ์โกรธทำหน้าที่เปรียบเสมือนเข็มทิศของจิตใจเพื่อนำทางพฤติกรรมว่าควรจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าแบบใด หากปราศจากอารมณ์แล้ว จิตใจจะขาดเข็มทิศนำทางในเบื้องต้นว่าจะไปเหนือหรือใต้ อย่างไรก็ตาม อารมณ์โกรธที่ไปเหนี่ยวนำร่างกายให้เกิดพลังงานพร้อมที่จะสู้นั้น เปรียบเสมือนเครื่องจักรที่มีจุดหมายแน่ชัด และกำลังเร่งเครื่องเต็มสูบเพื่อที่จะพุ่งชนจุดหมายนั้น ร่างกายที่มีอารมณ์โกรธนำทางจึงต้องมีเบรกที่ดีด้วย ซึ่งก็คือสมองส่วนบนด้านหน้า (Prefrontal cortex) ที่เป็นสมองส่วนคิดซึ่งได้รับข้อมูลจากทาลามัสด้วยเช่นกัน สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์แยกแยะอย่างมีตรรกะ โดยดึงความทรงจำระยะยาวมาประกอบด้วย เกิดเป็นความคิดละเอียดรอบคอบ แต่เพราะข้อมูลที่มาตามเส้นทางนี้เดินทางได้ช้ากว่าเส้นทางที่ไปอะมิกดาลา คนเราจึงมีอารมณ์โกรธต่อสิ่งเร้าก่อนที่จะคิดได้ว่าสิ่งนั้นคุกคามหรือเป็นอันตรายจริงหรือเปล่า หากในที่สุดแล้ว บุคคลสามารถใช้ความคิดจากสมองส่วนหน้าตรึกตรองและส่งสัญญาณไปยับยั้งอะมิกดาลา เพื่อปรับแต่งปฏิกิริยาตอบสนองจากอารมณ์ให้พอเหมาะพอดี ก็จะมีพฤติกรรมการแสดงออกถึงความไม่พอใจที่เหมาะสม แต่หากผู้ใดมีอะมิกดาลาที่ไวต่อข้อมูลด้านลบเกินไป จนมีผลให้สมองส่วนคิดทำงานไม่ได้ ผลที่เกิดขึ้นก็คือบุคลิกภาพที่มักโกรธ และการมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ไม่สมเหตุผล

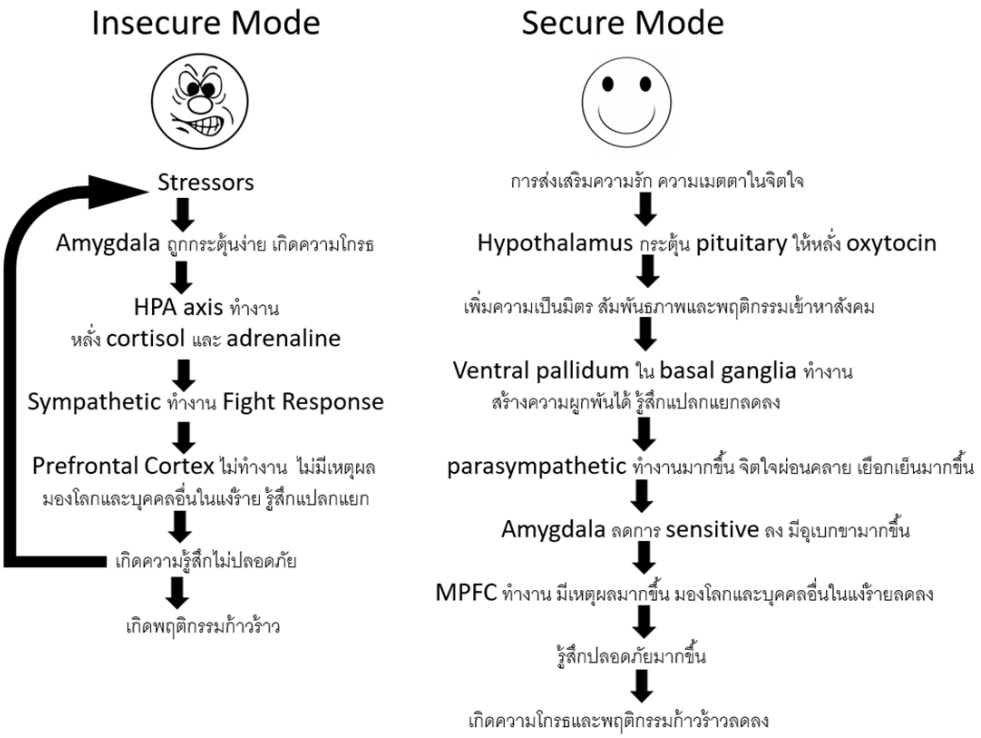
ความโกรธและความก้าวร้าวเชื่อมโยงกับความรู้สึกไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยจิตเวช

ในชีวิตประจำวันที่คนเราตื่นรู้ตัวในภาวะปกติทั่วไป การทำงานของสมองจะดำเนินการด้วยวงจรสมองที่ตั้งค่าไว้ล่วงหน้าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว (Default network)[2] เพื่อเฝ้าสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัว ว่าสิ่งเร้าใดเป็นรางวัลสมควรได้รับความสนใจเพื่อไขว่คว้ามาครอบครอง และสิ่งเร้าใดเป็นสิ่งคุกคามที่ยิ่งจะต้องให้ความสนใจมากกว่าเพื่อหลีกหนีให้พ้นจากอันตราย เนื่องจากโดยปกติแล้วสมองมีลักษณะที่เรียกว่า อคติที่โน้มเอียงเข้าไปหาสิ่งที่เป็นแง่ลบ (Negativity bias) นั่นคือ สมองให้ความสำคัญกับข้อมูลในแง่ลบมากกว่าข้อมูลแง่บวก เหตุการณ์แง่ลบจึงมีอิทธิพลต่อจิตใจมากกว่าเหตุการณ์แง่บวก เมื่อมีเหตุการณ์ใดที่สมองจัดให้อยู่ในแง่ลบแล้ว ฮิปโปแคมปัสจะเก็บข้อมูลไว้นั้นอย่างเหนียวแน่นเพื่อเป็นบทเรียนในอนาคต ถึงแม้เหตุการณ์จะผ่านไปแล้วก็ยังทิ้งร่องรอยฝังแน่นให้บุคคลหวาดระแวง การเฝ้าระวังว่าสิ่งเร้าใดมีแนวโน้มที่จะเป็นสิ่งคุกคามจึงเป็นภารกิจหลักลำดับต้นๆของสมอง แต่การระแวดระวังที่มากเกินไปก็นำไปสู่ปัญหาได้ เพราะฮิปโปแคมปัสที่เก็บสะสมแต่

เหตุการณ์ในแง่ลบจะส่งผลต่ออะมิกดาลาให้ตัดสินสิ่งเร้าในแง่ลบเกินจริงอยู่เสมอ บุคคลจึงมีพื้นอารมณ์ (Feeling tone) ที่เป็นคนมักโกรธ และมีบุคลิกขี้หงุดหงิดฉุนเฉียว เรียกได้ว่ามี Default network ที่เอนเอียงไปในทางที่ไวต่อการถูกคุกคามอยู่ก่อนแล้ว

ในส่วนของผู้ป่วยจิตเวชนั้น การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองและการหลั่งสารสื่อประสาท ทำให้ความสามารถในการรับรู้และกระบวนการคิดของผู้ป่วยเสียหาย แสดงออกด้วยอาการสับสน หลงผิด และทนต่อความคับข้องใจได้น้อย จึงขาดความสามารถในการตรวจสอบและยับยั้งอารมณ์ คาดเดาถึงผลของการทำตามอารมณ์ไม่ได้ และไม่สามารถสื่อสารและแสดงออกอย่างเหมาะสมตามครรลองของสังคม อารมณ์โกรธซึ่งเป็นพลังส่งตรงจากสมองส่วนสัญชาตญาณดิบจึงแสดงออกมาอย่างเต็มที่ อะมิกดาลาที่ถูกกระตุ้นส่งสัญญาณไปยังระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และระบบฮอร์โมนให้ร่างกายเตรียมพร้อมการต่อสู้ ซึ่งหากเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ฮอร์โมนความเครียดจะย้อนกลับไปมีผลกดการทำงานของฮิปโปแคมปัส ทำให้ความจำชัดแจ้งแย่ลง บุคคลจึงใช้ความทรงจำแฝงด้านอารมณ์ในอะมิกดาลาเป็นตัวนำในการประเมินเจตนาผู้อื่นและตัดสินสิ่งคุกคาม พูดอีกอย่างหนึ่งได้ว่า บุคคลจะรู้สึกโกรธและหงุดหงิดโดยทั้งที่ไม่รู้สาเหตุแน่ชัด สถานการณ์นี้ นำไปสู่การทะเลาะวิวาทกับบุคคลรอบข้าง รู้สึกแปลกแยกจากคนอื่น และหลีกเลี่ยงสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นแย่ลง ซึ่งก็จะย้อนกลับไปตอกย้ำให้อะมิกดาลายิ่งถูกกระตุ้นมากยิ่งขึ้น กลายเป็นวงจรอันเลวร้ายอันเป็นที่มาของพฤติกรรมก้าวร้าวนั่นเอง

จะเห็นได้ว่า บุคคลที่โต้ตอบกับสิ่งกระตุ้นด้วยความหงุดหงิดโกรธเกรี้ยวอยู่เสมอก็เพราะจิตใจดิ้นรนไขว่คว้าแต่ความสุข ความพึงพอใจและความปลอดภัยแต่เพียงอย่างเดียว โดยปฏิเสธที่จะเผชิญกับความไม่พึงพอใจโดยสิ้นเชิง แต่ธรรมชาติของชีวิตมนุษย์นั้นเกิดมาพร้อมความทุกข์และสุขเป็นสัจธรรม ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือกำหนดกฎเกณฑ์ได้ จิตใจที่ยึดติดกับความไม่ทุกข์จึงตกอยู่ในความระแวงระวังไม่ปลอดภัย (Insecure mode) จิตใจขัดส่ายขาดความสงบสุข แสดงออกด้วยความโกรธเกรี้ยวก้าวร้าว และเห็นผู้อื่นเป็นศัตรู หนทางที่จะทำให้จิตใจอยู่ในสภาวะของความสงบสุขปลอดภัยมากขึ้น ก็คือการเจริญสติ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความระลึกรู้ตัวถึงสภาวะจิตของตนที่เปลี่ยนแปลงไม่อยู่นิ่ง การทำสมาธิจะช่วยให้จิตใจตั้งมั่น สามารถวางเฉย รับรู้ประสบการณ์ทางจิตที่ผ่านเข้ามาโดยไม่ด่วนตอบสนองโดยอัตโนมัติ เปรียบเสมือนว่าจิตใจได้ขยายขอบเขตให้ทั้งสุขและทุกข์ได้ผ่านเข้ามาในการรับรู้โดยไม่ผลักไส กิจกรรมทางใจนี้ ลดความร้อนแรงในสมองส่วนอารมณ์ลง ทำให้ประสานงานกับสมองส่วนรู้คิดได้อย่างสมดุลขึ้น บุคคลจึงแยกแยะเจตนาของบุคคลอื่นและสามารถเชื่อมต่อกับผู้อื่นด้วยความรักความเมตตา ระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic จึงถูกกระตุ้น สารสื่อประสาทที่ทำให้จิตใจเยือกเย็นและส่งเสริมการเข้าสังคมอย่าง Serotonin และ Oxytocin หลั่งออกมา ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยและเป็นมิตรมากขึ้น



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบของจิตใจแบบแปลกแยกไม่ปลอดภัยกับแบบเป็นมิตรปลอดภัย

แนวคิดการเจริญสติในการจัดการความโกรธในผู้ป่วยจิตเวช

นักวิชาการทางประสาทจิตวิทยา (Neuropsychology) ได้กล่าวเอาไว้ว่า สมองคือพื้นฐานของจิตใจ เป็นสิ่งที่ใจปฏิบัติออกมา ซึ่งเป็นคำอธิบายอย่างสั้นว่าจิตใจและสมองเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกันโดยตรง การทำหน้าที่ของสมองส่งผลต่อจิตใจของเราเช่นไร สภาวะของจิตใจก็ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองเช่นนั้น นั่นคือหากเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทางจิต สมองก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วยไม่ว่าจะในทางดีหรือร้าย ความยืดหยุ่นของสมอง หรือที่เรียกว่า Neuroplasticity นี้ ถือเป็นความสามารถที่ดีที่สุดของมนุษย์ เป็นข่าวดีที่บอกว่าเราสามารถจัดรูปร่าง การเชื่อมโยง และการทำหน้าที่ของสมองเองได้ ด้วยการหมั่นฝึกพัฒนาจิตวิญญาณ ซึ่งสมมติฐานนี้ถูกสนับสนุนจากผลการวิจัยที่พบว่าสมองของทั้งอาสาสมัครที่ฝึกสมาธิทุกวันเป็นระยะเวลาสามเดือน และสมองของนักบวชที่มีการฝึกฝนพัฒนาจิตอยู่เป็นประจำ มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่เห็นได้ชัดจากภาพสแกนสมอง fMRI[4] ที่ชี้ว่า ระบบลิมบิก โดยเฉพาะอะมิกดาถูกกระตุ้นลดลง และสมองส่วนหน้าของซิงกูเลต คอร์เท็กซ์ (Anterior cingulate cortex) ที่ทำหน้าที่กำกับติดตามแรงจูงใจ ก็มีการทำงานที่ลดลงในระยะแรกด้วย แสดงว่าบุคคลมีสภาวะจิตที่นิ่งขึ้น ลดความร้อนรนระแวงระวังลง อีกทั้งยังพบว่าสมองส่วน Insula ทำงานมากขึ้น บ่งชี้ว่าบุคคลตระหนักรู้ถึงอารมณ์และสภาวะภายในจิตใจของตนดีขึ้น เนื่องจากสมองส่วน Insula นี้ทำหน้าที่ส่งสัญญาณทางอารมณ์จากจิตใจและอวัยวะภายในของร่างกายไปให้สมองส่วนคิดและรู้ตัวได้รับรู้ นอกจากนี้ การฝึกสมาธิและเจริญสติ ยังสัมพันธ์กับการมีเนื้อสมองสีเทา (gray matter) ที่เพิ่มขึ้นในสมองส่วนหน้า แสดงถึงการสร้างเส้นทางการเชื่อมโยงของสมองส่วนรู้คิดที่เพิ่มมากขึ้นด้วย

ปัจจุบันมีการนำการเจริญสติมาผนวกเข้าในโปรแกรมการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นที่แพร่หลาย โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาโดยใช้สติเป็นฐาน

สำหรับการจัดการความโกรธ (Mindfulness-Based Cognitive behavior Therapy for Anger management; MBCT-A)[5,6,7] ก็เป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่ใช้การเจริญสติเป็นแนวคิดสำคัญในการบำบัด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในอารมณ์โกรธของตน มีความรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น สามารถหยุดยั้งพฤติกรรมก้าวร้าวของตนเองได้ และมีการแสดงออกของอารมณ์โกรธในทางที่เหมาะสมกว่าเดิม กิจกรรมการบำบัดจะเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงการรับรู้จากประสาทสัมผัสทางร่างกาย อารมณ์ และความคิดของตน โดยโครงสร้างการบำบัดประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นการฝึกสมาธิเพื่อให้บุคคลสามารถจดจ่ออยู่ในปัจจุบันได้ เมื่อผู้ป่วยเริ่มนิ่งขึ้น เนื้อหาการบำบัดส่วนที่สองจะเป็นการฝึกการเจริญสติให้เกิดการรู้ตัว สามารถระลึกรู้และเท่าทันอาการของจิตของตนที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ซึ่งผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง และในส่วนสุดท้ายจะเป็นการใช้ทักษะการรู้ตัวนั้น มาสำรวจต้นตอความโกรธของตนเองผ่านการพูดคุยสะท้อนคิด เพื่อปรับสมดุลของจิตใจ เสริมสร้างความรู้สึกปลอดภัยขึ้นมาเพื่อถ่วงดุลกับความรู้สึกไม่ปลอดภัยที่มีอยู่เดิม อันก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ในการบำบัดให้ครบทั้งโปรแกรมนี้ ผู้ป่วยจะมาพบกับพยาบาลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 1 เดือน รวมเป็นการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้งโดยมีกิจกรรมที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติที่หลากหลาย พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามความเหมาะสมของวัย และอาการของผู้ป่วย เช่น การสำรวจร่างกาย (Body scan) การผ่อนคลายร่างกายอย่างเป็นระบบ (Progressive relaxation) การนั่งสมาธิ (Sitting meditation) การแผ่เมตตาให้กับตนเองและสรรพสิ่งทั้งปวง (Self-compassion and compassion to others) และการสำรวจความคิดความรู้สึกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกของความโกรธ (Cognitive restructuring and behavioral Modification) เป็นต้น

ในด้านประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบที่เกี่ยวข้องกับผลการใช้โปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy ในการลดความโกรธและความก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเวช 12 การศึกษา Pellegrino และ Milani[8] พบว่า การมีสติที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเมตตาตัวเอง (Self-Compassion) การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ (changes in spirituality) สุขภาพจิต คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ทั้งนี้ยังพบว่า การจัดการอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเชื่อมโยง และการยอมรับโดยไม่ตัดสิน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ทั้งนี้การฝึกการทำสมาธิในรูปแบบต่างๆจะช่วยเพิ่มการรับรู้สิ่งที่ประสบในแต่ละวันซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่ช่วยให้มีสติดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงของการมีสติและการคิดใคร่ครวญตรึกตรอง ทำให้การรับรู้อารมณ์และตระหนักถึงผลที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งมีตัวกลางคือการเปลี่ยนแปลงในการควบคุมตัวเอง (Change in Self-Regulation)[9,10] และมีความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น (Flexible)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาให้ข้อเสนอแนะว่า ควรกระตุ้นให้มีการฝึกการเจริญสติอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 4-6 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้การมีสติรู้ตัวมีความต่อเนื่องและยั่งยืน สามารถใช้เท่าทันอารมณ์ตน ตรวจสอบความคิด เพื่อยับยั้งหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งก็สามารถทำได้ เมื่อผู้ป่วยกลับมาติดตามการรักษาตามนัดหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว เพราะเมื่อผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชนจะพบสิ่งกระตุ้นอารมณ์ที่ชัดเจนจากครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ถือเป็นโอกาสที่พยาบาลจะต้องตรวจสอบและทบทวนว่าผู้ป่วยสามารถนำทักษะการมีสติไปใช้ได้ดีเพียงใด

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อส่งเสริมความสามารถในการจัดการความโกรธ

ตามหลักการของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า ธรรมชาติของมนุษย์เป็นผู้ที่ต้องการความปลอดภัย สามารถที่จะไว้วางใจ (Trust) บุคคลอื่นได้ ปัญหาสุขภาพจิตจึงเกิดขึ้นจากหรือส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่

ปลอดภัยที่แฝงเร้นในจิตใจจนนำไปสู่การมองโลกแบบมีอคติและขาดความไว้วางใจ และแสดงออกมาด้วยอารมณ์โกรธและพฤติกรรมก้าวร้าว พยาบาลจิตเวชต้องเข้าใจที่มาของความโกรธ ว่าไม่ได้เป็นผลจากการขาดทักษะจัดการอารมณ์และควบคุมการแสดงออกเท่านั้น แต่สะท้อนถึงสภาวะของจิตใจส่วนลึกที่รู้สึกไม่ปลอดภัยและขาดความไว้วางใจ พยาบาลจึงใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยความจริงใจ บนพื้นฐานของความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ที่ผ่อนคลายขึ้น ความรู้สึกปลอดภัยมากขึ้นนำไปสู่ความนิ่งของจิตใจ และความกล้าหาญที่จะสำรวจต้นตอของความโกรธของตนไม่น่าแปลกใจเลยที่ส่วนใหญ่แล้วพยาบาลจะพบว่า การโกรธตนเองนั้นร้ายแรงที่สุด ซ่อนอยู่ลึกที่สุด และเป็นจุดเริ่มต้นสู่การโกรธผู้อื่นและความทุกข์ทั้งหลายของผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสำรวจสิ่งที่เขารับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคาม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะรับมือกับอารมณ์โกรธได้อย่างเหมาะสมได้ โดยมีแนวทาง ดังนี้

1. ควรปล่อยให้ผู้ป่วยแสดงความโกรธในสถานการณ์ที่ปลอดภัย เพราะการเก็บกดอารมณ์โกรธมีแต่จะทำให้สมองส่วนอารมณ์ตอบสนองอย่างรุนแรงขึ้น ดังนั้นพยาบาลต้องแน่ใจว่า ตนเองมีสภาวะอารมณ์ที่มั่นคง และหนักแน่นพอที่จะไม่ตอบโต้ในทางที่ไม่เหมาะสม และสามารถสะท้อนให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่า การแสดงความโกรธของเขาเป็นเรื่องที่พยาบาลนั้นรับได้ และจะไม่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2. ควรส่งเสริมการมีความรักความเมตตา โดยผ่านกิจกรรมการแผ่เมตตาภาวนา และการฝึกให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรู้สึกของการอยู่กับคนที่รัก แม้กระทั่งการมีโอกาสแสดงความอ่อนโยนต่อสัตว์เลี้ยง หรือการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อผู้ป่วยด้วยกัน ก็คือโอกาสในการเรียนรู้ถึงความอบอุ่นปลอดภัยในสัมพันธภาพทางสังคม การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่างๆช่วยสร้างความรู้สึกร่วม เปิดรับอารมณ์เป็นทุกข์ของคนอื่นและส่งความปรารถนาดีให้ ลดความรู้สึกแปลกแยกหรือเป็นปฏิปักษ์ได้

3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำทักษะการควบคุมความเครียดและการผ่อนคลายตนเองไปใช้อย่างสม่ำเสมอ เพราะความเครียดเป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริมและจุดเริ่มต้นของความโกรธและความก้าวร้าว การดูแลให้จิตใจผ่อนคลาย ด้วยกิจกรรมที่ได้รับการฝึกไปแล้วอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสำรวจและผ่อนคลายร่างกายอย่างเป็นระบบ การทำสมาธิ และการเรียกสติไตร่ตรองอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนอย่างสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญมาก

บทสรุป

ความโกรธเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ นักวิชาการด้านอารมณ์จัดให้เป็นอารมณ์ทางสังคม (social emotion) ที่มีรากฐานมาจากอารมณ์กลัวซึ่งเป็นอารมณ์ดั้งเดิม (primitive emotion) ที่ใช้ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามเป็นพลังที่เกิดจากสัญชาตญาณดิบที่มีเป้าหมายเพื่อการอยู่รอด เป็นสัญญาณที่เรียกร้องให้ปรับสมดุลบางอย่าง เพราะว่ามีนัยของภาวะคุกคามแฝงอยู่ หรือเป็นสัญญาณเตือนให้กายใจหาทางกลับไปสู่สภาพที่สมดุลอีกครั้ง สัญญาณดังกล่าวอาจจะมาเป็นเพียงความรู้สึกไม่ค่อยสบายใจหรืออาจจะมาถึงระดับตื่นตระหนก สัญญาณคุกคามนี้มี ให้เกิดความรู้สึกที่ไม่น่าพอใจ ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นรูปแบบหนึ่งของการแสดงออกของความโกรธ เป็นการแสดงความก้าวร้าวทางความคิด และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจมีระดับที่แตกต่างกันจากหงุดหงิดเพียงเล็กน้อยหรือรำคาญจนถึงโกรธอย่างรุนแรง ที่เรียกว่า พฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งความโกรธ (Anger) เป็นลักษณะที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่เกิดขึ้นได้เป็นปกติ แต่ความโกรธจะเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหา ก็ต่อเมื่อบุคคลตีความหมายบุคคลอื่นเบี่ยงเบน ส่งผลรุนแรงต่อสัมพันธภาพทางสังคมได้

การเจริญสติ เป็นกระบวนการที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความตระหนักรู้ ตั้งใจใส่ใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันความคิดและอารมณ์ มีความเข้าใจธรรมชาติของชีวิตตามความเป็นจริง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่ตนเองคาดหวัง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การบำบัดของ MBCT-A เชื่อว่าความทุกข์หรือ

ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น เกิดจากบุคคลที่มีความโกรธจะมีลักษณะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทันทีและมีความไวต่อการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองอย่างอัตโนมัติ (Automatic pilot) ไปตัดสินความคิดจากเหตุการณ์ที่มากระทบตามความเคยชิน การฝึกเจริญสติช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะ โดยเฉพาะผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะสังเกตความรู้สึกไม่พอใจของอารมณ์โดยไม่มีการตัดสิน และไม่มีการแสดงพฤติกรรมตอบสนองอย่างอัตโนมัติ การมีส่วนร่วมที่สำคัญในการเจริญสติ คือ เพื่อพัฒนาความตระหนักรู้และการยอมรับของความคิด ความรู้สึก และใช้ทักษะการเจริญสติเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหากับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Halter, M.J. **Vacarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing**: A Clinical Approach. Copy © 2014, 2010, 2006 by Saunder, as imprint of Elsevier Inc. Neuroplychiatr Assoc. 39: 1045-1053. 2014.

2. El-Badri, S.M., & Mellsop, G . Aggressive behavior in an acute general adult psychiatric unit**. Psychiatric Bulletin**,5, 166-168. 2006.

3. Gross, A.F., & Sanders, K.M. Aggression and violence. In T.S. Stern, J.F. Rosenbaum, M. Fava, J. Biederman, & S.L. Rauch (Eds.). **Massachuesetts General Hospital comprehensive clinical psychiatry**. (pp. 895-905). St. Louis, MO: Mosby. 2008.

4. Milani, A., Nikmanesh, Z., & Farnam, A. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Reducing Aggression of Individuals at the Juvenile Correction and Rehabilitation Center. **Jounal High Risk Behav Addict**. 2(3), 126-31. 2013.

5. Kelly, J.R. **Mindfulness-based and Cognitive-behavior Therapy for Anger management** : an Integrated Approach. [n.p.]: PCOM Psychology Dissertations Student Dissertations. 2007.

6. Kassinove, H., & Tafrate, R.F. **Anger related disorders: Basic issues, models, and diagnostic considerations**. In E.L. Feindler (Ed.). Anger-related disorders: and diagnostic: A practitioner's guide to comparative treatments. (pp. 1-27). New York: Springer. 2006.

7. Shapiro, S., Carlson, L., Austin, J., & Freedman, B. Mechanism of Mindfulness. **Journal of Clinical Psychology**, 62(3), 373-386. 2006.

8. Pellegrino, B. **Evaluating the Mindfulness-Based and Cognitive-Behavior Therapy for Anger Management Program**. Philadelphia: College of Osteopathic Medicine. 2012.

9. Wright, S. & Day, A. Mindfulness and the treatment of anger problems. **Aggression and Violent behavior**, 5, 396-401. 2009.

10. Fix, R.L., & Fix, S.T. The effects of mindfulness-based treatments for aggression : A critical review. **Aggression and Violent Behavior**, 18(2013), 219–227. 2013.

11. ริค แฮนสัน และริชาร์ด เมนดิอัส. **สมองแห่งพุทธะ.** (ณัชร สยามวาลา, ผู้แปล).พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ธรรมะ อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. 2558.

12. จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. บูรณาการของสมาธิและจิตบำบัด (Mindfulness and psychotherapy). **สวนปรุงสาร**, 20, 10-28. 2548.

13. Takahashi, A., Quadros, I.M., de Almeida, R.M., & Miczek, K. A. **Brain serotonin receptors and transporters: Initiation vs. termination of escalated aggression**. Psychopharmacology, 13(2-3), 183-212. 2011.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียยางก้อนถ้วย

The Factors Affecting Biogas Production from Cup Lump Rubber Wastewater

บูรณา นวพิพัฒน์พงศ์[1], พฤกษ์ ตัญตรัยรัตน์[2], ฤทธิรงค์ จังโกฏิ[3]

Burana Nawapipatpong, Puek Tantriratna, Rittirong Junggoth

(Received: March 7 ,2019 ; Accepted: April 30 ,2019)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วย และใช้เป็นข้อมูลในการนำน้ำเสียยางก้อนถ้วยมาใช้ประโยชน์ผลิตก๊าซชีวภาพ โดยสร้างชุดทดลองในการหมักน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยขวดทดลองขนาด 1,500 มิลลิลิตร ขวดเก็บก๊าซชีวภาพขนาด 600 มิลลิลิตร และบีกเกอร์วัดปริมาณก๊าซชีวภาพขนาด 250 มิลลิลิตร ซึ่งในการทดลองได้กำหนดปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพออกเป็น 3 ปัจจัย คือ ค่าพีเอช การเจือจาง และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์

จากผลการทดลอง พบว่า ค่าพีเอชที่เหมาะสมในน้ำเสียเท่ากับ 7 สามารถผลิตก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมได้สูงสุด 474.33 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาการทดลอง 17 วัน มีก๊าซมีเทนเป็นองค์ประกอบ ร้อยละ 26.9 ค่าความร้อนที่ทำได้ 9.15 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร และการไม่ เจือจางในน้ำเสียสามารถผลิตก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมได้สูงสุด 591.83 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาการทดลอง 16 วัน มีก๊าซมีเทนเป็นองค์ประกอบ ร้อยละ 41.7 ค่าความร้อนที่ทำได้ 14.18 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำเสียสามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้มากกว่าไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำเสีย โดยสามารถผลิตก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมได้ 344.67 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาการทดลอง 15 วัน มีก๊าซมีเทนเป็นองค์ประกอบ ร้อยละ 28.7 ค่าความร้อนที่ทำได้ 9.76 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณของก๊าซชีวภาพประกอบสุด คือ ปัจจัยจากค่าพีเอช และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์

คำสำคัญ : น้ำเสียยางก้อนถ้วย, ก๊าซชีวภาพ, ปัจจัย

Abstract

This research objective was to study the factors affecting biogas production from cup lump rubber wastewater and used this information to produce biogas from rubber waste cups. By creating an experiment for fermented wastewater from rubber cup with 1,500 ml bottle and 600 ml bottle for biogas pack and 250 ml beaker for measurement of biogas. In the experiment, the factors that could affect the biogas were 3 factors: pH value, dilution and microbial loading.

The experiment results showed that pH adjustment in wastewater of 7 could produce maximum biogas of 474.33 ml at 17 days. Methane content is 26.9% and heating value is 9.15 MJ/m^3 cubic meter. No dilution in wastewater can produce 951.83 ml of average biogas at 16 days. Methane content is 41.7% and heating value is 14.18 MJ/m^3 cubic meter. Wastewater will release more biogas when microbial are added. It can produce average biogas yield was 344.67 ml at 15 days. Methane content is 28.7% and heating value is 9.76 MJ/m^3 cubic meter. Factors affecting the amount of biogas is pH value and microbial loading. When assessment data from the experimental scale were used to analyze the use of rubber wastewater in the production of biogas.

Keyword : Cup Lump Rubber Wastewater, Biogas, factor

---

[1] นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] อาจารย์ สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

พลังงานเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากจำเป็นต้องใช้พลังงานในทุกขั้นตอนการดำเนินงานของอุตสาหกรรม คมนาคม เกษตรกรรม และอื่นๆ โดยในปัจจุบันการใช้พลังงานในประเทศไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง และมีปริมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 ตามการเติบโตทางเศรษฐกิจ รัฐบาลจึงได้มีนโยบายส่งเสริมให้มีการใช้พลังงานทดแทนภายในประเทศให้เพิ่มมากขึ้น [4] เพื่อช่วยลดปัญหาการขาดแคลนด้านพลังงานที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ได้ อีกทั้งถือเป็นทางเลือกที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

สำหรับประเทศไทยมีผลผลิตทางเกษตรกรรมหรือพืชทางเศรษฐกิจที่สำคัญอยู่หลายชนิด ไม่ว่าจะเป็นผลผลิตเกี่ยวกับข้าว มันสำปะหลังและยางพารา และเนื่องจากรัฐบาลได้สนับสนุนเกษตรกรให้ปลูกพืชทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นทั่วทั้งประเทศ ส่งผลให้มีปริมาณผลผลิตมากและราคาของพืชทางเศรษฐกิจมีราคาผันผวน [5] โดยเฉพาะยางพาราที่เป็นพืชทางเศรษฐกิจที่เกษตรกรนิยมปลูกเป็นจำนวนมาก และจากกระบวนการผลิตก็ยังส่งผลทำให้เกิดปัญหาน้ำเสียหรือของเสียมากด้วย เช่น ปัญหาน้ำเสียจากขั้นตอนการทำยางก้อนถ้วยที่มีการเติมสารเคมีเพื่อให้ยางจับตัวกันเป็นก้อนในถ้วยรับน้ำยาง ซึ่งภายในก้อนยางจะมีน้ำเซรุ่ม (Serum) ไหลออกมา เมื่อโรงรับซื้อนำยางก้อนถ้วยมาล้าง น้ำเซรุ่มก็จะไหลออกมารวมกับน้ำที่ใช้ล้างเกิดเป็นน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่มี ค่าความต้องการออกซิเจนทั้งหมดในการออกซิเดชันสารอินทรีย์ (Chemical Oxygen Demand ; COD) และค่าความต้องการออกซิเจนที่จุลินทรีย์ใช้ในการย่อยสลายสารอินทรีย์ (Biochemical Oxygen Demand ; BOD) สูงมากกว่า 30,000 มิลลิกรัมต่อลิตร (มก./ลิตร) ซึ่งหากไม่มีการจัดการที่ดีอาจก่อให้เกิดปัญหาน้ำเน่าเสีย โดยการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยสามารถบำบัดได้หลายวิธี ซึ่งการบำบัดทางชีวภาพแบบไม่ใช้อากาศ (Anaerobic Biological Treatment) ก็เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถบำบัดได้ และเหมาะสมกับน้ำเสียที่มีค่า COD และ BOD สูง โดยหากนำน้ำเสียยางก้อนถ้วยมาหมักแบบไม่ใช้อากาศนอกจากจะบำบัดน้ำเสียได้แล้วยังได้ก๊าซชีวภาพเป็นผลพลอยได้แทนที่จะปล่อยทิ้งไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

การผลิตก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียยางก้อนถ้วยภายใต้การหมักย่อยด้วยแบคทีเรียในสภาวะแบบไร้อากาศจึงเป็นทางเลือกทางหนึ่งที่คาดว่าเหมาะสม เนื่องจากน้ำเสียที่ถูกย่อยสลายจนแตกตัวจะเกิดเป็นก๊าซชีวภาพประกอบมีองค์ประกอบของก๊าซมีเทน และก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ โดยก๊าซมีเทนนำไปใช้ทดแทนพลังงานอื่นๆ ได้ เช่น พลังงานความร้อน สามารถทดแทนน้ำมันเตาในเตาปฏิกรณ์ หรือทดแทนการใช้ก๊าซหุงต้ม (Liquefied Petroleum Gas ; LPG) ในครัวเรือน และยังสามารถทดแทนพลังงานไฟฟ้าด้วยการใช้เป็นเชื้อเพลิงในเครื่องยนต์สำหรับผลิตไฟฟ้า [1] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าน้ำเสียยางก้อนถ้วยมีค่า COD และ BOD สูงมากกว่า 30,000 มก./ลิตร ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นที่แสดงได้ว่าน้ำเสียยางก้อนถ้วยสามารถนำมาผลิตก๊าซชีวภาพได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำน้ำเสียยางก้อนถ้วยจากโรงรับซื้อยางก้อนถ้วย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร มาศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผลิตก๊าซชีวภาพด้วยการหมักในสภาวะแบบไร้อากาศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการทดลองหาสภาพประกอบเหมาะสมที่สุดของการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อไป

วัตถุประสงค์

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วย เพื่อเป็นข้อมูลในการทดลองหาสภาพประกอบเหมาะสมที่สุดของการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อไป

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยสร้างชุดทดลองในการหมักน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยขวดทดลองขนาด 1,500 มิลลิลิตร ใช้สำหรับหมักน้ำเสียยางก้อนถ้วย ขวดพลาสติกขนาด 600 มิลลิลิตร ใช้สำหรับเก็บก๊าซชีวภาพ และบีกเกอร์ขนาด 250 มิลลิลิตร ใช้สำหรับวัดปริมาณก๊าซชีวภาพด้วยปริมาณน้ำที่ถูกเข้าไปแทนที่ในขวดที่ใช้เก็บก๊าซชีวภาพ ทั้งนี้น้ำเสียยางก้อนถ้วยที่นำมาใช้หมักในงานวิจัยเก็บมาจากโรงรับซื้อยางก้อน

ถ้วย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยเก็บตัวอย่างน้ำเสียแบบจ้วง (Grab Samples) เนื่องจากเหมาะกับแหล่งน้ำเสียที่ไม่ได้มีการไหลอย่างต่อเนื่อง (Discrete Discharge) มีการปล่อยน้ำเสียออกเป็นครั้งคราวจากกระบวนการผลิตที่ไม่ต่อเนื่องกัน หรือใช้ในกรณีที่น้ำเสียมีคุณลักษณะและคุณสมบัติไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก อ้างอิงวิธีการเก็บตัวอย่างน้ำ (Sampling Method) จากคู่มือการวิเคราะห์น้ำและน้ำเสียเบื้องต้นของกรมโรงงานอุตสาหกรรม โดยจะเก็บตัวอย่างน้ำเสียบริเวณจุดกึ่งกลางของความลึกบ่อรับน้ำเสีย และเมื่อจ้วงเก็บน้ำตัวอย่างขึ้นมาแล้วต้องใช้น้ำเสียกลั้ว (Rinse) ขวดเก็บตัวอย่างก่อนสัก 2-3 ครั้ง แล้วจึงบรรจุตัวอย่างน้ำใส่ในขวดเก็บตัวอย่าง 3 ใน 4 ของขวด ซึ่งความถี่ในการเก็บนั้นจะเก็บตัวอย่างทุกครั้งที่ทำการทดลอง

การทดลองได้กำหนดปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพออกเป็น 3 ปัจจัย คือ ค่าพีเอช การเจือจาง และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยที่ 1 การทดลองผลของค่าพีเอช จะทำการปรับค่าพีเอชในน้ำเสียยางก้อนถ้วยปริมาณ 1,000 มิลลิลิตร ให้มีค่าพีเอช 3 ถึง 8 ด้วยสารเคมีปรับค่าพีเอช จากนั้นนำน้ำเสียที่ปรับค่าพีเอชแล้วในแต่ละค่าไปหมักในขวดทดลองขนาด 1,500 มิลลิลิตร โดยในแต่ละค่าจะทำการทดลอง 3 ชุด ทั้งนี้การปรับพีเอชจะปรับค่าก่อนใส่ลงไปหมักในขวดทดลองเพียงครั้งเดียวเท่านั้น หลังจากนั้นสังเกตและเก็บข้อมูลการเกิดก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นทุกวันไปจนกว่าเริ่มจะไม่เกิดก๊าซชีวภาพ พร้อมทั้งนำก๊าซชีวภาพไปตรวจวัดหาองค์ประกอบของก๊าซชีวภาพด้วยเครื่องมือ Gas chromatography (GC) ซึ่งองค์ประกอบของก๊าซชีวภาพประกอบทำการวิเคราะห์ คือ ก๊าซมีเทน (CH_4) ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO_2) ก๊าซไนโตรเจน (N_2) และก๊าซไฮโดรเจน (H_2)

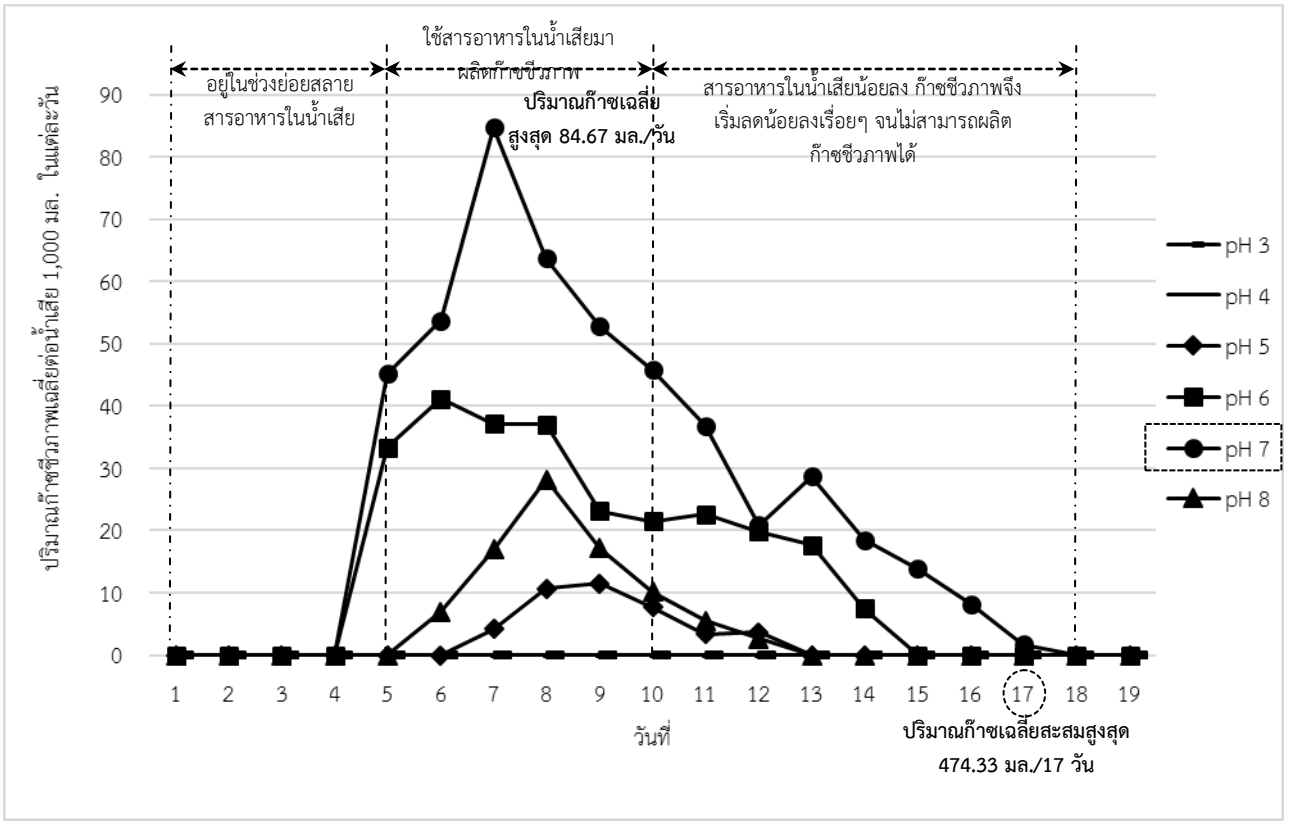
ปัจจัยที่ 2 การทดลองผลของการเจือจาง จะทำการเจือจางที่อัตราส่วนระหว่างน้ำเสียยางก้อนถ้วยกับน้ำ 4:1 3:1 2:1 1:1 และไม่เจือจาง และปรับค่าพีเอชในแต่ละอัตราส่วนให้เท่ากับ 7 (ตามผลที่ได้จากปัจจัยที่ 1) จากนั้นนำไปหมักในขวดทดลองขนาด 1,500 มิลลิลิตร โดยในแต่ละอัตราส่วนจะทำการทดลอง 3 ชุด หลังจากนั้นสังเกตและเก็บข้อมูลการเกิดก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นทุกวันไปจนกว่าเริ่มจะไม่เกิดก๊าซชีวภาพ พร้อมทั้งนำก๊าซชีวภาพไปตรวจวัดหาองค์ประกอบของก๊าซชีวภาพด้วยเครื่องมือ GC ซึ่งองค์ประกอบของก๊าซชีวภาพประกอบทำการวิเคราะห์ คือ ก๊าซ CH_4 ก๊าซ CO_2 ก๊าซ N_2 และก๊าซ H_2

ปัจจัยที่ 3 การทดลองผลของการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ จะทำการเตรียมหัวเชื้อจุลินทรีย์ชีวภาพทางการค้า ยี่ห้อ Bio100 (มีคุณสมบัติสามารถกำจัดไขมันลอยตัว ไขมันแขวนลอย และไขมันละลายน้ำ รวมถึงกำจัดกลิ่นเหม็น กลิ่นน้ำเน่า กลิ่นสิ่งปฏิกูล กลิ่นหืน และกลิ่นแก๊ส ที่จะตีย้อน นอกจากนี้สามารถบำบัดน้ำเสียและลดค่าความสกปรกของน้ำเสียทั้งในรูปของ BOD และ COD) ปริมาณ 1 กรัม ผสมกับน้ำปริมาณ 250 มิลลิลิตร นำหัวเชื้อจุลินทรีย์ Bio 100 ที่ผสมกับน้ำแล้ว มาผสมกับน้ำเสียยางก้อนถ้วยปริมาณ 750 มิลลิลิตร เพื่อให้ได้น้ำเสียที่จะใช้ในการทดลอง 1,000 มิลลิลิตร และเตรียมน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ไม่ผสมหัวเชื้อจุลินทรีย์ ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตร จากนั้นปรับค่าพีเอชให้เท่ากับ 7 (ตามผลที่ได้จากปัจจัยที่ 1) และนำไปหมักในขวดทดลองขนาด 1,500 มิลลิลิตร ซึ่งจะทำการทดลอง 3 ชุด หลังจากนั้นสังเกตและเก็บข้อมูลการเกิดก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นทุกวันไปจนกว่าเริ่มจะไม่เกิดก๊าซชีวภาพ พร้อมทั้งนำก๊าซชีวภาพไปตรวจวัดหาองค์ประกอบของก๊าซชีวภาพด้วยเครื่องมือ GC ซึ่งองค์ประกอบของก๊าซชีวภาพประกอบทำการวิเคราะห์ คือ ก๊าซ CH_4 ก๊าซ CO_2 ก๊าซ N_2 และก๊าซ H_2

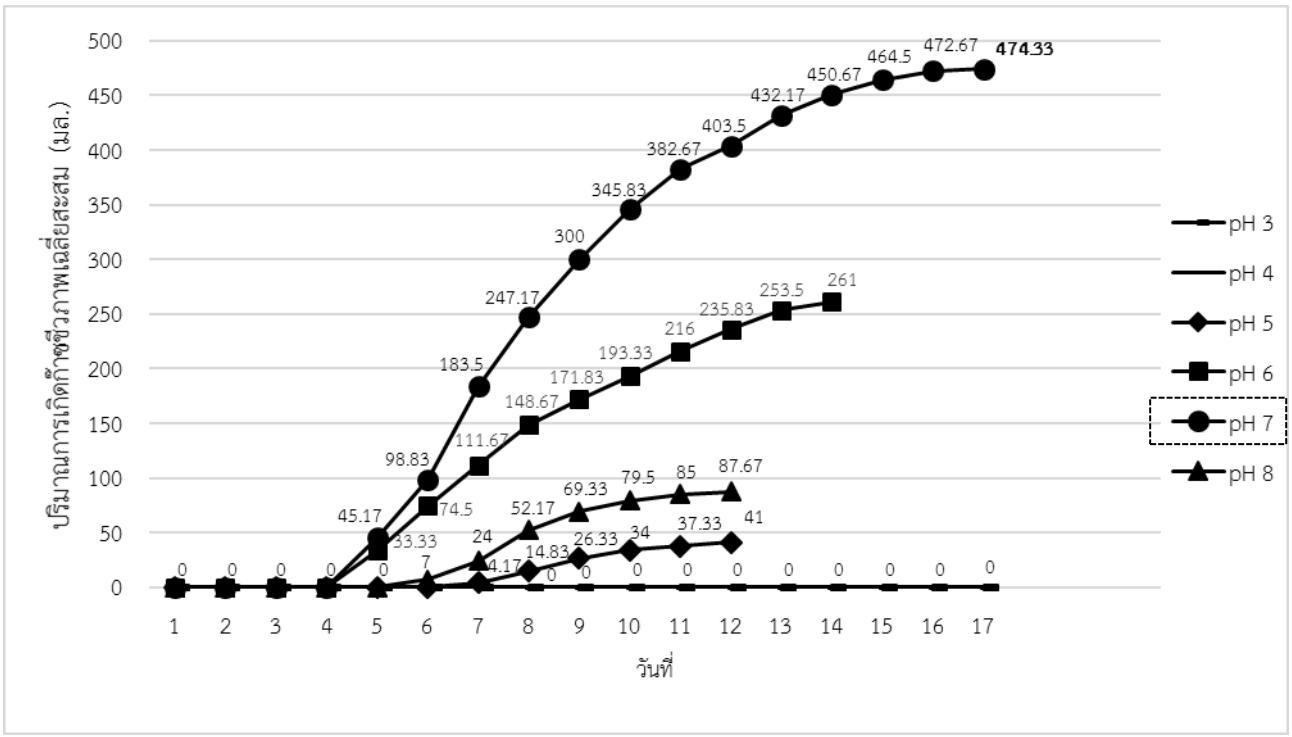
วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วย และนำมาใช้เป็นข้อมูลในการทดลองหาสภาพประกอบเหมาะสมที่สุดของการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อไป

ผลการวิจัย

ปัจจัยที่ 1 การทดลองผลของค่าพีเอช ซึ่งมีการปรับพีเอช 3 ถึง 8 ในน้ำเสีย มีผลการทดลองดังภาพประกอบ 1 และภาพประกอบ 2



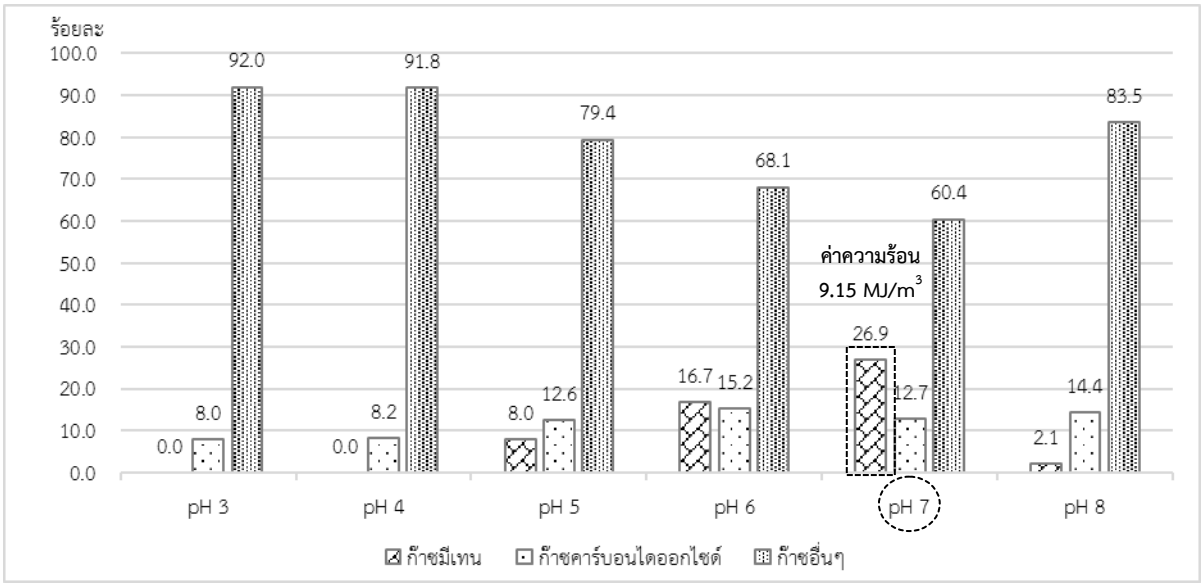
ภาพประกอบ 1 ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยต่อวันจากการปรับค่าพีเอชต่างๆ ในน้ำเสียยางก้อนถ้วย



ภาพประกอบ 2 ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมจากการปรับค่าพีเอชต่างๆ ในน้ำเสียยางก้อนถ้วย

จากภาพประกอบ 1 พบว่า ในช่วง 4 วันแรกของการปรับพีเอชในน้ำเสียยางก้อนถ้วยยังไม่มีการเกิดก๊าซชีวภาพ โดยก๊าซชีวภาพจะเริ่มเกิดขึ้นในวันที่ 5 ในน้ำเสียที่มีการปรับค่าพีเอช 6 และ 7 ซึ่งปริมาณก๊าซชีวภาพเฉลี่ยจะเกิดได้ดีในช่วงวันที่ 5-10 ของการทดลอง โดยในวันที่ 7 น้ำเสียที่มีการปรับพีเอช 7 มีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสูงสุดที่ 84.67 มิลลิลิตร/วัน โดยเมื่อทำการทดลองผ่านไป 11 วัน ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยจะลดน้อยลง และเริ่มจะไม่เกิดก๊าซชีวภาพหลังทำการทดลองผ่านไปแล้ว 13 วัน แต่ในน้ำเสียที่ปรับค่าพีเอช 6 และ 7 ยังมีการเกิดก๊าซชีวภาพอยู่แต่เกิดขึ้นในปริมาณที่น้อยมาก และเริ่มลดน้อยลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้ในที่สุด

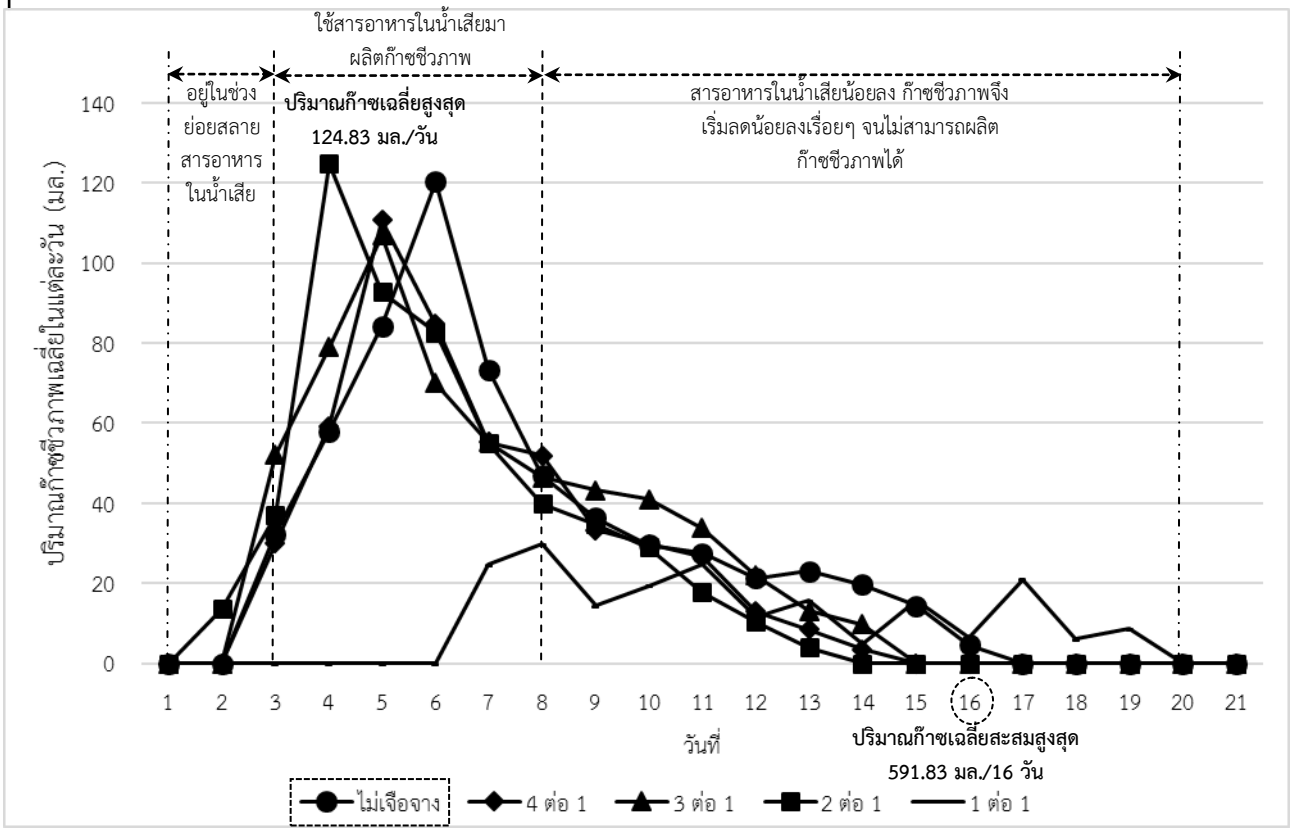
จากภาพประกอบ 2 พบว่า ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมจากการทดลองผลของค่าพีเอช 3 ถึง 8 มีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมมากที่สุดในน้ำเสียที่มีการปรับค่าพีเอช 7 อยู่ที่ 474.33 มิลลิลิตร (ค่าพีเอชเริ่มต้นก่อนมีการปรับค่าพีเอชในน้ำเสีย เท่ากับ 4.57) ที่ระยะเวลาทดลอง 17 วัน ซึ่งก๊าซเริ่มหมด โดยมีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมมากกว่าน้ำเสียที่มีการปรับค่าพีเอช 3 คิดเป็นร้อยละ 100 พีเอช 4 คิดเป็นร้อยละ 100 พีเอช 5 คิดเป็นร้อยละ 91.4 พีเอช 6 คิดเป็นร้อยละ 45.0 และพีเอช 8 คิดเป็นร้อยละ 81.5 ซึ่งเมื่อนำก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นไปตรวจวิเคราะห์เพื่อหาองค์ประกอบก๊าซชีวภาพ พบว่า ก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียที่มีการปรับค่าพีเอช 7 มีก๊าซมีเทนมากที่สุด คือ ร้อยละ 26.9 ซึ่งค่าความร้อนที่ทำได้ 9.15 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร แสดงดังภาพประกอบ 3



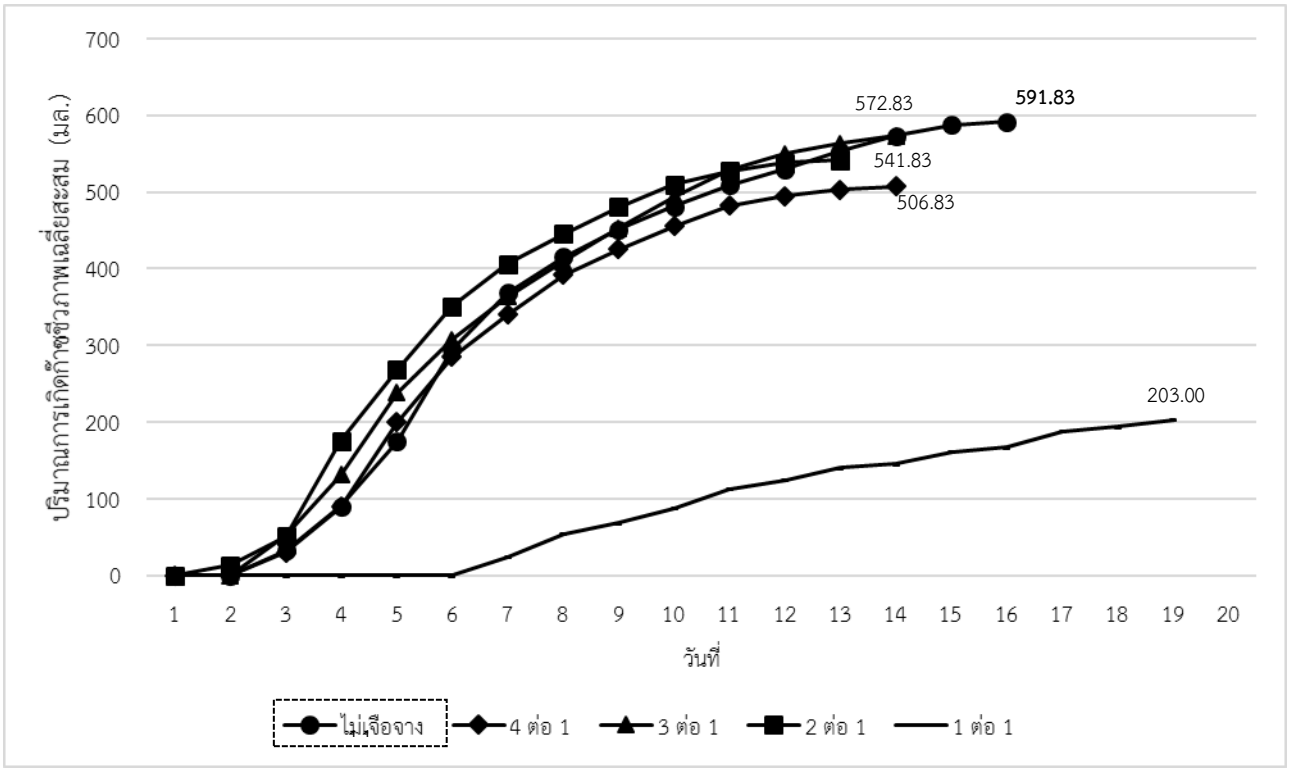
หมายเหตุ : ก๊าซอื่นๆ ประกอบด้วย ก๊าซ N_2 และอากาศ

ภาพประกอบ 3 องค์ประกอบของก๊าซชีวภาพจากการปรับค่าพีเอช

ปัจจัยที่ 2 การทดลองผลของการเจือจางที่อัตราส่วนระหว่างน้ำเสียยางก้อนถ้วยกับน้ำ 4:1 (น้ำเสีย 800 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 200 มิลลิลิตร) 3:1 (น้ำเสีย 750 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 250 มิลลิลิตร) 2:1 (น้ำเสีย 666.7 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 333.3 มิลลิลิตร) 1:1 (น้ำเสีย 500 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 500 มิลลิลิตร) และไม่เจือจาง (น้ำเสีย 1,000 มิลลิลิตร) มีผลการทดลองดังภาพประกอบ 4 และภาพประกอบ 5



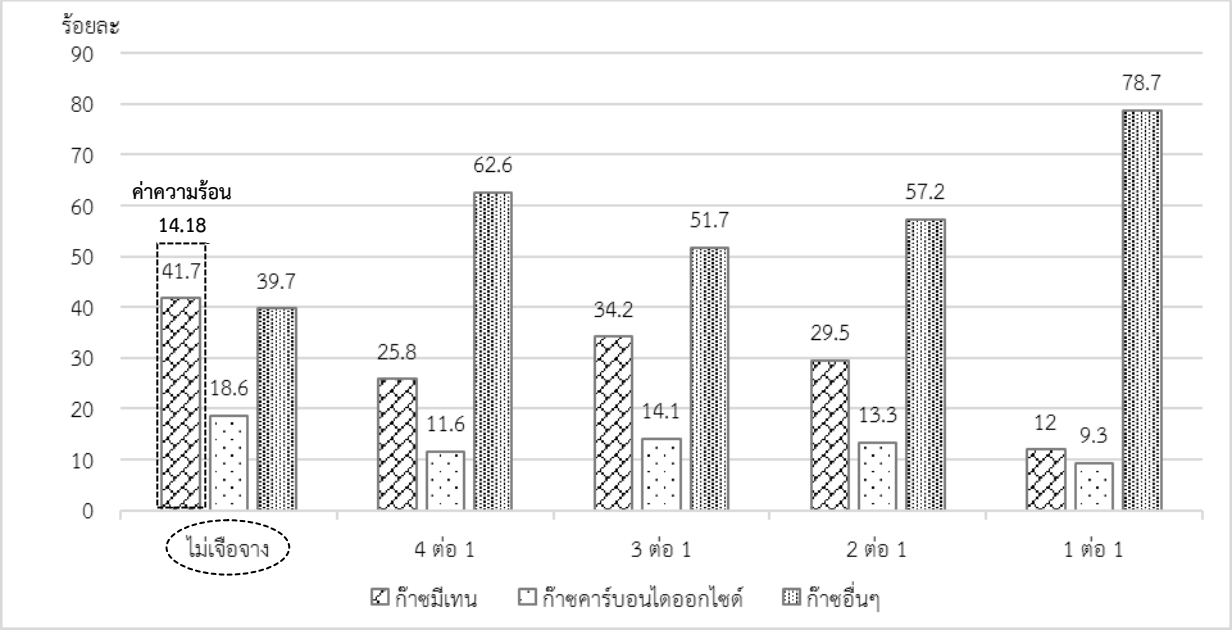
ภาพประกอบ 4 ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยต่อวันจากการเจือจางที่อัตราส่วนต่างๆ



ภาพประกอบ 5 ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมจากการเจือจางที่อัตราส่วนต่างๆ

จากภาพประกอบ 4 พบว่า ในช่วง 2 วันแรกของการเจืองยังไม่มีการเกิดก๊าซชีวภาพ มีเพียงที่อัตราส่วนระหว่างน้ำเสียยางก้อนถ้วยกับน้ำ 2:1 ที่เกิดก๊าซชีวภาพ แต่หลังจากทดลองเข้าสู่วันที่ 3 มีก๊าซชีวภาพเกิดขึ้นที่อัตราส่วน 3:1 4:1 และไม่เจืองาง ส่วนอัตราส่วน 1:1 จะเกิดก๊าซชีวภาพในวันที่ 7 โดยปริมาณก๊าซชีวภาพเฉลี่ยจะเกิดได้ดีในช่วงวันที่ 3-8 ของการทดลอง ซึ่งในวันที่ 4 ที่อัตราส่วนระหว่างน้ำเสียยางก้อนถ้วยกับน้ำ 2:1 มีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ 124.83 มิลลิลิตร/วัน โดยหลังจากการทดลองผ่านไป 8 วัน ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยจะเริ่มคงที่ และมีแนวโน้มจะลดลง

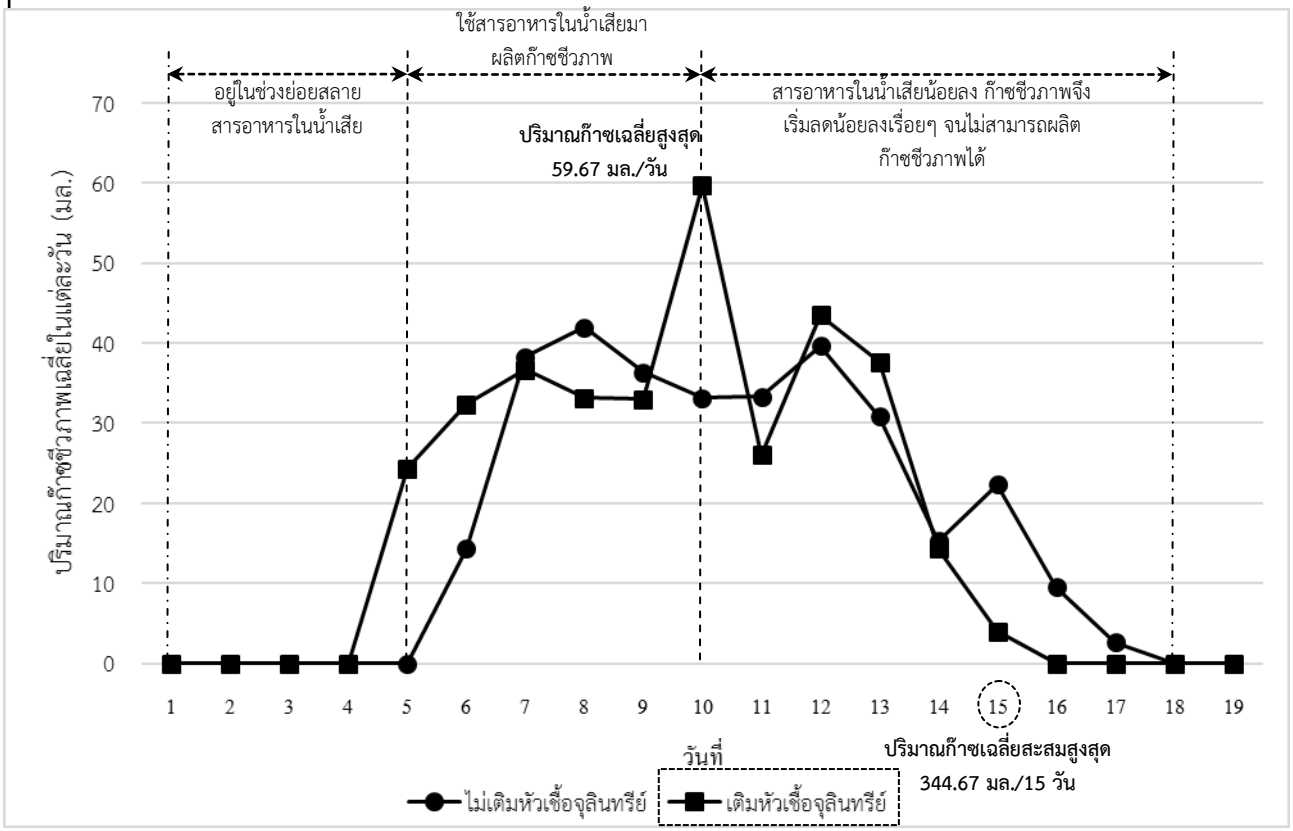
จากภาพประกอบ 5 พบว่า การเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมมีปริมาณมากที่สุดในน้ำเสียที่ไม่เจืองาง คือ 591.83 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาทดลอง 16 วัน ซึ่งก๊าซเริ่มหมด โดยมีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมมากกว่าอัตราส่วน 1:1 คิดเป็นร้อยละ 65.7 อัตราส่วน 2:1 คิดเป็นร้อยละ 8.5 อัตราส่วน 3:1 คิดเป็นร้อยละ 3.2 และอัตราส่วน 4:1 คิดเป็นร้อยละ 14.4 ซึ่งเมื่อนำก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นไปตรวจวิเคราะห์เพื่อหาองค์ประกอบก๊าซชีวภาพ พบว่า ก๊าซชีวภาพประกอบได้จากน้ำเสียที่ไม่เจืองาง มีก๊าซมีเทนมากที่สุด คือ ร้อยละ 41.7 ซึ่งค่าความร้อนที่ทำได้ 14.18 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร แสดงดังภาพประกอบ 6



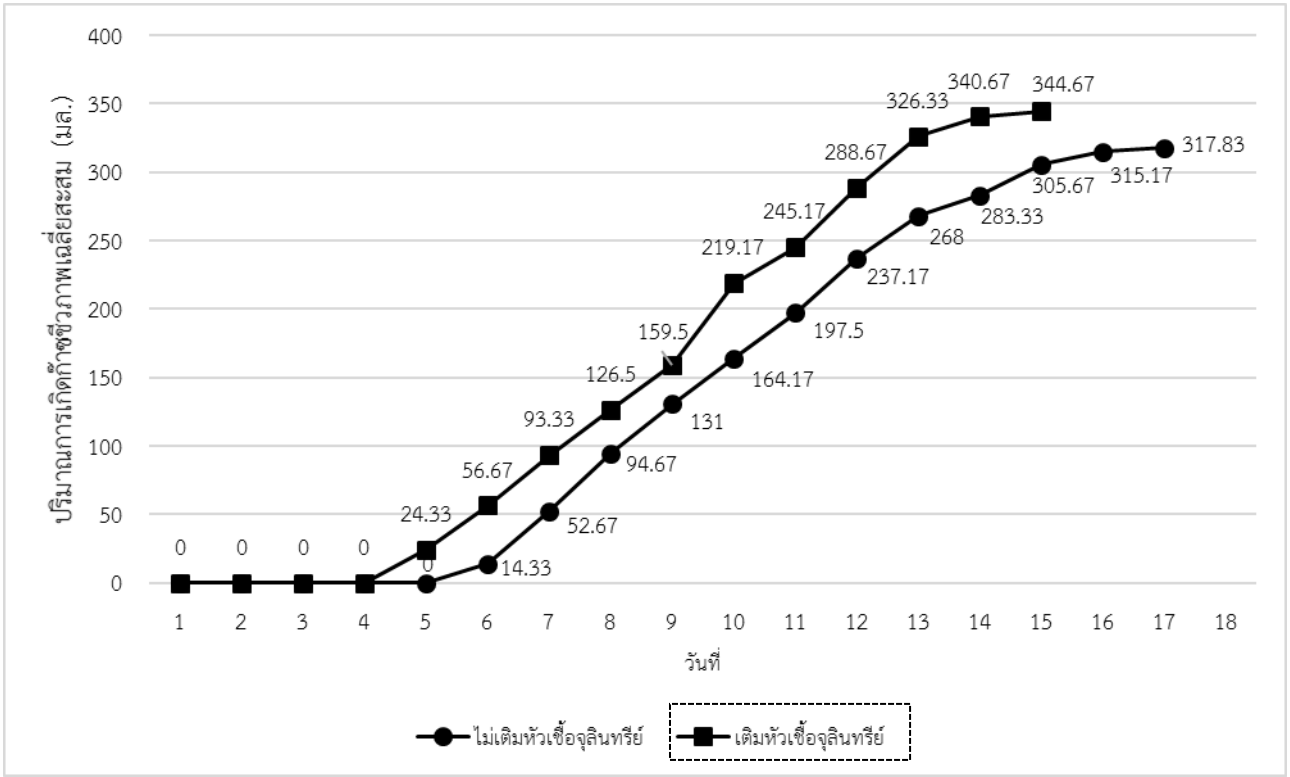
หมายเหตุ : ก๊าซอื่นๆ ประกอบด้วย ก๊าซ N_2 และอากาศ

ภาพประกอบ 6 องค์ประกอบของก๊าซชีวภาพจากการเจืองาง

ปัจจัยที่ 3 การทดลองผลของการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ และไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ มีผลการทดลองดังภาพประกอบ 7 และภาพประกอบ 8



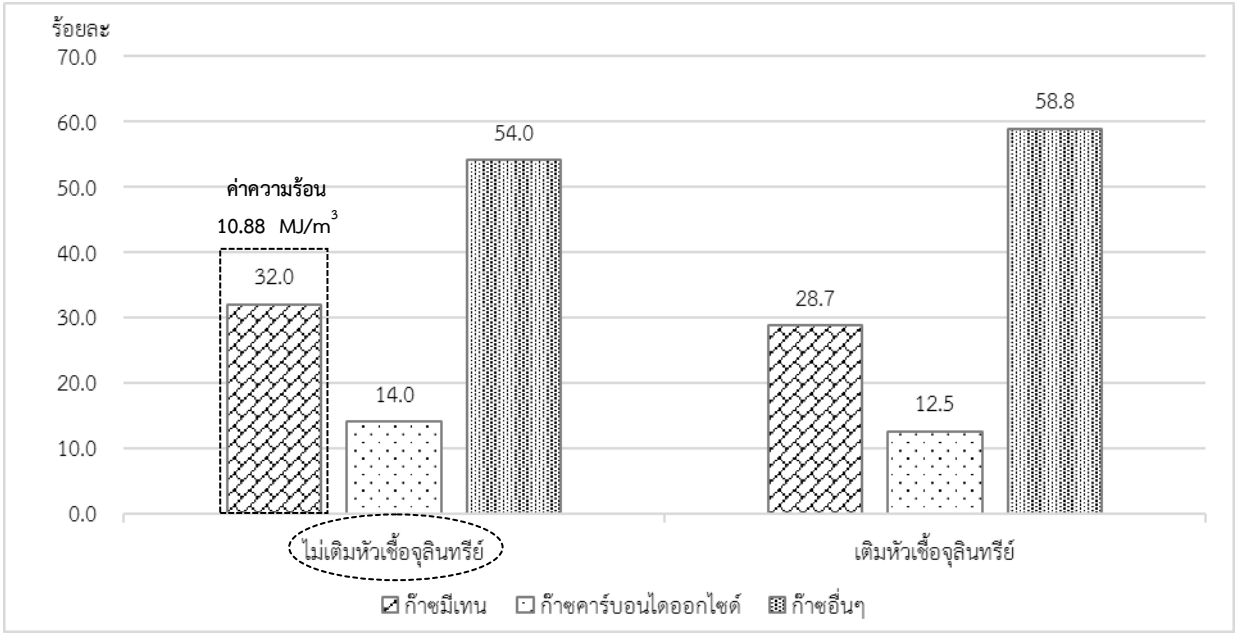
ภาพประกอบ 7 ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยต่อวันจากการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์



ภาพประกอบ 8 ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมจากการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์

จากภาพประกอบ 7 พบว่า ในช่วงแรกของการทดลองยังไม่เกิดก๊าซชีวภาพ โดยเมื่อระบบเข้าสู่สภาวะสมดุลในวันที่ 5 มีก๊าซชีวภาพเกิดขึ้นในน้ำเสียที่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ และในวันที่ 6 มีก๊าซชีวภาพเกิดขึ้นในน้ำเสียที่ไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งปริมาณก๊าซชีวภาพเฉลี่ยจะเกิดได้ดีในช่วงวันที่ 5-10 โดยในวันที่ 10 น้ำเสียที่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์มีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ 59.67 มิลลิลิตร/วัน ซึ่งหลังจากการทดลองผ่านไป 10 วัน ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยจะมีขึ้นลงบ้างเล็กน้อยแต่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากสารอาหารในน้ำเสียที่แบคทีเรียกลุ่มผลิตก๊าซมีเทนใช้ผลิตก๊าซชีวภาพเริ่มหมดลง ทำให้การผลิตก๊าซชีวภาพลดน้อยลง และไม่เกิดก๊าซชีวภาพในที่สุด

จากภาพประกอบ 8 พบว่า การเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมมีปริมาณมากที่สุดในน้ำเสียที่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ คือ 344.67 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาทดลอง 15 วัน ซึ่งก๊าซเริ่มหมด โดยมีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมมากกว่าในน้ำเสียที่ไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์คิดเป็นร้อยละ 7.79 ซึ่งเมื่อนำก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นไปตรวจวิเคราะห์เพื่อหาองค์ประกอบก๊าซชีวภาพ พบว่า ก๊าซชีวภาพประกอบได้จากน้ำเสียที่ไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ มีก๊าซมีเทนมากที่สุด คือ ร้อยละ 32.0 ซึ่งค่าความร้อนที่ทำได้ 10.88 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร แสดงดังภาพประกอบ 9



หมายเหตุ : ก๊าซอื่นๆ ประกอบด้วย ก๊าซ N_2 และอากาศ

ภาพประกอบ 9 องค์ประกอบของก๊าซชีวภาพจากการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์

ตาราง 1 สรุปผลการทดลอง

การทดลอง	ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพ (ml.)		องค์ประกอบก๊าซชีวภาพ (ร้อยละ)			ค่าความร้อน (MJ/m^3)
	เฉลี่ยสูงสุดต่อวัน	เฉลี่ยสะสม	CH_4	CO_2	Other gas	
ปัจจัยที่ 1 ผลของค่าพีเอช						
พีเอช 3	0.00	0.00	0.0	8.0	92.0	0.00
พีเอช 4	0.00	0.00	0.0	8.2	91.8	0.00
พีเอช 5	11.50	41.00	8.0	12.6	79.4	2.72
พีเอช 6	41.17	261.00	16.7	15.2	68.1	5.68

ตาราง 1 สรุปผลการทดลอง

การทดลอง	ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพ (ml.)		องค์ประกอบก๊าซชีวภาพ (ร้อยละ)			ค่าความร้อน (MJ/m^3)
	เฉลี่ยสูงสุดต่อวัน	เฉลี่ยสะสม	CH_4	CO_2	Other gas	
พีเอช 7	84.67	474.33	26.9	12.7	60.4	9.15
พีเอช 8	28.17	86.67	2.1	14.4	83.5	0.71
ปัจจัยที่ 2 ผลของการเจือจาง						
ไม่เจือจาง	120.33	591.83	41.7	18.6	39.7	14.18
อัตราส่วน 4 ต่อ 1	110.67	506.83	25.8	11.6	62.6	8.77
อัตราส่วน 3 ต่อ 1	106.83	572.83	34.2	14.1	51.7	11.63
อัตราส่วน 2 ต่อ 1	124.83	541.83	29.5	13.3	57.2	10.03
อัตราส่วน 1 ต่อ 1	29.83	203.00	12.0	9.3	78.7	4.08
ปัจจัยที่ 3 ผลของการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์						
ไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์	42.00	317.83	32.0	14.0	54.0	10.88
เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์	59.67	344.67	28.7	12.5	58.8	9.76

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาปริมาณก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมสูงสุดจากการทดลองปัจจัยค่าพีเอช การเจือจาง และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ พบว่า ปัจจัยที่เหมาะสมที่สุดของการเกิดก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียยางก้อนถ้วย คือ การปรับค่าพีเอช 7 การไม่เจือจาง และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำเสียก่อนนำมาหมัก ซึ่งจะนำผลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลในการทดลองหาสภาพประกอบเหมาะสมที่สุดของการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพของน้ำเสียยางก้อนถ้วย พบว่า การปรับค่าพีเอช 7 ในน้ำเสีย สามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้มากกว่าค่าพีเอชอื่นๆ โดยสามารถผลิตก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมได้ 474.33 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาการทดลอง 17 วัน ซึ่งก๊าซเริ่มหมด มีก๊าซมีเทนเป็นองค์ประกอบ ร้อยละ 26.9 และมีค่าความร้อนที่ทำได้ 9.15 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร และการไม่เจือจางในน้ำเสียสามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้มากกว่าการเจือจางตามอัตราส่วนต่างๆ โดยสามารถผลิตก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมได้ 591.83 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาการทดลอง 16 วัน ซึ่งก๊าซเริ่มหมด มีก๊าซมีเทนเป็นองค์ประกอบ ร้อยละ 41.7 และมีค่าความร้อนที่ทำได้ 14.18 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำเสียสามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้มากกว่าไม่เติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำเสีย โดยสามารถผลิตก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมได้ 344.67 มิลลิลิตร ที่ระยะเวลาการทดลอง 15 วัน ซึ่งก๊าซเริ่มหมด มีก๊าซมีเทนเป็นองค์ประกอบ ร้อยละ 28.7 และมีค่าความร้อนที่ทำได้ 9.76 เมกกะจูล/ลูกบาศก์เมตร ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อปริมาณของก๊าซชีวภาพประกอบสุด คือ ปัจจัยจากค่าพีเอช และการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสม พบว่า การปรับค่าพีเอชเท่ากับ 3 4 5 6 7 และ 8 มีปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพความสมดุลในการหมักที่เหมาะสมกับจุลินทรีย์ที่จะนำไปผลิตก๊าซชีวภาพ ซึ่งสภาพความสมดุลในการหมักที่เหมาะสมกับจุลินทรีย์จะเกิดได้ดีเมื่อระบบเข้าสู่สภาวะเป็นกลาง (พีเอชเท่ากับ 7) ปัจจัยจากค่าพีเอชจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลอย่างมากต่อการเกิดก๊าซชีวภาพ และเมื่อเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์เข้าไปในระบบด้วยจะทำให้จุลินทรีย์กลุ่มผลิตก๊าซมีเทนมีสารอาหารที่มากขึ้นในการใช้ผลิตก๊าซชีวภาพ ปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสมจึงเกิดได้ดีในระบบที่มีการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ ปัจจัยจากการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่

รองลงมาจากปัจจัยของค่าพีเอชที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพ สำหรับปัจจัยจากการเจือจางนั้นเป็นปัจจัยที่ไม่ค่อยส่งผลต่อปริมาณของก๊าซชีวภาพ เนื่องจากเมื่อพิจารณาจากปริมาณการเกิดก๊าซชีวภาพเฉลี่ยสะสม พบว่า การไม่เจือจางในน้ำเสียยางก้อนถ้วย (น้ำเสียอย่างเดียว และปรับค่าพีเอชเท่ากับ 7) สามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้ดีกว่าการเจือจางที่อัตราส่วนระหว่างน้ำเสียยางก้อนถ้วยกับน้ำ 4:1 3:1 2:1 และ 1:1 ซึ่งอาจเป็นเพราะอัตราส่วนที่กำหนดใช้ในการทดลองยังไม่อยู่ในช่วงค่าที่จุลินทรีย์กลุ่มผลิตก๊าซมีเทนสามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้อย่างเต็มที่ รวมถึงเมื่อพิจารณาร้อยละสัดส่วนของก๊าซมีเทนที่เป็นองค์ประกอบ พบว่าการไม่เจือจางในน้ำเสียยางก้อนถ้วยมีร้อยละสัดส่วนที่มากกว่าการเจือจางที่อัตราส่วนต่างๆ อีกด้วย ปัจจัยจากการเจือจางจึงไม่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาเพิ่มเติมในการวัดปริมาณก๊าซชีวภาพ และการเก็บก๊าซชีวภาพ เพื่อง่ายต่อการวัดค่าและวิเคราะห์องค์ประกอบก๊าซชีวภาพ

2. ศึกษาเพิ่มเติมที่จะทำให้วัตถุดิบกับจุลินทรีย์ได้สัมผัสกันมากขึ้น และทำให้เกิดตะกอนจับตัวเป็นแผ่นให้น้อยที่สุด เพื่อจะได้วัดปริมาณก๊าซชีวภาพประกอบเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

3. ศึกษาเพิ่มเติมการปรับค่าพีเอช และการเติมสารอาหารแบบต่อเนื่อง เพื่อทำให้สามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้มากที่สุด

4. ศึกษาการเลือกใช้อัตราส่วนการเจือจางในสัดส่วนที่เหมาะสม และขยายผลจากการทดลองที่มีเพียงการเติมหัวเชื้อจุลินทรีย์ให้มีการเติมสารอาหารอื่นๆ เข้ามาเปรียบเทียบ รวมถึงกำหนดอัตราส่วนในการเติมสารอาหารนั้นๆ เพื่อหาอัตราส่วนที่สามารถผลิตก๊าซชีวภาพได้ดีที่สุด

5. ศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพ เช่น อัตราภาระบรรทุกสารอินทรีย์ (Organic loading rate, OLR) ในระบบ การกวน (Mixing) ในระบบ การควบคุมอุณหภูมิ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.พฤกษ์ ตัญตรัยรัตน์ ที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำในแต่ละขั้นตอนของการทำวิจัย ตลอดจนแนวคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัยและงานวิจัย ร่วมถึงท่านอาจารย์ ดร.ฤทธิรงค์ จังโกฏิ ที่ให้คำชี้แนะในงานวิจัยตลอดมา ขอขอบคุณห้องปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ที่ได้อนุเคราะห์อุปกรณ์ในการทดลองและสถานที่ในการทดลองเอื้อเฟื้อสถานที่ในการทำงานวิจัย ขอขอบคุณห้องปฏิบัติการภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้เอื้อเฟื้อการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ และองค์ประกอบก๊าซชีวภาพ ขอขอบคุณโรงรับซื้อยางก้อนถ้วย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ที่ได้เอื้อเฟื้อน้ำเสียยางก้อนถ้วยมาใช้เป็นวัตถุดิบในการทดลอง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และมหาวิทยาลัยทักษิณ. **รายงานแผนถ่ายทอดเทคโนโลยี ประจำปีงบประมาณ 2557 (การบำบัดน้ำเสียจากการทำยางแผ่นและยางถ้วย ด้วยระบบหมักก๊าซชีวภาพ).** [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.clinictech.most.go.th/online/usermanage/FinalReport /20154301128571.pdf

2. ตระกูลศักดิ์ เสนานิคม. **การผลิตก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียของขยะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมพลังงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น, 2557.

3. วรพจน์ คำจันลา. **การผลิตก๊าซชีวภาพจากกากตะกอนบ่อพักน้ำเสียจากกระบวนการผลิตแป้งมัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมพลังงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. 2555.

4. ศูนย์ประสานงานการเรียนรู้ด้านพลังงาน กระทรวงพลังงาน. **สถานการณ์พลังงานของประเทศไทย เดือนมกราคม - กรกฎาคม 2559 (Energy Situation January - July 2016).** [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thailandenergyeducation.com/assets/media/A002.pdf

5. สำนักเทคโนโลยีความปลอดภัย กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. **คู่มือการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการออกแบบ การผลิต การควบคุมคุณภาพและการใช้ก๊าซชีวภาพ (Biogas) สาหรับโรงงานอุตสาหกรรม.** [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 13 ต.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.tccnclimate.com/images/.../The-use-of-methane-fermentation.pdf

6. สมยศ เนตรสงคราม. **ผลของอัตราส่วนน้ำเสียต่อกากมันสำปะหลังและการควบคุมความเร็วรอบการกวนที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมพลังงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. 2557.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ ตำบลโคกนาโก อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร

Factors Affecting Exercise Behavior among Hypertension Patients at Ban-Nongkhae Sub-District Health Promoting Hospital, Khoknako Sub-District, Patiu District, Yasothon Province

ปวีณา ลิมปีทีปราการ[1], สุภาพร โยธานนท์[2]

Pawena Limpiteeprakan[1], Supaporn Yothanon[2]

(Received: January 21 ,2019 ; Accepted: February 22 ,2019)

บทคัดย่อ

ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการดำรงชีวิตแบบไม่ค่อยมีการออกกำลังกาย อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบตัน โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และไต เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่ค่อยแสดงอาการที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยขาดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพียงพอเป็นพฤติกรรมที่สามารถช่วยควบคุมความดันโลหิตได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ ตำบลโคกนาโก อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ จำนวน 121 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด Chi-square test และ Odds ratio (OR, 95%CI for OR)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.8 โดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากที่สุดในประเด็น ออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม และขณะออกกำลังกายเมื่อมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ตามัว ใจสั่น ตัวเย็น แขนขา อ่อนแรง จะหยุดออกกำลังกายทันทีเท่ากัน ร้อยละ 95.0 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ รายได้ (OR= 2.824, 95%CI = 1.272-6.269) การประกอบอาชีพ (OR= 2.307, 95%CI = 1.017-5.230) และความรู้ (OR= 3.621, 95%CI = 1.160-11.305) ดังนั้น เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบได้มีการประกอบอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ และส่งเสริมการอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อการควบคุมความดันโลหิตให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรม, การออกกำลังกาย, ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Abstract

Hypertension in patients who are not physically active can cause artery narrowing in the blood vessels to the brain, heart, and kidney resulting in a stroke, coronary artery disease and renal failure. Since hypertension rarely shows signs of abnormalities, patients do not know to practice their own health care. The purpose of this study was to investigate knowledge, attitude and exercise behaviors and to explore factors affecting the exercise behavior of hypertensive patient's attending the Ban-Nongkhae sub-district health promoting hospital, Khoknako sub- district, Patiu district, Yasothon Province. This study is a cross-sectional descriptive study in a group of hypertensive patients who have been diagnosed for at least six months at Ban-Nongkhae sub-district health promoting hospital. 121 samples were interviewed by questionnaire. Data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, Chi-square text and Odds Ratio (95%CI for OR).

The results found that hypertensive patients had good exercise behavior at 67.8 percent. The most appropriate behavior is a gradual increase in exercise whilst being careful not to overdo it and to stop exercising immediately if dizziness, feeling faint, amblyopia, heart palpitation or cold and weakness are felt at 95.0 percent. Factors related to appropriate exercise behavior are monthly income (OR = 2.824, 95% CI = 1.272-6.269), patients who have occupation (OR = 2.307, 95% CI = 1.017-5.230) and knowledge (OR = 3.621, 95% CI = 1.160-11.305). Therefore, the staff at sub-district health promotion hospitals should encourage patients in their area of responsibility to increase their income and promote training to educate people about the benefits of exercise to control blood pressure.

Keywords: knowledge, attitude, behavior, exercise, hypertension patients

---

[1] อาจารย์วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

[2] นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

บทนำ

ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยมและวัฒนธรรม ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน ทำให้ประชาชนขาดการออกกำลังกาย ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข ประชาชนมีการเจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น หนึ่งในโรคที่สำคัญคือโรคความดันโลหิตสูง[1] ปัจจัยที่ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงนั้นมีหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นอายุมากขึ้น ความอ้วน ความเครียด ไขมันในเลือดสูง พันธุกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือความดันโลหิตสูงวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยจะมีการปวดศีรษะ เลือดกำเดาไหล เวียนศีรษะ เหนื่อยหอบ มีอาการเจ็บหน้าอก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือตีบตัน ทำให้เกิดอัมพาต จอประสาทตาเสื่อมสภาพ ทำให้ตาบอด หัวใจวายจากหัวใจห้องล่างซ้ายโต และไตวาย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจนำไปสู่การเสียชีวิตแบบเฉียบพลันได้ [2] และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568[3] สำหรับในประเทศไทยจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.09 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2556[4] และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีภาวะความดันโลหิตสูง เกือบ 13 ล้านคน และสิ่งที่น่าวิตกอย่างยิ่งคือในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 52.4 ในเพศชาย และร้อยละ 35.2 ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ร้อยละ 6.1 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้อาการทวีความรุนแรงขึ้น เพราะไม่ได้รับการรักษา และพบมีเพียงร้อยละ 29.7 ของผู้ที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้[5]

การดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในระยะยาวต้องเน้นเรื่องการปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิต โดยส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายมากขึ้น เพราะในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงตีบตัน โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หัวใจ และไต ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย[6] ปัญหาที่พบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำในการออกกำลังกาย เช่น ความแตกต่างของการออกกำลังกายกับการทำงาน ความเพียงพอของการออกกำลังกาย ความเชื่อของลูกหลานที่กลัวอันตรายจากการออกกำลังกายในผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอายที่ต้องออกกำลังกายหรือเต้นในที่สาธารณะ ภาระ หน้าที่และการไม่สามารถจัดสรรเวลาออกกำลังกายที่มีการจัดในที่สาธารณะ[7] ซึ่งการออกกำลังกายด้วยความหนักขนาดปานกลางในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง พบว่ามีระดับความดันซิสทอลิกและไดแอสทอลิกลดลงใน สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 และมีค่าความดันโลหิตโดยเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกาย[8] การออกกำลังกายที่เพียงพอจะเป็นผลให้ความต้านทานในหลอดเลือดลดลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่หัวใจทำงานได้ดีขึ้น ระดับ Plasma norepinephrine ลดลง ผลโดยรวมจึงทำให้ความดันโลหิตลดลง ผลอื่นที่ตามมาได้แก่ อัตราการได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 11.8% อัตราการเต้นของหัวใจลดลง 6.8 % และ Body mass index ลดลง 1.2% [9] ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน ก็จะส่งผลต่อการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันออกไปด้วย การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้ การรับรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการสนับสนุนทางสังคม[10,11] แต่ในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่ถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 10.7[12] ผู้ป่วยยังมีความเชื่อในเรื่องของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งก็

จะส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงตามมาด้วย

จังหวัดยโสธรก็มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากถึง 39,856 ราย และอำเภอป่าติ้วมีจำนวน 2,935 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.36 ของจังหวัดยโสธร[13] และจากข้อมูลสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ ที่ให้บริการแก่ประชาชนในตำบลโคกนาโก จำนวน 4 หมู่บ้าน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 121 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 4.1 ของอำเภอป่าติ้ว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยขาดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา และแนะนำการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง เพราะการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลาง ครั้งละ 30-45 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ติดต่อกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์ มีผลต่อการลดความดันโลหิต[14] อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ รพสต.บ้านหนองแข้ ต.โคกนาโก อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร

2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ รพสต.บ้านหนองแข้ ต.โคกนาโก อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร

วิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive study) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่ รพสต.ป่าติ้ว จ.โคกนาโก อ.บ้านหนองแข้ ต.ยโสธร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป รวมถึงผู้มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคอื่นๆที่มารับบริการที่ รพสต. บ้านหนองแข้ ต.โคกนาโก อ.ป่าติ้ว จ.ยโสธร จำนวน 121 คน การศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลในกลุ่มประชากรทั้งหมด (ข้อมูล ณ วันที่ 13 สิงหาคม 2560 จาก รพสต.บ้านหนองแข้)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์มาจากการศึกษาของกุลธิดา เหมาเพชรและคณะ[15] โดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 13 ข้อ2. ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ โดยมี 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลเป็น 2 ระดับ คือ มีความรู้ระดับดี ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ($\geq$14 คะแนน) มีความรู้ระดับที่ควรปรับปรุง ได้คะแนนร้อยละ 79 ลงมา ($\leq$13 คะแนน) 3. ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ โดยมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ แปลผลเป็น 2 ระดับ มีทัศนคติในระดับดี 31-39 คะแนน และมีทัศนคติในระดับควรปรับปรุง $\leq$ 30 คะแนน 4. พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 11 ข้อ โดยมี 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย แปลผลเป็น 2 ระดับ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี 27-33 คะแนน มีพฤติกรรมอยู่ในระดับควรปรับปรุง $\leq$ 26 คะแนน

แบบสอบถามได้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาความตรงได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence; IOC) มากกว่า 0.5 ทุกข้อ (ค่าที่เหมาะสม คือ 0.5 ขึ้นไป) และได้นำแบบสอบถามไปทดสอบ (Try Out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับ

บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกนาโก จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยได้ค่าสถิติ คูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson : KR 20) ของความรู้ เท่ากับ 0.71 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาซ (Cronbach's Alpha Coefficient) ของข้อคำถามทัศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเท่ากับ 0.71 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ ผู้นำชุมชน และทีม อสม. เพื่อขอเข้าไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล โดยผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะนำมาทำการตรวจสอบความเรียบร้อยและถูกต้องทุกครั้ง หากพบว่าข้อมูลใดไม่ครบถ้วนก็จะทำการลงไปเก็บเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงกลุ่ม (Categorical variables) ได้แก่ เพศ สถานภาพ ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการออกกำลังกาย และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร พรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ตัวแปรที่มีระดับการวัดต่อเนื่อง (Continuous variables) ได้แก่ อายุระยะเวลาที่ป่วย และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว พรรณนาโดยค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) หากมีการแจกแจงแบบอื่น จะใช้ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ P_{25} และ P_{75}

สถิติอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแข้ ตำบลโคกนาโก อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร โดยใช้สถิติ Chi-square test สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่ม และ Odds ratio (95% CI for OR) เพื่อดูขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์นั้น

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่โครงการ UBU-REC-49/2560

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.1 มีอายุเฉลี่ย 61.3 (S.D. = 8.83) ส่วนใหญ่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี ร้อยละ 56.2 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 60.3 มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 54.5 และมีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม ร้อยละ 43.8 โรคแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน ร้อยละ 69.8 ผู้ป่วยมีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 90.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 1,100 บาท ร้อยละ 50.4 มีการประกอบอาชีพอยู่ ร้อยละ 71.1 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะเกินเกณฑ์ (BMI $\geq$ 23 kg/m^2) ร้อยละ 43.5 กลุ่มผู้ป่วยเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 95.0 แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ จากแพทย์ ร้อยละ 67.8 รองลงมา คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 66.1

2.ระดับความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 76.9 รองลงมามีความรู้ระดับดี ร้อยละ 23.1 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะโรคแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย ต้องมีการประเมินข้อจำกัดของร่างกายตนเองก่อนออกกำลังกาย ร้อยละ 96.7 รองลงมา คือ การออกกำลังกายร่างกายต้องมีการเคลื่อนไหวได้อย่างมีอิสระและปลอดภัย การออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแต่ละครั้งต้องไม่ทำให้ร่างกายล้าเกินไป และการวิ่งเหยาะๆ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.0 เท่ากัน และคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อยที่สุด คือ การอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกาย

ไม่เหนื่อยล้า และการออกแรงกระทบกระทั่ง หรือใช้แรงมากไม่ถือเป็นการออกกำลังกาย ตอบถูกร้อยละ 55.4 เท่ากัน

3. ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.5 รองลงมาคือมีทัศนคติควรปรับปรุง ร้อยละ 21.5 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากที่สุดในประเด็น หากท่านมีภาวะโรคแทรกซ้อน ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ร้อยละ 94.2 รองลงมา คือ การออกกำลังกายสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกายให้ดีขึ้น ร้อยละ 91.7 และผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบหักโหม ร้อยละ 90.9 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับประเด็น เมื่อรู้สึกปวดเมื่อยจากการออกกำลังกายควรหยุดพักทันที ร้อยละ 39.7 รองลงมา คือ ถ้าขาดการออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในครั้งต่อไปเพื่อเป็นการชดเชย ร้อยละ 29.8 และการออกกำลังกายที่ดีสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องมีเวลาพักสัปดาห์ละ 2 วัน ร้อยละ 19.8

4. พฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.8 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 32.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมมากที่สุดในประเด็น ออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม และขณะออกกำลังกายเมื่อมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ตามัว ใจสั่น ตัวเย็น แขน ขา อ่อนแรง จะหยุดออกกำลังกายทันทีเท่ากัน ร้อยละ 95.0 รองลงมา คือ ออกกำลังกายโดยคำนึงถึงข้อจำกัดต่อตนเอง ร้อยละ 92.6 และไม่เกร็งกล้ามเนื้อขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 90.1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับประเด็น ระยะเวลาในการออกกำลังกายของท่านขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ร้อยละ 50.4 รองลงมา คือ ไม่อบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย ร้อยละ 31.4 และไม่มีวันหยุดพักในการออกกำลังกาย ร้อยละ 25.6

5. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (N=121)

ปัจจัย	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		Odds ratio	95% CI
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	32 (68.1)	15 (31.9)	1.024	0.468,2.240
หญิง	50 (67.6)	24 (32.4)		
อายุ				
น้อยกว่า 61 ปี	38 (71.7)	15 (28.3)	1.382	0.635,3.007
มากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี	44 (64.7)	24 (35.3)		
สถานภาพ				
สมรส	53 (72.6)	20 (27.4)	1.736	0.801,3.765
หย่า / หม้าย	29 (60.4)	19 (39.6)		
ระยะเวลาที่ป่วย				
น้อยกว่า 3 ปี	40 (72.7)	15 (27.3)	1.524	0.701,3.314

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (N=121)

ปัจจัย	พฤติกรรมการออกกำลังกาย		Odds ratio	95% CI
	ดี จำนวน (ร้อยละ)	ควรปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี	42 (63.6)	24 (36.4)		
ภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วม				
ไม่มี	47 (69.1)	21 (30.9)	1.151	0.535-2.478
มี	35 (66.0)	18 (34.0)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	73 (67.0)	36 (33.0)	0.676	0.172-2.650
สูงกว่าประถมศึกษา	9 (75.0)	3 (25.0)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว				
มากกว่าหรือเท่ากับ 1,100 บาท	48 (78.7)	13 (21.3)	2.824*	1.272,6.269
น้อยกว่า 1,100 บาท	34 (56.7)	26 (43.3)		
อาชีพ				
มีการประกอบอาชีพ	63 (73.3)	23 (26.7)	2.307*	1.017,5.230
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19 (54.3)	16 (45.7)		
ดัชนีมวลกาย				
น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI < 23 kg/m^2)	51 (65.4)	27 (34.6)	0.731	0.324,1.649
น้ำหนักอยู่ในภาวะเกินเกณฑ์ (BMI ≥ 23 kg/m^2)	31 (72.1)	12 (27.9)		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการออกกำลังกาย				
ไม่เคย	3 (50.0)	3 (50.0)	0.456	0.88,2.368
เคย	79 (68.7)	36 (31.3)		
ระดับความรู้				
ดี	24 (85.7)	4 (14.3)	3.621*	1.160,11.305
ควรปรับปรุง	58 (62.4)	35 (37.6)		
ระดับทัศนคติ				
ดี	67 (70.5)	28 (29.5)	1.755	0.717,4.292
ควรปรับปรุง	15 (57.7)	11 (42.3)		

* p-value < 0.05

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (OR= 2.82, 95%CI = 1.27-6.26) การประกอบอาชีพ (OR= 2.30, 95%CI = 1.01-5.23) และความรู้ (OR= 3.621, 95%CI = 1.160-11.305) ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายที่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส ขำมาก และคณะ[16] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมี

พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ในงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีในเรื่องการออกกำลังกายอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหม และขณะออกกำลังกายหากมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยก็จะหยุดออกกำลังกายทันที ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ดีสำหรับผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในประเด็นการไม่อบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บและการปวดของกล้ามเนื้อ และเกิดปัญหาสุขภาพอีกหลายอย่างตามมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของด้านความรู้ในงานวิจัยนี้ที่พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีความรู้ในเรื่องขั้นตอนการออกกำลังกายที่ถูกหลักน้อย ในประเด็นการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังช่วยให้ร่างกายไม่เหนื่อยล้า เพราะการไม่อบอุ่นร่างกายจะทำให้การออกกำลังกายไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร และอาจเกิดอันตรายต่อกล้ามเนื้อ และยังไม่รู้ว่าความแตกต่างระหว่างการออกกำลังกายกับการทำงานว่า จริงๆ แล้วการทำงานในชีวิตประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง เช่น การออกแรง หรือใช้แรงไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิวัต อุณฑพันธุ์ และคณะ[7] ที่กล่าวไว้ว่าปัญหาที่พบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำในการออกกำลังกาย เช่น ความแตกต่างของการออกกำลังกายกับการทำงาน ความเพียงพอของการออกกำลังกาย ความเชื่อของลูกหลานที่กลัวอันตรายจากการออกกำลังกายในผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยเองเกิดความรู้สึกอายที่ต้องออกกำลังกายหรือเต้นในที่สาธารณะ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมีการประกอบอาชีพ และความรู้ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 1,100 บาทต่อเดือนมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดี 2.8 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ผู้ป่วยที่การมีการประกอบอาชีพมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดี 2.3 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ และผู้ป่วยที่มีความรู้ดีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดีเป็น 3.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ต้องปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประภาส ขำมาก และคณะ[16] และงานวิจัยของ สมรัตน์ ขำมาก[17] ที่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะประชากร ด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาพร สุจำนงค์ และคณะ[18] ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มผู้มีอาชีพที่ต้องใช้แรงงานและมีรายได้น้อย ส่วนใหญ่จะไม่มีเวลาออกกำลังกาย และเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานหนักมากแล้ว อธิบายได้ว่า หากครอบครัวที่มีรายได้สูง จะมีเวลาดูแลสุขภาพร่างกายตนเองมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย เนื่องมาจากสามารถที่จะจัดสรรเวลา หรือมีกำลังซื้ออุปกรณ์การเล่นกีฬาได้ แต่ครอบครัวที่มีรายได้น้อยต้องพยายามทำงานหารายได้เข้าครอบครัว เพื่อที่จะให้สามารถใช้จ่ายในครัวเรือนได้อย่างไม่ขัดสน ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองหรือออกกำลังกายเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการประกอบอาชีพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพทำการเกษตรกรรม ค้าขาย และรับจ้างทั่วไปเป็นหลัก จึงมีส่วนทำให้มีการออกกำลังกายมากกว่าคนที่ไม่ประกอบอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐญาภรณ์ ลาลุนและคณะ[19] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน สำหรับในเรื่องของความรู้ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพราะความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ทำให้แสดงพฤติกรรมออกมา หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถูกต้องจะสามารถดูแลเอาใจใส่ตนเอง หรือศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของความดันโลหิตสูง แนวทางจัดการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในอนาคต ก็จะเป็นการนำพาไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิธีในการดำเนินชีวิต[20] ที่มีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โรคความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ การออกกำลังอย่างสม่ำเสมอเพียงพอตามเกณฑ์ที่กำหนดจะสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้[21]

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ต้องปรับปรุง โดยเฉพาะในประเด็น ควรอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และควรปรับปรุงทัศนคติในประเด็น เมื่อรู้สึกปวดเมื่อยจากการออกกำลังกายควร

หยุดพักทันที ถ้าขาดการออกกำลังกายสามารถออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในครั้งต่อไปเพื่อเป็นการชดเชย สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ป่วยต้องปรับปรุงในประเด็นเรื่องของการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานของการออกกำลังกายทุกชนิด ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมจากงานวิจัยนี้ ได้แก่ รายได้ การประกอบอาชีพ และความรู้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบความรู้มีผลต่อพฤติกรรม พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ดังนั้น เจ้าหน้าที่ของ รพสต. ควรมีส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย และไม่ได้มีการประกอบอาชีพ สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรแบ่งการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมออกเป็นช่วง ได้แก่ การเตรียมพร้อมก่อนออกกำลังกาย ขณะออกกำลังกาย และหลังออกกำลังกาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกท่าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซ้ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกนาโก ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสัมภาษณ์ ขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ, 2558.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. **วิธีป้องกันความดันโลหิตสูง.** URL http://www.thaihealth.or.th/Content/36667- แนะ%205%20วิธีป้องกันโรคความดันโลหิตสูง.html. สืบค้นเมื่อ (20 สิงหาคม 2560)
3. World Health Organization (WHO). **A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis.** URL https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/ global_ brief_ hypertension/en/ สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2562
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข**. URL http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/Files/health_statistic2558.pdf. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ. **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5**. URL http://www.thaincd.com/document/File/info/non-communicable-disease/การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย_ครั้งที่_5_NHES_5.pdf. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2560
6. ประวิชช์ ตันประเสริฐ. **ข้อแนะนำการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.** พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ นนทบุรี, 2551.
7. นิวัต อุณฑพันธุ์, อุทัยวรรณ วิบูลกิจธนากร และคณะ. **สังเคราะห์องค์ความรู้ความดันโลหิตสูง ฉบับรู้ทันผู้ป่วย.** พิมพ์ครั้งที่ 1. โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง นครราชสีมา, 2551.
8. ปุณยวีร์ ประเสริฐไทย, จอม สุวรรณโน และคณะ. ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. **วารสารสภาการพยาบาล**. 25 (25) : 80-95, 2553.
9. พานทิพย์ แสงประเสริฐ. ความดันโลหิตสูงกับการออกกำลังกาย: บทบาทของพยาบาล. **วารสารพยาบาล** 56 (1-2): 9-21, 2550.
10. อัมพร วงค์ติ๊บ, นงเยาว์ อุดมวงศ์, รังสิยา นารินทร์. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. **พยาบาลสาร** 42 (4) : 12-24, 2558.

11. สุภาพร พูลเพิ่ม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา** 5 (2) : 49-54, 2554.

12. สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ** 29(2) : 20-30, 2556.

13. ระบบคลังข้อมูลและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร. **จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดยโสธร**. URL http://203.157.181.6/chronic/rep_htscreen2.php. สืบค้นเมื่อ (20 สิงหาคม 2560).

14. Murphy, M.H.; Nevil, A.M.; Murtagh, E.M., Holder, R.L. The effect of walking on fitness, fatness and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. **Preventive Medicine.** 44(5) : 377-385, 2007.

15. กุลธิดา เหมาเพชร, คมกริช เชาว์พานิช และคณะ. **พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.** สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร, 2555.

16. ประภาส ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก, มาลิน แก้วมูณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 2 (3) : 74-91, 2558.

17. สมรัตน์ ขำมาก. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 3 (3) : 153-169, 2559.

18. ปฐญาภรณ์ ลาลุน, นภาพร มัธยมางกูร และคณะ. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. **วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ** 18 (3) : 160-169, 2554.

19. Neuman B. The Neuman Systems Model. 3rd ed. Appleton & Lange Norwalk, CT, 1995.

20. จารุณี นุ่มพูล. การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข** 28 (1) : 102-112, 2557.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

DEVELOVEMENT OF ELDERLY CARE MANAGEMENT MODEL IN HUAIDON SUB-DISTRICT, KHUEANG NAI DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

สิริพร วงศ์ตรี[1]

Siriporn Wongtree

(Received: January 17 ,2019 ; Accepted: February 25 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบ 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยทำความเข้าใจปัญหา (Research) ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหา (Model Development) ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Outcome Evaluation) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก คู่มือรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยโปรแกรม 8 กิจกรรม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและของผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล พบว่า ไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากพอ หรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.91 และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับดี ร้อยละ 45.84 โดยผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนจากบุคคลากรภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลโปรแกรม 8 กิจกรรม ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=13.10; p-value<0.001) มีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 81.25) ระยะที่ 4 ประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแล มีความพึงพอใจ ร้อยละ 100 และควรนำรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้ในชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป รวมทั้งนำไปขยายผลใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ด้วย โดยการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ ครอบครัว ชุนชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ในการพัฒนา แก้ไขปัญหาของชุมชน และพัฒนาให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการสุขภาพ, การดูแลผู้สูงอายุ, การวิจัยและพัฒนา

Abstract

The purpose of this research and development study was to improvement of the elderly care model. The research procedure consisted of 4 phases including 1) context analysis research, 2) developing the model, 3) Implementing of the model and 4) improving and evaluating the model. The instruments used in this study were a group discussion, an in-depth interview, a handbook of elderly caregiving activities, questionnaires, and behavioral observation. The data were analyzed and described using percentage, mean, standard deviation, independent t- test, and content analysis.

The results of this study revealed that development of the elderly care model for elderly caregivers. The participants of this study were promoted to adapt their elderly caregiving through 8 activities as follows (Create-2-BASE-Learning and Development); 1) create to skills, 2) buddy, 3) buddhist sabbath, 4) Sharing experiences of elderly, 5) Sharing experiences of elderly, 6) exercise, 7) learning by doing of caregiver and 8) development of master. The results of the model implementation revealed that that knowledge of the elderly caregivers after using the model was higher than prior to using it, which was statistically significant (t = 13.10; p-value <.001). In relation this, the elderly caregivers had high levels of health care behavior of the elderly and were satisfied with the high levels of health care for the elderly. Overall, experts were satisfied with the model, which was at a higher level, allowing caregivers to take care of the elderly's health.

Keywords: Management care model, Elderly care model, Research and Development

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบัน มีการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในปี 1985 พบว่า ทั่วโลก มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 5.7 ในประเทศพัฒนาแล้วร้อยละ 11.1 และประเทศกำลังพัฒนาร้อยละ 4.0 มีการคาดประมาณแนวโน้มของการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2025 ทั่วโลกจะมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 9.5 ประเทศพัฒนาแล้วร้อยละ 17.5 และประเทศที่กำลังพัฒนา ร้อยละ 7.8 ปี พ.ศ. 2530 รายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุกล่าวว่าภายในปี พ.ศ. 2543 คาดคะเนได้ว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุในโลกจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2503 อัตราส่วนของผู้สูงอายุในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาจะเท่าเทียมกัน แสดงว่า การเพิ่มมากขึ้นของผู้สูงอายุในโลกเป็นการเพิ่มในประเทศกำลังพัฒนาเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในภาคพื้นเอเชีย [1]ซึ่งเหตุที่ประชากรสูงอายุที่มีอัตราส่วนมากขึ้น (Process of Population Aging) เกิดจากเหตุผล 2 ประการ คือ 1. อัตราการเกิดลดลง (Declining Crude Birth Rate) และ 2. อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงขึ้น อายุขัยเฉลี่ยนี้สูงขึ้นทุกประเทศไม่มากก็น้อย เนื่องจากอัตราการตายลดลง โดยเฉพาะอัตราการตายของทารกแรกคลอดลดลงมากตามความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขของโลก

สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า โครงสร้างประชากรโดยรวมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ปิรามิดทางประชากรกลายเป็นรูปแจกัน สัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่เด็กลดลง ถึงแม้ประชากรวัยทำงานจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่จะเริ่มลดลงในอีก 10-15 ปีข้างหน้าและมีผลต่อภาวะพึ่งพา (Dependency Ratio) ทำให้เป็นผลสืบเนื่องต่อสถานะเศรษฐกิจ ขนาดและสัดส่วนของผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มที่เร็ว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 50 อยู่ในครัวเรือนขยายที่มีสามรุ่นอายุคน คือ ผู้สูงอายุ ลูก และหลาน และอีกหนึ่งในสามอยู่ใน 2 รุ่นอายุ โดยส่วนใหญ่ คือ ผู้สูงอายุกับลูกที่สมรส ดังนั้น โดยรวมแล้วกว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุในปัจจุบันอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายและที่เป็นครอบครัวเดี่ยวก็จะมีบ้านของลูกหลานอยู่ใกล้กัน แต่สำหรับผู้สูงอายุในอนาคตจำนวนเฉลี่ยของบุตรจะลดลงเป็น 2 คน ดังนั้น โอกาสการเป็นครอบครัวขยายในอนาคตจะลดลงและมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุ จะอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยวสูงขึ้น[2]

จังหวัดอุบลราชธานีก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 และมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน ในปี 2561 มีผู้สูงอายุจำนวน 205,698 คน (11.15%) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60–69 ปี) จำนวน 115,716 คน (56.24%) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70–79 ปี) จำนวน 62,657คน (30.44%) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 27,425 คน (13.32%) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 51 คน โดยการฝึกอบรมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 32 คน [3] และฝึกอบรมโดยมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี [4] จำนวน 19 คน รวมทั้งสิ้น 102 คน ปฏิบัติงานใน 25 อำเภอ และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวยากจนยากลำบาก มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,640 คน รองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง พิการ และจิตเวช จำนวน 662 คน ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยไม่มั่นคง สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมต่อการพักอาศัย จำนวน 526 คน ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง จำนวน 249 คน ผู้สูงอายุที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง จำนวน 248 คน

ปัจจุบันอำเภอเขื่องในเป็นอีกหนึ่งอำเภอของจังหวัดอุบลราชธานีที่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุทั้งหมด 16,227 คน (21.18%) ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 182 ชมรม จากแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มวัยสูงอายุ เพื่อการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจนกระทั่งเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต อำเภอเขื่องในได้การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยเป็นตำบลนำร่องในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ตระหนักและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ถูกต้อง เหมาะสมกับวัฒนธรรมบริบทชุมชน ตลอดจนการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบที่ประกอบด้วย การศึกษา 4 ระยะดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยทำความเข้าใจปัญหา (Research) คือบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหา (Model Development) พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการ (Implementation) การนำรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขั้นตอนที 4 การประเมินผล (Outcome Evaluation) การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2560-เมษายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย พยาบาล เจ้าหน้าที่ทีมเยี่ยมบ้านที่ปฏิบัติงาน (ชมรมผู้สูงอายุ คณะทีมโรงเรียนผู้สูงอายุ นักบริบาลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว) ญาติและลูกหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน

เครื่องมือวิจัย

1. การศึกษาบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบมีส่วนร่วม และถอดบทเรียน ในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 15 คนเครื่องมือใช้เป็นคำถามการสนทนากลุ่ม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) [5] ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยรวมเท่ากับ 0.84 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนได้ส่วนเสียใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 48 คน มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นผู้สูงอายุไม่ติดเตียงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ 2) ต้องมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 เดือน 3) ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตามกลุ่มตัวอย่างและ 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วม เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มี 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอนที่ 2 ข้อมูลสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยรวมเท่ากับ 0.85 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เพื่อศึกษาปัญหาจากผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง พร้อมทั้งนำข้อมูลมาเป็นเนื้อหาของการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ได้พัฒนาเครื่องมือดังนี้

1) คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลจากการวิเคราะห์เนื้อหารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ด้านการวัดผลและประเมินผล จำนวน 2 คน ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 6 คน ตรวจสอบความสอดคล้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยรวมเท่ากับ 0.86 และปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ

ผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลต่อไป

2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบทดสอบความรู้ชนิดเลือกตอบการประเมินผล 2 ระดับ คือ ถูกต้อง หรือ ไม่ถูกต้องจำนวน 25 ข้อ ทดสอบค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.22-0.82 และค่าอำนาจจำแนก (r) มากกว่า 0.22 ขึ้นไป พบว่ามีความถูกต้องทางวิชาการสามารถนำไปใช้เป็นแบบทดสอบความรู้ และนำแบบทดสอบไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 (Kuder-Richardson)[5] ได้เท่ากับ 0.84

3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ แบบประเมินส่วนนี้มี 2 ตอน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามรูปแบบของ Likert scale จำนวน 5 ข้อ ตอนที่ 1 เป็นการประเมินความพึงพอใจในด้านประโยชน์ของรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านกระบวนการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และประเมินผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตอนที่ 2 ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิดและข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยรวมเท่ากับ 0.86

4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบ Likert scale จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินมี 3 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในกิจกรรม กระบวนการและขั้นตอนการดูแล ด้านจิตบริการของผู้ดูแล และด้านคุณภาพในการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง มีความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้เท่ากับ 0.94

5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert scale) จำนวน 40 ข้อ โดยการสร้างแบบสอบถามทักษะ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุลักษณะแบบสอบถามทักษะการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยปรับปรุงพัฒนามาจากแบบสอบถามของ วิชิราพรรณ เทพิน (2553)[6] มีจำนวนแบ่งออกเป็น 40 ข้อ 7 ด้านได้แก่ 1) ด้านโภชนาการและอาหาร 2) ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ 3) ด้านกายบริหารและการออกกำลังกาย 4) ด้านส่งเสริมสุขภาพกาย 5) ด้านการขับถ่าย 6) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ 7) ด้านการปรับตัวต่อความเครียด และ 8) ด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมภายในและภายนอกบ้าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.85 และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบราคเท่ากับ 0.87

6) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน และความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88

7) โปรแกรมการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลจำนวน 8 โปรแกรม รายละเอียดดังนี้

โปรแกรมที่ 1 การฝึกทักษะผู้ดูแล (Create to skills) ได้แก่ ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ความเสื่อมของผู้สูงอายุ คุณค่าผู้สูงอายุ จิตใจและสังคมทั้งทางด้านร่างกายความรู้เรื่องปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเน้นการใช้ตัวแบบที่เป็นสื่อทั้งบุคคลหรือการสังเกตและประสบการณ์

โปรแกรมที่ 2 การพัฒนาผู้ดูแลร่วม (Buddy) (อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุประจำตัวเฉพาะ; คู่ดูแลประจำตัวร่วม) โดยให้มีสมุดบันทึกประจำตัวของผู้ดูแล การฝึกกิจกรรมกายบริหาร กิจกรรมฝึกสมองให้ผู้สูงอายุ การออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสุขภาพ

โปรแกรมที่ 3 กิจกรรมวันธรรมสวนะ (Buddhist Sabbath) หรือ วันขึ้น ๘ ค่ำ, ๑๕ ค่ำ, แรม ๘ ค่ำ และ แรม ๑๕ ค่ำ (๔ ครั้งต่อเดือน) การพบปะผู้สูงอายุที่วัด เป็นกิจกรรมที่นัดหมายทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ การปฏิบัติธรรมและสวดมนต์ด้วยกัน การถวายอาหารเพล 1 ครั้ง/เดือน

โปรแกรมที่ 4 การเสริมคุณค่าผู้สูงอายุมีหลักแนวทางแห่งวิถีพุทธโดยผู้ดูแล (Add value) กิจกรรมการสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการทำความดี การเสียสละ ทำตนให้เป็นประโยชน์ และช่วยเหลือ

โปรแกรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุและผู้สูงอายุ (Sharing experiences of elderly) ณ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลหัวดอน เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้สูงอายุด้วยกัน (25 นาที) เดือนละ 1 ครั้งทุกเดือน

โปรแกรมที่ 6 การบริหารกายและจิต (Exercise) ประกอบด้วย 1) เรื่องกิจกรรมกายบริหาร 14 ท่าสร้างสุขภาพ 2) กิจกรรมการสร้างรอยยิ้มและสันทนาการแก่ผู้สูงอายุ เน้นกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ การแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น หมอลำพื้นบ้านของบ้านท่าวารี บ้านหัวดูน และสรภัญญะ

โปรแกรมที่ 7 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ (Learning by doing of caregiver) ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อละลายพฤติกรรม จากนั้นจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

โปรแกรมที่ 8 การสร้างต้นแบบผู้สูงอายุที่มีคุณค่า (Development of master) เน้นผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้ หรือแบบอย่างในการปฏิบัติ สามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ลูกหลาน จำนวน 4 ประเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเรื่องการทดสอบความรู้การดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการเรียนรู้กิจกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังทดสอบความรู้ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

2. พฤติกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมที่มีต่อรูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลการจัดกิจกรรมรูปแบบหลังวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบเกณฑ์ผู้วิจัยกำหนดคะแนนไว้ดังนี้[5]

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51–4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51–3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51–2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00–1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมและความพึงพอใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปรับปรุง

การปรับปรุงรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลเป็นการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้ความครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในระยะ 3 เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 คน เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากระบวนการกลุ่ม ต่อมาดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยทำความเข้าใจปัญหา (Research) การศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล จำนวน 48 คน ได้ระดมสมองและร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาในบริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบทบาทผู้แลผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสำคัญตามบริบท คือ ไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากพอ หรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 72.91 และผู้ดูแลผู้สูงอายุมี

ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับดี ร้อยละ 45.84 โดยผู้ดูแลมีความต้องการสนับสนุนจากบุคคลากรภาครัฐ เอกชน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 100 ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าไม่มีทักษะในการฝึกบริหารสมองเพื่อป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.75 และยังไม่มีหลักสูตรหรือรูปแบบบริการที่ชัดเจนในการติดตามดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.83 ในส่วนความต้องการของผู้ดูแล พบว่า 1) ต้องการให้มีการเยี่ยมสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้มีกำลังใจเพิ่มมากขึ้น 2) ต้องการได้รับความรู้และวิธีการฝึกสมองป้องกันความเสี่ยงโรคซึมเศร้า 3) ต้องการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน 4) ต้องการรถรับส่งผู้สูงอายุเพื่อเข้ากิจกรรมกลุ่มของโรงเรียนผู้สูงอายุกรณีไปลำบาก 5) อยากให้โรงเรียนผู้สูงอายุทำหลักสูตรในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการเรียนรู้ถ่ายทอดทางภูมิปัญญามากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหา (Model Development) โดยใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแลประกอบการใช้รูปแบบคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดผลการพัฒนาคู่มือดังนี้ 1) การออกแบบพัฒนาหลักสูตรกิจกรรม 2) กำหนดประเด็นการพัฒนารูปแบบร่วมกัน 3) การนำไปทดลองใช้ 4) การประเมินผลเนื้อหาโดยมีคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุประกอบการใช้รูปแบบเพื่อคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลประกอบด้วย 8 หน่วยการเรียน หน่วยการเรียนที่ 1 เรื่องความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ความเสื่อมของผู้สูงอายุ คุณค่าผู้สูงอายุ จิตใจและสังคมทั้งทางด้านร่างกาย ความรู้เรื่องปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนที่ 2 การฝึกกิจกรรมกายบริหาร กิจกรรมฝึกสมองให้ผู้สูงอายุ การลงบันทึกสมุดเยี่ยมบ้าน หน่วยการเรียนที่ 3 เรื่องกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนที่ 4 เรื่องกิจกรรมการสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการทำความดี การเสียสละ ทำตนให้เป็นประโยชน์ และช่วยเหลือ การบำเพ็ญกิจทางศาสนา หรือ เจริญสติ เจริญสมาธิ หน่วยการเรียนที่ 5 เรื่อง กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้สูงอายุด้วยกัน หน่วยการเรียนที่ 6 เรื่องกิจกรรมกายบริหาร 14 ท่าสร้างสุขภาพ และ 2) กิจกรรมการสร้างรอยยิ้มและสันทนาการแก่ผู้สูงอายุ เป็นการสร้างความสนุกเพลิดเพลินให้ผู้สูงอายุ หน่วยการเรียนที่ 7 เรื่องกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล หน่วยการเรียนที่ 8 กิจกรรมการสร้างต้นแบบผู้สูงอายุที่มีคุณค่า ผลการปรับปรุงรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูผู้สูงอายุ พบว่า จากการสนทนากลุ่มอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นในประเด็นคุณภาพของคู่มือประกอบการใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในด้านเนื้อหาภาษาที่เข้าใจง่ายและเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลที่นำไปใช้ได้จริง ผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากขึ้นไป มีความพึงพอใจและโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 ดังนั้นรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลนี้สามารถนำไปใช้แลสุขภาพผู้ดูสูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการ (Implementation) เมื่อนำผลรูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุปฏิบัติจริงที่บ้านจำนวน 48 คน พบว่าจำนวน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

1. มีคะแนนเฉลี่ย เรื่องความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ($\overline{X}$ =20.60, S.D. = 0.72) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ($\overline{X}$ = 14.64, S.D. = 1.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t= 13.10; p-value<0.001) ดังตาราง 1

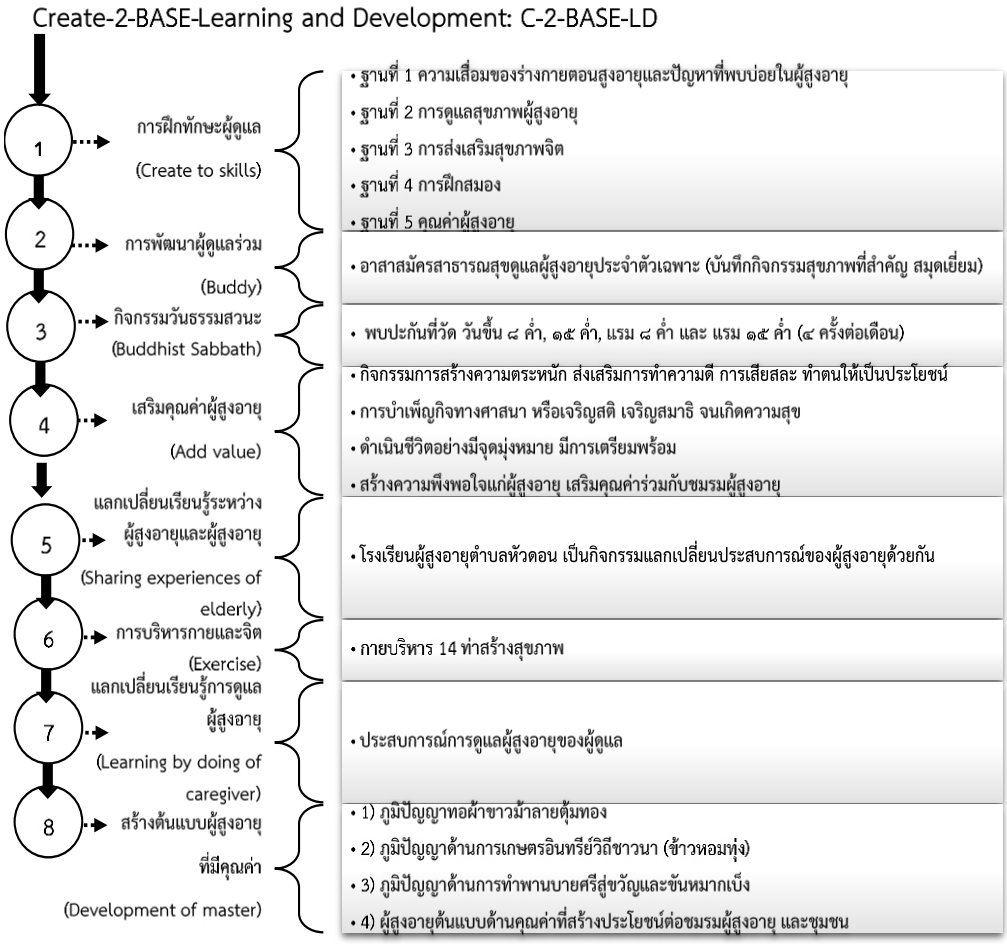
ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ก่อนและหลังการ ทดลอง (n=48)

ความรู้	$\overline{\chi}$	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนการดลอง	14.64	1.71	13.10	47	<0.001
หลังการดลอง	20.60	0.72			

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล หลังการใช้แบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการ

ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =3.61, S.D. = 0.54)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Outcome Evaluation) โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลที่มีต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยบทบาทผู้ดูแล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.38, S.D. = 0.52) ส่วน รายด้านทุกด้านอยู่ระดับมาก ได้แก่ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่มีคุณค่า และมีความสุขที่ได้บริการ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุและด้านความรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นงานที่สังคมยอมรับมีความภาคภูมิใจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.49, S.D.=0.47) ส่วนรายด้านทุกด้านอยู่ระดับมาก ได้แก่ ด้านกระบวนการ ด้านจิตบริการและด้านคุณภาพการให้บริการ



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลโดยรูปแบบที่ได้เป็นกระบวนการกำกับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้[7,8,9,10] นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้อง ต้องเข้าใจบทบาท การให้ความสำคัญ ใส่ใจในแต่ละกิจกรรมที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่สำคัญต้องวางแผนร่วมกันในการควบคุมกำกับ

สนับสนุนซึ่งกันและกัน ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยกิจกรรมในพื้นที่ตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมทักษะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และสมาชิกในชุมชนเองที่ช่วยส่งเสริมให้กิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้น สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้ผู้สูงอายุดังแสดงในภาพประกอบ 1 รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ[11, 12, 13]

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรมีการดำเนินการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุให้ต่อเนื่องระยะยาวในพื้นที่เดิม โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนให้เป็นประโยชน์ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเข้ามามีบทบาทสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความมั่นใจมากยิ่งขึ้น และผู้นำชุมชน โรงเรียนผู้สูงอายุ วัด ต้องเข้ามาช่วยสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ตามเครื่องมือ 8 โปรแกรม เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรนำผลการศึกษาไปขยายผลให้พื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันโดยจำเป็นต้องมีหน่วยงานรัฐในพื้นที่มาช่วยสนับสนุน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด และโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่มีความพร้อมในการสนับสนุนการใช้รูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน และอาจจะประยุกต์ใช้กิจกรรมบางกิจกรรมเพื่อให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

3. นำผลการวิจัยครั้งนี้มาวางแผนการจัดตั้งกลุ่มเตรียมผู้สูงอายุหรือกลุ่มเตรียมการ (40-59 ปี) ในพื้นที่ โดยสนับสนุนกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเตรียมการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ลดภาวะพึ่งพิงผู้ดูแล โดยให้กลุ่มเข้ามาเรียนรู้ร่วมกับทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4. จัดทำแผนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการกำกับติดตามการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยทำแผนประเมินทุก 3 เดือนร่วมกันในระดับพื้นที่ และนำปัญหาที่เกิดขึ้นสู่การแก้ไข ปรับปรุงต่อไป

5. พัฒนาหลักสูตร 8 โปรแกรม ให้เป็นมาตรฐานเพื่อการพัฒนาทักษะ และกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบการสนับสนุน ควบคุมการทำหน้าที่ของทีมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในเชิงรุกอย่างเป็นระบบมากขึ้นในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาระบบและรูปแบบความเข้มแข็งของกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มจิตอาสา เพื่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2. การศึกษาการพัฒนาเครือข่ายบริการผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ

3. การศึกษาการพัฒนาเครื่องมือการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. บรรลุ ศิริพานิช. **ผู้สูงอายุไทย : ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม.** กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2542

2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด. 2552

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. **รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี.** อุบลราชธานี. 2553. (อัดสำเนา).

4. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. **ผลการลงนามร่วมมือ.**2558. เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2558, จาก http:// www.ubu.ac.th/new/index.php

5. บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. 2553

6. วชิราพรรณ เทพิน. **ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ.** สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2553.

7. รัตนา แย้มศรี. **การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองรังสิตธัญบุรี อำเภอ จังหวัดปทุมธานี ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.

8. โรสลิน ปุระสิริ. **อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ตำบลบางสีทอง อำเภอนางกรวย จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลป ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม. 2551.

9. ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา. **รูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้**. ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การศึกษาผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2553.

10. สุมาลี เอี่ยมสมัย, รัตนา เหมือนสิทธิ์ และจรูญศรี ทองมาก. **รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลสูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพุกร่าง อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี**. 2555.

11. Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and Preparedness as Predictora of Caregiver Role Strain. **Research in Nursing & Health**., 13(6), 375-84.

12. Caffey., R.A. **Family caregiving to the elderly in Norteast Thailand: Changing Pattern**. Dissertation of Doctor for Philosophy Department of Anthopology Oregon University. 1991.

13. Supada Kumsuchat. **The development of alliance for health promotion among the older persons in urban community in Bangkok**. **Dissertation of Doctor of Public Health**. Faculty of Graduate Studies Mahidol University. **2003**

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

Cultural Health care of Pulmonary Tuberculosis Buddhist Monk Patients in Kalasin Province.

ธัญญลักษณ์ พรรณประสาทน์[1], สิทธิศักดิ์ จำปาแดง[2], พิสิท บุญไชย[2], ทักษิณาร์ ไกรราช[2]

Tanyaluck Phanprasat[1], Sitthisak Champadaeng[2] , Pisit Boonchai[2], Thaksina Krairach[2]

(Received: January 21 ,2019 ; Accepted: February 22 ,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพมีความมุ่งหมายในการวิจัยเพื่อ 1) เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ 2) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ พื้นที่ทำวิจัยคือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงประกอบด้วย กลุ่มผู้รู้หรือผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มผู้ปฏิบัติ และกลุ่มทั่วไป รวมทั้งสิ้นจำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง และไม่มีโครงสร้าง การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการประชุมเชิงปฏิบัติการนำข้อมูลที่ได้มาจำแนกออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้ายคลึงกันตามกิจวัตรสิบประการที่เป็นพระวินัยของสงฆ์ที่ควรปฏิบัติ อาจคลาดเคลื่อนกันบ้างเล็กน้อยตามบริบทของวัด ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตาม ตั้งแต่ตื่นจากจำวัดในตอนเช้ามืดจนกระทั่งเข้าจำวัดในตอนค่ำ ซึ่งหากพระสงฆ์รูปใดอาพาธ โดยเฉพาะการอาพาธเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้เช่นวัณโรคนั้น กิจวัตรในแต่ละวันหรือ กิจวัตรเกือบทั้งหมดจะต้องละเว้นเนื่องจากต้องรักษาอาการอาพาธ การเว้นจากกิจวัตรสามารถควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่พระสงฆ์ในวัดและประชาชนที่อยู่ใกล้ชิด

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธเป็นวัณโรคของพระสงฆ์นั้นเกิดได้ในสองลักษณะคือ 1. การขาดความตระหนักหรือการไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เช่นการไม่สวมหน้ากากอนามัยป้องกันการเกิดโรคที่สามารถแพร่กระจายในอากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การโดยสารรถยนต์ด้วยกัน การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกัน การใช้ของใช้ร่วมกันได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า การสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรค 2.ความสูงอายุและภาวะที่มีโรคเรื้อรังของผู้ป่วยที่พบมากคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเลือดเป็นต้น เนื่องจากความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำสามารถติดโรคได้ง่าย ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น คือการขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักถึงอันตรายของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค พระสงฆ์ที่อาพาธบางรูปยังคงดำเนินกิจวัตรตามปกติคือรับกิจนิมนต์ โดยไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย ออกบิณฑบาตร่วมอุโบสถ และฉันอาหารร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น ซึ่งทำให้ผู้ที่อยู่ใกล้หรือพระสงฆ์รูปอื่นสามารถรับเชื้อวัณโรคได้

สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัย พบว่าพระสงฆ์ทั่วไปในจังหวัดกาฬสินธุ์ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ไม่ละเอียดครบถ้วน จึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากวัณโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดอื่นคือการขาดการดูแลและขาดการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างในวัดและในชุมชน

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่ามี 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งการดำเนินงานยังเข้าไม่ถึงวัดขณะเดียวกันยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์ การดำเนินงานยังเน้นการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทั่วไป ไม่ใช่โรคติดต่อ ผลการวิจัยพบด้วยว่าคงต้องได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทั้งสองรูป แบบเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์มีรูปแบบดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลัก คือโรงพยาบาล (ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน)ซึ่งเป็นหน่วยวินิจฉัย เริ่มต้นรักษาและขึ้นทะเบียนการรักษาพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค ในชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยที่ต้องเยี่ยม ควบคุมดูแลการฉันยาให้มีความต่อเนื่อง วัด

---

[1] ปริญญา ปร.ด. สาขาวิชา วิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชา วิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

และคณะสงฆ์ที่เป็นองค์กรหลักทางสงฆ์ที่ต้องร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเนื่องจากเป็นสังกัดที่พระสงฆ์อยู่ ซึ่งต้องอาศัยภาคีอื่นในชุมชนหรือองค์กรอื่นช่วยเหลือดูแลเช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน และสำนักงานพระพุทธศาสนา ร่วมดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด

ABSTRACT

The study of cultural health care of pulmonary tuberculosis Buddhist monk patients in Kalasin Province was research and development utilizing qualitative research process. The purpose of the study was, 1) to study health care cultural and daily activities of Buddhist monks in Kalasin Province; 2) to study problems of health care of Buddhist monks who were suffering from pulmonary tuberculosis in Kalasin Province; and 3) to develop health care models of Buddhist monks who were suffering from pulmonary tuberculosis in Kalasin Province. The research was carried out in Kalasin Province. The 118 sample chosen by using purposive sampling method, were key, casual and general informants respectively. The research tools used were structured and unstructured interviews, observations (participant and non-participant), focus-group discussions, and workshops. The data were classified in to categories according to the study, and the analysis was done descriptively based on the research purpose. The results were as follows:

Daily activities of Buddhist monks were similar according to the 10 tasks of the Buddhist discipline. If may vary somewhat in the context of each temple. Regardless of whether or not they were ordained at any temple or monastery, the monks had the same activities from dawn to dusk. If a monk was ill, especially from a disease that could be transmitted to other monks, such as tuberculosis. The monk patients had to abstain from daily activities to cure their illness and control the disease from spreading to the monks and people within the temple.

Risk factors for catching tuberculosis were twofold. First, tuberculosis the lack of disease concern and knowledge in the prevention of tuberculosis, such as not wearing a face mask to prevent the spread of airborne tuberculosis; eating together; car sharing; living in the same room; sharing facilities such as a handkerchief, a towel, a clothing; touching the disease from using the patient's belongings. Second, the elderly and chronic conditions of patients, commonly known as HIV, diabetes, high blood pressure, chronic kidney disease and blood disease. Aging and chronic disease could cause low immunity and people could easily be infected. The risk of tuberculosis transmission to others was a lack of knowledge and understanding of the important of the spread of the tuberculosis. Monks who had some form of pulmonary tuberculosis continued their routine activities, such as accepting an invitation to preach without wearing a face mask; a morning walk for alms; join the Ubosot (go to the chapel) or dining with other monks. People and monks who sat near them could be infected with the tuberculosis.

Upon development models of health care for the Buddhist monks who were suffering from pulmonary tuberculosis in Kalasin Province, the study found that there were 2 models. The first model emphasized health care based on the government health care services which were not available at temples at the time of the study. The system also lacked community participation. The second model emphasized health care for sick monks based on services provided by a group of Buddhist monks. At the time of the study, the health care services provided only for patients who had general health problems not infectious disease like pulmonary tuberculosis. For pulmonary tuberculosis, there was no clearity as to how to go about treating the monk patients. The study suggested that the two models should be further developed so that the treatment could be suitable and more effective.

In conclusion, development models of health care for the monks who were suffering from the given disease in Kalasin Province were carried out by hospitals (general and community hospitals) act as a diagnostic unit, provided treatment and registered of the monks who had pulmonary tuberculosis. Community hospital enhanced health care. Each Tambon Unit visited monk patients and made sure that they continued their medication. Temple and monks acted as Buddhist organization and cooperated with health care authority to prevent the spread of the disease. Other local authorities also models for monks who were suffering from such illness in Kalasin Province.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis Buddhist Monk Patients

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อที่อันตรายและเป็นภัยคุกคามประชากรโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีอัตราป่วยสูงเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยสูง กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วี สูง และกลุ่มที่สามเป็นกลุ่มประเทศที่มีจำนวนและอัตราป่วยดื้อยาหลายขนานสูง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าหากการควบคุมวัณโรคไม่ได้ผล ช่วงเวลาจากปัจจุบัน ถึง พ.ศ. 2563 จะมีประชากรอีกประมาณ 1,000 ล้านคนที่ติดเชื้อวัณโรค จำนวน 200 ล้านคนจะป่วยเป็นวัณโรค และ 70 ล้านคนจะเสียชีวิตด้วยวัณโรค [1]

ประเทศไทยได้รับการจัดลำดับความรุนแรงของโรควัณโรคจากองค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี 2558 เป็นประเทศ 1 ใน 14 ประเทศของโลก ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง ทั้งวัณโรคทั่วไป วัณโรคและเอดส์ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน และคาดว่าผู้ป่วยรายใหม่จะมีจำนวนจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 120,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าวจะมีผู้เสียชีวิต 12,000ราย รวมทั้งมีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประมาณปีละ 2,200 ราย ประเทศไทยมีอัตราป่วยวัณโรครายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก 1.3 เท่า [2] แม้ว่าที่ผ่านมามีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจความชุกวัณโรคทำให้ทราบว่าผู้ป่วยวัณโรคเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย พบวัณโรคในเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบได้บ่อยทั้งคนในเมืองและชนบทโดยเฉพาะตามชุมชนที่ผู้คนอยู่กันอย่างแออัด พบในเด็ก คนสูงอายุ และคนที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้โรคติดต่อสู่ผู้อื่น โดย เฉพาะอย่างยิ่งการไอโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำให้เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่คนรอบข้าง รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด อากาศไม่ถ่ายเท นอกจากนี้ยังมีอีก 2 ปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้วัณโรคควบคุมได้ยากและเกิดการแพร่ระบาดใหม่ไปทั่วโลกนั่นคือ การเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(Multidrug Resistance Tuberculosis; MDR-TB) และการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS) ความแออัดของประชากรหรือชุมชนประชากรไวต่อเชื้อ เช่นมีภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นเอดส์มาก หรือเด็ก ซึ่งมีภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่ดีพอ จะไวต่อการติดเชื้อ เชื้อวัณโรคดื้อยาเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้วัณโรคระบาดเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วย ทุกประเภท ทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 67,789รายอัตราความครอบคลุมต่อการรักษาโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59 ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 62,154 ราย อัตราความครอบคลุมต่อการรักษาโรค(Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 55.33 ปีงบประมาณ 2559มีรายงานผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา 67,193ราย อัตราความครอบคลุมต่อการรักษาโรค(Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59.4

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มลดลงทุกปี คือ 1,241ราย, 1,205ราย และ 1,031ราย ตามลำดับ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำระหว่างปีงบประมาณ 2556– 2558 คือ ร้อยละ 84.19, ร้อยละ 85.68 และร้อยละ 85.33ตามลำดับ เป็นไปได้จากผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคที่สูงขึ้น จะส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์ให้ลดลง ปีงบประมาณ 2558 อัตราความสำเร็จการรักษาร้อยละ 85.33 ปัญหาส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 8.38 ขาดยาร้อยละ 2.10และประเมินการรักษาไม่ได้ร้อยละ 2.10 ข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2560 จำแนกเป็น 10 กลุ่ม รวมประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายทั้งหมด 103,229 คน ผลการคัดกรองค้นหาวัณโรคในไตรมาสที่ 1/2560 (ตุลาคม–ธันวาคม 2559) ได้สัมภาษณ์คัดกรอง 12,657 คน พบอาการสงสัยวัณโรคส่งเอกซเรย์ทรวงอก 2,307 คน ตรวจเสมหะ 870 คน พบว่าป่วยเป็นวัณโรค 54 คน กลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองแล้วพบว่าป่วยเป็นวัณโรคสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ $\geq$ 65 ปี[3] จากการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนในการรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีระยะการนอน

รักษาของผู้ป่วย ตั้งแต่ 5 – 51 วัน เฉลี่ย 11 วัน พบว่ามีผู้ป่วยกลับบ้านแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาตั้งแต่ 5,470 – 72,655 บาท เฉลี่ย 12,061 บาท ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยสูตรยามาตรฐานระยะสั้นสูตรพื้นฐานรักษา 6 เดือน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 5,000 – 10,000 บาท [4]

พระสงฆ์ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามพระธรรมวินัยของพระพุทธเจ้าแล้วนำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย การอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามกฎของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป พระสงฆ์ยังต้องกินอยู่เพื่อบำรุงชีวิตและร่างกายให้ดำรงอยู่ ยังต้องการเครื่องนุ่งห่มเพื่อกันความร้อนเย็น ยังต้องมีที่อยู่อาศัยกันแดดกันฝน และยังต้องการยาอันต้องใช้เพื่อป้องกันรักษาความเจ็บไข้ในร่างกาย สิ่งซึ่งจำเป็นทั้ง 4 อย่างนี้ ภิกษุจะเที่ยวหาโดยใช้ทุนทรัพย์ซื้อหา หรือแลกเปลี่ยนเช่นสามัญชนไม่ได้ เพราะได้สละบรรดาทรัพย์สมบัติแล้ว จึงเป็นหน้าที่ของผู้เป็นคฤหัสถ์ จะต้องจัดหาให้แก่พระภิกษุด้วยน้ำใจศรัทธา ด้วยสิ่งของที่คฤหัสถ์มีอยู่แล้ว หรือซึ่งอาจจะจัดหามาได้ด้วยกำลังทุนทรัพย์[5]

ปัญหาในมิติทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า 1ใน5อันดับโรคที่พระสงฆ์อาพาธ คือโรควัณโรคในอดีตที่ผ่านมาการแก้ไขปัญหาพระสงฆ์อาพาธด้วยวัณโรค และจากสถิติการอาพาธด้วยวัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ จากปีงบประมาณ 2558 ถึง ปีงบประมาณ 2560 พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธ มีจำนวน 15, 18 และ 20 รูป ตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 90,80 และ90ตามลำดับ การดำเนินการที่ผ่านมาพระสงฆ์จะดำเนินการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดบริการให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัด รวมถึงการดูแลด้วยการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ซึ่งในจริยวัตรของพระสงฆ์จะต้องรับกิจนิมนต์เมื่อชาวบ้านมานิมนต์ที่วัด และค่อนข้างปฏิเสธยาก และการที่พระสงฆ์ต้องรับกิจนิมนต์โดยเข้าไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่บ้านของชาวบ้านหรือแม้แต่วันพระสำคัญๆ ที่มีทั้งพระสงฆ์รวมทั้งฆราวาสมาดำเนินกิจกรรมทางศาสนาร่วมกับทางวัด ในเรื่องของการรักษา พระสงฆ์เป็นสมณเพศที่ทุกคนให้ความเคารพให้ความศรัทธา บางครั้งการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ยังเป็นไปด้วยความเกรงใจ เช่นในเรื่องของการดูแลความสะอาด สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพราะเจ้าหน้าที่ และแม้แต่พระสงฆ์ด้วยกันเอง คิดว่าการให้คำแนะเช่นนั้นอาจไม่เหมาะสม การที่พระสงฆ์ไม่มีผู้ดูแลชัดเจนเหมือนประชาชนทั่วๆไป การที่ยังไม่ปรับพฤติกรรมบางอย่างเช่นเรื่องการที่พระสงฆ์ยังคงสูบบุหรี่ การรับกิจนิมนต์และต้องไปปฏิบัติกิจโดยเทศนา ทั้งที่ป่วยด้วยโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ๆ และไม่ได้มีวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเป็นรูปธรรม จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวอ้างอิงในข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษารูปแบบ การพัฒนาการดูแลคุณภาพชีวิตพระสงฆ์และการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์และประชาชนในการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรควัณโรค ให้มีรูปแบบที่เป็นการรักษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธ และการพัฒนารูปแบบการการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จะมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตพระสงฆ์ที่อาพาธดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและจริยวัตรของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเป็น) โดยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Document) และเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนาม (Field Study) เพื่อศึกษาองค์ความรู้ ความเป็นมา

สภาพปัจจุบัน ปัญหาของการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลาในการวิจัย ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2558 – กันยายน 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวนทั้งสิ้น 119 รูป/คน กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้รู้ (Key Infoemant) โดยพิจารณาจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่สามารถให้ข้อมูลความรู้ ความเป็นมา สภาพปัจจุบัน และรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค จำนวน 23 รูป/คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย พระสงฆ์ ที่มีสมณศักดิ์เป็นพระสังฆาธิการระดับจังหวัดรวม 3 รูป เจ้าคณะอำเภอ จำนวน 2 รูป เจ้าคณะตำบล จำนวน 2 รูป ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 2 คน ข้าราชการจากสำนักพุทธศาสนา จำนวน 1 คน ตัวแทนแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 คน แพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 5 คน รวมจำนวน 18 คน

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) โดยพิจารณาผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอด ได้แก่ 1) พระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่อาพาธด้วยโรควัณโรค ในขณะที่ศึกษา จำนวน 9 รูปโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรคและปัจจุบันรักษาหายแล้ว จำนวน 3 รูป กลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวัณโรคปัจจุบันกำลังรักษา จำนวน 3 รูป และกลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรครักษาหายแล้วกลับเป็นซ้ำ จำนวน 3 รูป 2) เจ้าอาวาสวัดและพระสงฆ์ที่อยู่ในวัดเดียวกัน จำนวน 9 รูป 3) พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรคโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล จำนวน 8 คน รวมจำนวน 26 คน 3) กลุ่มบุคคลทั่วไป (General Informant) โดยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป ที่ไปวัดบ่อยเช่นกรรมการบริหารวัด ผู้นำหมู่บ้าน ประชาชนที่ไปวัดเกือบทุกวันเพื่อจัดปิ่นโตอาหาร จำนวน 9 กลุ่ม รวม 75 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) เป็นการเตรียมเค้าโครงถาม-ตอบ ในประเด็นสำคัญ เพื่อใช้สัมภาษณ์กลุ่มกลุ่มพระสงฆ์ที่กำลังอาพาธเป็นวัณโรค

ตอนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรคและรูปแบบที่เหมาะสมของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เมื่ออาพาธเป็นวัณโรค

ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของพระสงฆ์อื่นที่ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธ และความสัมพันธ์กับกิจกรรมการดูแลสุขภาพ ในเรื่องปัญหาสุขภาพ ผลการเปลี่ยนแปลง ทัศนะ และผลกระทบที่มีต่อตนเอง ครอบครัว สังคม วัฒนธรรมชุมชน

1.2) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) เพื่อใช้สัมภาษณ์พระสงฆ์ในประเด็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว เกี่ยวกับจริยวัตรในแต่ละวัน

1.3) แบบสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม หรือการสังเกตแบบภาคสนาม (Field Observation) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) ใช้กับกลุ่มพระสงฆ์ที่เข้าร่วมกิจกรรม สังเกตเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

1.4) การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้เฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มหลักดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ 1.กลุ่มพระสงฆ์ที่เคยอาพาธเป็นวัณโรค 2. กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3.กลุ่มญาติโยมประชาชนทั่วไปในชุมชนรวมทั้งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกำหนดกลุ่มสนทนาอยู่ระหว่าง 5-7 คน ทั้งนี้ เพื่อศึกษาทัศนคติของบุคคลในแต่ละกลุ่มสนทนา โดยแสดงความคิดเห็นร่วมกันในลักษณะการเคลื่อนไหวภายในกลุ่ม (Group Dynamic)

ขณะเดียวกันผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มสนทนา และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาสรุปหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมในการปรับใช้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์

1.5) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshops) เป็นการประชุมเป็นโดยกำหนดหัวข้อการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีตัวแทนของกลุ่มผู้รู้ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (General Informant) เพื่อให้ได้ข้อสรุปของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค ได้แก่พระสงฆ์ที่มีสมณศักดิ์เป็นพระสังฆาธิการระดับเจ้าคณะจังหวัด เจ้าคณะอำเภอ เจ้าคณะตำบล ผู้แทนสำนักพุทธศาสนา ผู้แทนวัฒนธรรมจังหวัด ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนผู้นำชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทำ (Workshop) มีขั้นตอนในการใช้เครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาความรู้ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัดความต้องการและศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานที่ศึกษาเป็นวิธีการที่เปิดโอกาส ให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมวิเคราะห์พัฒนาทางเลือก พัฒนาวิธีการเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา เกิดการตัดสินใจรวมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน และเพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติ ดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเป็นรูปธรรม

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

1. นำข้อมูลภาคสนาม และข้อมูลด้านเอกสารเกี่ยวกับการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในทุกพื้นที่ ที่มีพระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรคทำการวิเคราะห์โดยวิธีการ Method of Agreement ซึ่งประกอบด้วย การตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ในเชิงแนวคิดทฤษฎี โดยพิจารณาเอกสารที่เป็นเรื่องเดียวกันจากหลายๆ แหล่ง หากข้อมูลตรงกันก็มีความเชื่อถือ และสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการอ้างอิงได้

2. นำข้อมูลภาคสนาม และข้อมูลด้านเอกสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคทุกรายที่เก็บข้อมูลมาได้นำมาแจกแจงข้อมูล (Typology Analysis) ออกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นศึกษา เรื่องกิจวัตรหรือจริยวัตรความเป็นอยู่ ความรู้เรื่องโรค การดูแลขณะรักษา การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

3. วิเคราะห์ข้อมูลตามความมุ่งหมายของการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยการเขียนแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม (Cultural Qualitative Research) ความถูกต้องของข้อมูลการวิจัย จะใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (MethodologicalTriangulation) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของพระสงฆ์

1.1 จริยวัตรประจำวันของพระสงฆ์ จริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้าย ๆ กัน คลาดเคลื่อนกันไม่มาก ไม่ว่าจะบวชที่วัดใดหรือนิกายใดก็ตาม โดยเริ่มจาก ตื่นนอนตอนเช้า จะมีการทำวัตรเช้าประมาณตีห้าประมาณ 6 โมงเช้าจะออกไปบิณฑบาต ยกเว้นพระที่อาพาธ จะงดเว้นการบิณฑบาต ประมาณ 7 โมงเช้า จะกลับมาจากบิณฑบาต แล้วจึงฉันภัตตาหารเช้า ซึ่งส่วนใหญ่จะฉันร่วมกัน และถ้าเป็นพระสงฆ์ธรรมยุตินิกายพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะฉันอาหารครั้งเดียวประมาณ 7 ถึง10 นาฬิกาแล้วแต่วัด หลังจากฉันเช้าเสร็จแล้ว จากนั้นจะเป็นช่วงอิสระ มีภารกิจส่วนตัวอย่างใด ก็จะแยกย้ายไปทำภารกิจนั้น หรืออาจจะดูแลปัดกวาดเช็ดถูวัด เก็บขยะในวัด ล้างห้องน้ำ แล้วแต่จะถูกมอบหมายภารกิจ จนกระทั่งประมาณ 11 นาฬิกา สำหรับวัดที่ฉันสองครั้งจะกลับมาฉันเพลร่วมกัน เสร็จแล้วก็เป็น

ช่วงว่างซึ่งเป็นช่วงอิสระ หรือดำเนินกิจส่วนตัว หรือทำภารกิจที่ค้างไว้ยังไม่เสร็จจนกระทั่งประมาณ 6 โมงเย็น จะมีการทำวัตรเย็นร่วมกันของพระในวัดอีกครั้ง เสร็จแล้วก็แยกย้ายไป ทำภารกิจส่วนตัวและเข้าจำวัด สำหรับวันพิเศษเช่นวันพระ จะมีการสวดมนต์คือทำอุโบสถศีลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวัดจะจัดตารางเวลาตามบริบทของวัดนั้นๆ โดยมากมักเป็นช่วงบ่าย

การดำเนินจริยวัตรหรือกิจวัตรในแต่ละวันของพระสงฆ์เป็นหน้าที่ตามพระวินัยสิบประการนี้เป็นหน้าที่และรูปแบบที่ดีของพระสงฆ์ที่จะต้องปฏิบัติ และพระวินัยได้กำหนดกิจวัตรของพระสงฆ์สิบประการ 1) การลงอุโบสถ 2) การบิณฑบาตเลี้ยงชีพ 3) การสวดมนต์ไหว้พระ 4) การกวาดอาวาสวิหารลานพระเจดีย์ 5) การรักษาผ้าครอง 6) การอยู่ปริวาสกรรม 7) การโกนผมปลงหนวดตัดเล็บ 8) การศึกษาสิกขาบทและปฏิบัติพระอาจารย์ 9) การเทศนาบัติ 10) การพิจารณาปัจจเวกขณะทั้ง 4 ซึ่งถ้าเป็นพระสงฆ์บวชใหม่ต้องพยายามฝึก เพื่อความเป็นพระในหน้าที่ กิจวัตรสิบข้อนี้ คือ รูปแบบของผู้ที่จะเป็นพระสงฆ์ที่ดี แต่หากพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคนั้น กิจวัตรทั้งสิบข้อนี้มีทั้งข้อที่จำเป็นที่จะต้องปฏิบัติ และมีบางข้อที่จำเป็นต้องหลีกเว้น เช่นกิจวัตรข้อที่สี่ ที่ว่าด้วยเรื่องของการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เพื่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี ข้อเจ็ดเรื่องการรักษาการรักษาความสะอาดร่างกายเพื่อลดเชื้อโรคที่มีในร่างกาย สองข้อนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถือปฏิบัติเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค นอกนั้นเป็นข้อที่ต้องพิจารณาเว้นไว้ก่อนเมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธ เนื่องจากต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่น

1.2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์

1.2.1 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการสาธารณสุข รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบบริการสาธารณสุขมีระบบและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในการศึกษานี้คือ รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เป็นพระสงฆ์ ยังไม่ปรากฏชัดเจน ตั้งแต่โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการตรวจ รักษายังไม่มีช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์ ในระบบการรักษาผู้ป่วยในบางโรงพยาบาลไม่มีห้องแยกที่รักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อวัณโรค เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มไม่มีเฉพาะสงฆ์ให้สำหรับเปลี่ยน คำแนะนำที่ได้รับยังไม่ละเอียดตามบริบทความเป็นพระสงฆ์ การติดตามการเยี่ยมยังไม่มีความชัดเจน การควบคุมกำกับการฉันยาตามระบบ DOT ยังไม่มีความชัดเจน และขาดการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

1.2.2 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์ สภาพปัญหาของการดูแลพระสงฆ์ของคณะสงฆ์ เมื่อมีพระสงฆ์อาพาธในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีระบบและขั้นตอนการดำเนินการเป็นรูปธรรมตามความเหมาะสมของบริบทของพระสงฆ์มาแต่เดิม ปัญหาที่พบในการศึกษานี้คือ การดูแลพระสงฆ์เมื่ออาพาธทั่วไปมีการดูแลกันในวัดตามบริบทของวัดนั้นๆ ส่วนรูปแบบของการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธจากการเป็นโรคติดต่อโดยเฉพาะวัณโรคปอดซึ่งเป็นโรคที่สามารถแพร่ กระจายเชื้อจากผู้หนึ่งไปยังอีกผู้หนึ่งได้ถ้าไม่มีระบบการป้องกันที่ดี สิ่งเหล่านี้ยังไม่ปรากฏให้เห็นการดูแลกันในวัดอย่างชัดเจน ทั้งสายมหานิกายและธรรมยุตินิกาย

2. สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธเป็นวัณโรคปอดของพระสงฆ์ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเกิดได้ในสองลักษณะ คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธ และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ปัจจัยของการเสี่ยงต่อการอาพาธของพระสงฆ์คือ เมื่อทราบว่ามีพระสงฆ์รูปหนึ่งเป็นวัณโรค การที่จะไปรับเชื้อจากผู้ป่วยนั้นเกิดจากความไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เช่นไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยป้องกันเนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้ในอากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การนั่งรถยนต์ที่เป็นระบบปิด (ไม่ได้เปิดหน้าต่างรถยนต์) การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกัน การใช้ของใช้ร่วมกันได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า หรือจากการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งต้องล้างมือบ่อยๆ และยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อวัณ

โรคมากขึ้นคือความสูงอายุ และภาวะที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนที่พบเป็นมากคือผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเลือดเป็นต้น เนื่องจากความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำ และสามารถติดโรคได้ง่าย

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดไปสู่ผู้อื่นของพระสงฆ์ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น คือการที่พระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรคไม่ได้ดำเนินวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นในระยะแพร่กระจายเชื้อของโรค เช่น การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การออกบิณฑบาต การนั่งฉันอาหารร่วมกันของพระสงฆ์ในวัด การรับกิจนิมนต์เพื่อไปแสดงพระธรรมเทศนา การประกอบศาสนกิจต่างๆ ร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น การสวมห่มเครื่องนุ่งห่มที่ไม่ได้ซักทำความสะอาดบ่อยๆ การกำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลายที่ไม่ถูกวิธี รวมทั้งการไม่ได้ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยไม่เปิดประตูและเปิดหน้าต่างเพื่อรับแสงแดด เพราะที่อยู่อาศัยที่ไม่สะอาดสามารถเป็นแหล่งรังโรคได้

2.3 ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธวัณโรคปอด สภาพปัจจุบัน ปัญหาในเรื่องข้อจำกัดของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าพระสงฆ์ทั่วไป การเข้าถึงบริการที่ยากกว่าบุคคลทั่วไป การได้รับความรู้และคำแนะนำที่ยังไม่ละเอียดพอ จึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และรวมทั้งปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดคือการขาดการดูแลและขาดการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างขณะอาพาธ

3 รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดของคณะสงฆ์จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ 1) โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัด เปิดช่องทางด่วนสำหรับพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจและขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค เมื่อรับการรักษาในสถานพยาบาล การตรวจและรักษาในช่องทางที่กำหนดขึ้นเป็นพิเศษที่แยกออกจากประชาชนทั่วไป 2) สถานบริการสาธารณสุขจะต้องให้การคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำปีแก่พระสงฆ์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสำหรับพระสงฆ์ที่สูงอายุและมีโรคประจำตัวจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ของการรักษาโรคนั้นๆ โรคที่ต้องทำการคัดกรองคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต ไขมันในเส้นเลือด โรคหัวใจ และโรคทางทันตกรรมเป็นต้น โดยใช้แบบคัดกรองตามกลุ่มอายุ และตามกลุ่มโรค และเมื่อมีพระสงฆ์ในวัดใดวัดหนึ่งเป็นวัณโรคปอดจะต้องมีการคัดกรองตามแนวทางของวัณโรค 3) โรงพยาบาลในระดับจังหวัดและระดับอำเภอทุกแห่งทำการตรวจรักษาให้การรักษาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ จัดทำคู่มือการรักษาเฉพาะสำหรับพระสงฆ์และขึ้นทะเบียนการรักษา หลังจากนั้นจะต้องแจ้งประสานเจ้าคณะตำบล เจ้าอาวาสวัด ตามนิกายที่สังกัด ประสานแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าของพื้นที่ ที่วัดนั้นๆ ตั้งอยู่ 4) สถานบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องไปให้ความรู้เรื่องโรควัณโรคแนวทางการดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และทำการเยี่ยมพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเคร่งครัด และจัดให้มีผู้สังเกตการฉันยา(Directly Observed Treatment, Short Course) โดยอาสมัครทุกวัน ผู้สังเกตอาจเป็นพระหรือเณรในวัดหรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ชายในชุมชนและบันทึกการฉันยาของพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นั้นจะต้องไปตรวจเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้งใน2 เดือนแรกและเดือนต่อไปอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งอย่างต่อเนื่องจนกว่าเสร็จสิ้นการรักษา ในกรณีที่วัดไม่มียานพาหนะ หรือพระสงฆ์ที่อาพาธรูปนั้นมีปัญหาการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลตามที่แพทย์นัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องแจ้งประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบไปส่งเมื่อถึงวันที่แพทย์นัด

2. รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์ คณะสงฆ์และวัด 1) เจ้า

อาวาสวัดจะต้องรับทราบและแยกกุฏิ ให้พระสงฆ์ที่อาพาธอยู่รูปเดียวใน กรณีที่อยู่กุฏิกับพระสงฆ์รูปอื่น และมอบหมายการดูแลแก่อาสาสมัครผู้ชายในพื้นที่ หรือหากไม่มีอาสมัครผู้ชายสังเกตการฉันยาจะต้องมอบหมายการดูแลแก่พระสงฆ์รูปอื่นที่อยู่ในวัดด้วยกันให้ช่วยเตือนการฉันยา และพระสงฆ์ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลจะต้องหาฆราวาสที่จะช่วยดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาด กุฏิ การช่วยดูแลทำความสะอาดผ้านุ่งห่ม และเครื่องนอน 2) พระสงฆ์ที่อาพาธ เมื่อเริ่มกระบวนการรักษาที่โรงพยาบาลใดจะต้องอยู่รักษา ที่โรงพยาบาลนั้นๆ จนกว่าจะครบการรักษา หรือหากมีความจำเป็นจะต้องย้ายที่อยู่จะต้องแจ้งการย้ายสถานที่รักษาให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นต่อเนื่อง รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง งดการบิณฑบาตอย่างน้อย 2 เดือนหรือจนกว่าจะพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อโรค สวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพูดคุยกับผู้อื่นหรือเมื่อต้องเข้าไปอยู่ในที่ ที่มีคนมาก ดูแลตนเองรักษาความสะอาดร่างกาย ความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม เครื่องนอนถ้าสามารถทำเองได้ ถ้าทำเองไม่ได้จะต้องยินยอมให้ผู้อื่นช่วยเหลือ งดสูบบุหรี่ เครื่องดื่มชูกำลังและปฏิบัติตัวตามคู่มือการรักษาของพระสงฆ์อย่างเคร่งครัด

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลการศึกษาวิจัยที่นำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

ตอนที่ 1 วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและจริยวัตรของพระสงฆ์ จากการศึกษาวิจัยพบว่า พระพุทธศาสนาเปรียบเสมือนรากเหง้าของสังคมไทย มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต ค่านิยม และความเชื่อของคนไทยต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน สถาบันศาสนาเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ ทั้งพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนา ศูนย์การศึกษาท้องถิ่น ตลอดถึงแหล่งสืบทอดและเรียนรู้ทางศิลปวัฒนธรรมที่สำคัญ พระสงฆ์ เป็นหนึ่งในพระไตรรัตน์ หรือแก้วสามประการ อันได้แก่ พระพุทธ พระ ธรรม และพระสงฆ์ มีบทบาทและมีความสำคัญในสังคมไทย โดยเป็นผู้เผยแผ่พระธรรมจรรโลงศาสนา [6] จากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป ไม่เว้นแม้ในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ในปัจจุบันพระภิกษุสูงอายุในประเทศไทยกำลังประสบปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งต่อการจรรโลงศาสนาและจิตใจของชาวพุทธ เป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งสอนขององค์สมเด็จสัมมาสัมพุทธเจ้า การที่อยู่ในเพศบรรพชิตซึ่งต้องปฏิบัติตามกฎและระเบียบของสงฆ์ที่เหมือนกับประชาชนทั่วไป อดีตที่ผ่านมาพระสงฆ์เป็นกลุ่มที่โอกาสน้อยในการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ ขาดการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมเนื่องจากต้องปฏิบัติศาสนกิจ ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัณณธร ชัชวรัตน์ (2553)[5] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พระสงฆ์จำนวนมากที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง แต่ก็ยังคงมีพระสงฆ์จำนวนหนึ่งที่อาพาธด้วยโรคติดต่อ การเยี่ยมและฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้พระสงฆ์ดำเนินชีวิตไปตามลำพังซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้พระสงฆ์ขาดการฉันยา ขาดการนัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และขาดการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต สอด คล้องกับงานวิจัยของพระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต (2557)[7] ที่ได้ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดำเนินจริยวัตรหรือกิจวัตรในแต่ละวันของพระสงฆ์เป็นหน้าที่ตามพระวินัยสิบประการนี้เป็นหน้าที่และรูปแบบที่ดีของพระสงฆ์ที่จะต้องปฏิบัติและพระวินัยได้กำหนดกิจวัตรของพระสงฆ์สิบประการจริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้าย ๆ กัน คลาดเคลื่อนกันไม่มาก ไม่ว่าจะ

บวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตาม จริยวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน จะมีความเป็นแบบแผนตามเวลาที่คล้ายคลึงกันตามกิจวัตรสิบประการที่เป็นพระวินัยของสงฆ์ที่ควรปฏิบัติ อาจคลาดเคลื่อนกันบ้างเล็กน้อยตามบริบทของวัด ไม่ว่าจะบวชที่วัดใด หรือนิกายใดก็ตาม โดยเริ่มจาก ตั้งแต่ตื่นจากจำวัดในตอนเช้ามืดจนกระทั่งเข้าจำวัดในตอนค่ำ สำหรับวันพิเศษเช่นวันพระ จะมีการสวดมนต์คือทำอุโบสถศีลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวัดจะจัดตารางเวลาตามบริบทของวัดนั้นๆ แต่หากพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคนั้น กิจวัตรทั้งสิบข้อที่ถือปฏิบัติ บางข้อที่เกี่ยวข้องที่ว่าด้วยเรื่องของการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เพื่อการมีสิ่งแวดล้อมที่ดีและการมีสุขภาพที่ดี และข้อที่ว่าด้วยเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกายเพื่อลดเชื้อโรค จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถือปฏิบัติเมื่ออาพาธเป็นวัณโรค นอกนั้นเป็นข้อที่ต้องพิจารณาเว้นไว้ก่อนเมื่อพระสงฆ์เกิดการอาพาธเนื่องจากจะต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคจากตนเองไปสู่บุคคลอื่น

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในอดีตที่ผ่านเป็นการดูแลสุขภาพรูที่มีรูปแบบการดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 2 ระบบ คือการดูแลตามระบบบริการสาธารณสุขและระบบการดูแลของคณะสงฆ์ซึ่งทั้งสองระบบมีการดำเนินงานที่ผ่านมาอยู่แล้วโดยที่รูปแบบการบริการสาธารณสุขพบปัญหาการดำเนินงาน DOT ยังเข้าไม่ถึงวัดทำให้พระสงฆ์เข้าถึงบริการการรักษาได้ยาก สอดคล้องกับงานวิจัยของเดชา บัวเทศ (2553 : 296)[8] ที่ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน อีกทั้งยังขาดการดึงบุคคลในชุมชนเข้ามาช่วยดูแล ส่วนรูปแบบการดูแลของคณะสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์พบปัญหาคือการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคยังไม่มีความชัดเจนพระสงฆ์จะดูแลการอาพาธซึ่งไม่ได้เน้นโรคติดต่อ การดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ยังคงต้องได้มีการพัฒนาทั้งสองระบบเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีความเหมาะสมชัดเจนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนตัวพระสงฆ์เองนั้น จะมองโลกในแง่ดีและยึดมั่นในพระธรรมคำสอน ที่จะพยายามไม่เบียดเบียนผู้อื่นจึงไม่มีการร้องขอให้ใครมาช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย ประกอบกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป ทำให้พระสงฆ์เกือบทั้งหมดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคิดเหมือนกันว่า พระสงฆ์ต้องพึ่งตนเองก่อน เมื่อพึ่งไม่ไหวจึงจะพึ่งผู้อื่นและผู้อื่นในที่นี้ก็คือหน่วยงานของรัฐ และบุคลรอบข้าง สอดคล้องกับงานวิจัยของเดชา บัวเทศ (2553 : 299)[8] จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า เรื่องของสังคมเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเกี่ยวข้อง กับทุกๆ เรื่อง ทุกๆ กิจกรรม คนหรือมนุษย์เป็นผู้กระทำกิจกรรมหรือทำให้สังคมมีชีวิต หากปราศจากความร่วมมือ ขาดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินในชุมชนมักจะไม่ประสบผลสำเร็จตามที่ชุมชนตั้งความหวังไว้ ซึ่งมีข้อแนะนำจากมอร์ช ชอวดริ้ย์ (2004)[9] ที่กล่าวว่าสมาชิกในชุมชนจะเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพก็ต่อเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญยังให้ความเห็นว่า ระบบการดูแลสุขภาพไม่ได้เคารพความรู้ของคนในชุมชน การขจัดความไม่เท่าเทียมกันจะทำให้การมีส่วนของชุมชนได้ผลดีในระดับท้องถิ่น และซาคัส (1988)[10] ได้กล่าวเสริมว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกและกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบอย่างหนึ่งของการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในชุมชน ดังนั้นการที่องค์กรจะใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนก็จะต้องเข้าใจในบริบทของชุมชนด้วย

2. สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธวัณโรคของพระสงฆ์ เกิดได้ในสองลักษณะ คือปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการอาพาธ และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น ปัจจัยของการเสี่ยงต่อการอาพาธของพระสงฆ์คือ เมื่อทราบว่ามีพระสงฆ์รูปหนึ่งเป็นวัณโรค การที่จะไปรับเชื้อจากผู้ป่วยนั้นเกิดจากความไม่ตระหนักหรือไม่มีความรู้ในการป้องกันโรค เช่นไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยป้องกันเนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายได้ในอากาศ การนั่งรับประทานอาหารร่วมกัน การนั่งรถยนต์ที่เป็นระบบปิด (ไม่ได้เปิดหน้าต่างรถยนต์) การอาศัยอยู่ในห้องเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยพูด ไอหรือจามก็สามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นได้ การใช้ของใช้ร่วมกัน

ได้แก่ผ้าเช็ดหน้าผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า หรือจากการสัมผัสเชื้อโรคที่อยู่ตามข้าวของเครื่องใช้ของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งต้องล้างมือบ่อยๆ และยังมีปัจจัยที่เอื้อต่อการติดเชื้อวัณโรคมากขึ้นคือความสูงอายุ และภาวะที่มีโรคประจำตัวอยู่ก่อนที่พบเป็นมากคือผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเลือดเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิมล พลวรรณ (2552)[11] ที่พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 59.4 โรคเบาหวานร้อยละ 32.2 โรคหัวใจร้อยละ 13.8 และผลจากการสูบบุหรี่ให้เป็นโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 5.7 เนื่องจากความสูงอายุและความที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังจะทำให้ภูมิต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำ และสามารถติดโรคได้ง่าย

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น คือ การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยการออกบิณฑบาต การนั่งฉันอาหารร่วมกันของพระสงฆ์ในวัด การรับกิจนิมนต์ เพื่อไปแสดงธรรมหรือเทศนา การประกอบศาสนกิจต่างๆ เครื่องนุ่งห่มที่ไม่ได้ซักทำความสะอาดบ่อยๆ ทำให้เกิดการหมักหมมของเชื้อโรค การกำจัดขยะที่เปื้อนน้ำมูก น้ำลายที่ไม่ถูกวิธี รวมทั้งการไม่ได้ทำความสะอาดที่อยู่อาศัยไม่เปิดประตูและเปิดหน้าต่างเพื่อรับแสงแดด เพราะที่อยู่อาศัยที่ไม่สะอาดสามารถเป็นแหล่งรังโรคได้

ข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อาพาธเป็นวัณโรคปอด สภาพปัจจุบัน ปัญหาในเรื่องข้อจำกัดของพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการศึกษาถึงสภาพปัจจุบัน พบว่าพระสงฆ์ทั่วไป ได้รับความรู้และคำแนะนำที่ยังไม่ละเอียดพอ จึงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวัณโรคยังไม่ถูกต้อง พระสงฆ์ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และเมื่ออาพาธเป็นวัณโรคแล้วก็ยังมีความรู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และรวมทั้งปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดคือการขาดการดูแลและขาดการสนับสนุน จากบุคคลรอบข้างขณะอาพาธ

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่ามี 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดตามระบบบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งการดำเนินงานยังเข้าไม่ถึงวัดขณะเดียวกันยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) รูปแบบการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคตามระบบการดูแลของคณะสงฆ์ การดำเนินงานยังเน้นการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคทั่วไปไม่ใช่โรคติดต่อ ผลการวิจัยพบด้วยว่าคงต้องได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ทั้งสองรูป แบบเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคปอดในจังหวัดกาฬสินธุ์มีรูปแบบดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลัก คือ โรงพยาบาล (ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน)ซึ่งเป็นหน่วยวินิจฉัย เริ่มต้นรักษาและขึ้นทะเบียนการรักษาพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรค ในชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยที่ต้องเยี่ยมควบคุมดูแลการฉันยาให้มีความต่อเนื่อง วัดและคณะสงฆ์ที่เป็นองค์กรหลักทางสงฆ์ที่ต้องร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เนื่องจากเป็นสังกัดที่พระสงฆ์อยู่ ซึ่งต้องอาศัยภาคีอื่นในชุมชนหรือองค์กรอื่นช่วยเหลือดูแลเช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน และสำนักงานพระพุทธศาสนา ร่วมดำเนินการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคในจังหวัดกาฬสินธุ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคมีสาเหตุมาจากการที่ไม่ได้ระมัดระวังตัวมากนักไม่นึกว่าตนเองจะเป็นโรค สาเหตุอีกประการหนึ่งคือพระสงฆ์มักไม่ค่อย ให้ความสำคัญกับการตรวจสุขภาพร่างกายซึ่งเป็นประการสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พระสงฆ์ควรได้มีการตรวจสุขภาพก่อนบวช โดยเฉพาะโรคที่เป็นโรคติดต่อและหรือโรคทีสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นเช่นวัณโรค และโรคติดต่อ

ร้ายแรงอื่นที่จำเป็นตามสมัย กาลเวลาและ ตามพระวินัยที่บัญญัติ

2. พระสงฆ์ควรได้ตรวจสุขภาพประจำปี โดยให้ความร่วมมือในการตรวจกับหน่วยบริการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ที่วัดต่าง ๆ ตั้งอยู่ เนื่องจากการให้บริการตรวจสุขภาพพื้นฐานเช่นตรวจน้ำตาล วัดความดันโลหิตเป็นหน้าที่ ที่สถานบริการในพื้นที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการออกให้บริการปีละหนึ่งถึงสองครั้ง และสถานบริการควรได้เพิ่มกิจกรรมในการตรวจให้หลากหลายมากกว่าเดิมเช่นการถ่ายภาพรังสีปอด การตรวจระดับไขมันในเส้นเลือด

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรหมั่นออกไปถวายความรู้ด้านการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ เป็นระยะทุก อาจทุก 6 เดือน หรือนิมนต์พระสงฆ์อาสาสมัครวัดเข้ารับการอบรมเป็นระยะเพื่อให้พระสงฆ์มีความรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น หรือจัดถวายความรู้ เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเชิงปฏิบัติการ เพื่อทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่การดื่มสุรา การเสพสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การออกกำลังกาย เป็นต้น จากนั้น ควรแนะนำการเลือกฉันภัตตาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย

4.พระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังควรได้ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่ตนเองเป็นอยู่ ให้มีความรู้ หรืออ่านศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือที่โรงพยาบาลได้ให้ติดตัวไว้ เพื่อให้เข้าใจการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น และหากไม่เข้าใจสามารถสอบถามบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

5. คณะสงฆ์ผู้เป็นฝ่ายบริหารหรือฝ่ายปกครอง ควรร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ให้ดีขึ้น โดยการจัดทำคู่มือการเสริมสร้างสุขภาพ หรือจัดตั้งศูนย์สุขภาพพระสงฆ์ขึ้นภายในวัด หรือมีการมอบหมายภาระกิจชัดเจนแก่พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคและพระสงฆ์รูปอื่นๆในวัด

6. การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากหน่วยงานสาธารณสุข จากผลการวิจัยพบว่า หน่วยงานหรือสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับยังไม่มีระบบหรือแผนงานการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธเป็นวัณโรคอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน การดูแลรักษาจะดำเนินการตามแนวทางของผู้ป่วยวัณโรคอื่น การตรวจสุขภาพหรือการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ การตรวจรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อในวัด และการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขหรือสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับสามารถนาผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้ดังนี้

7. จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีข้อมูลหลายประเด็นที่น่าสนใจและควรดำเนินศึกษาวิจัยเพิ่มเติมหรือต่อยอดงานวิจัยนี้ ได้แก่ ความสำเร็จของการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพโดยพระสงฆ์ การศึกษาการมีอาสาสมัครประจำวัดโดยพระสงฆ์ในวัด หรือฆราวาสที่ยินดีเป็นอาสาสมัครอาจเป็นผู้นำชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินจริยวัตรที่สามารถป้องกันโรคในพระสงฆ์ ทั้งโรคเรื้อรังและโรคติดเชื้อ การศึกษาวิจัยเรื่องสุขภาพพระสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ หรือการใช้เครื่องดื่มชูกำลัง การใช้ยานัตถ์ การฉันอาหารเสริม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ : สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2551.

2. กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564.** กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2559.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. **เอกสารวิชาการแบบตรวจราชการรอบที่ 1 /2560.** กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขกาฬสินธุ์, 2560.

4. กาญจนา พะวินรัมย์. **การจัดการรายกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดและครอบครัว.** รายงานการศึกษาอิสระ พ.ยม. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.

5. ปัณณธร ชัชวรัตน์ และคณะ. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.** รายงานการวิจัย พะเยา : วิทยาลัยพยาบาลพะเยา, 2553.

6. สุนันท์ แสวงทรัพย์ และวันเพ็ญ แก้วปาน. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก," **วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง.** 26(4) ; 2554.

7. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต. **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น. โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย.** วิทยานิพนธ์ ป.ด., ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยวิทยาเขตขอนแก่น, 2557.

8. เดชา บัวเทศ และคณะ. **รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ ของสำนักงานป้องกันควบคุมป้องกันโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี.** รายงานการวิจัย สระบุรี : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี, 2554.

9. Morshed Chowdhury. "Community participation in health care," **World Health Organization.** 82(11) : 123 ; November, 2004.

10. Zakus J. D. L. "Resource Dependency and Community Participation in Primary Health Care," **Social science & Medicine**. 46(4-5) : 475-494, 1998.

11. สุวิมล พลวรรณ และคณะ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสระบุรี.** วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

Prevalence of neonatal respiratory distress syndrome in Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

สุภาพร ประทุมเทศ[1] นพรัตน์ ส่งเสริม เกศรา แสนศิริทวีสุข

Supaporn Pratoomtes , Nopparat Songserm, Getsara SansiritaweesooK

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด ประชากรคือทารกแรกเกิดที่คลอดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 6,209 คน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกคลอดที่มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome, RDS) จากทะเบียนคลอด เก็บข้อมูลด้านมารดาและด้านทารกโดยใช้เวชระเบียนผู้ป่วยใน (inpatient registry) จำนวน 651 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด เท่ากับ 651 คน (ร้อยละ 10.48) พบมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน ร้อยละ 15.06 น้อยที่สุดในเดือนมีนาคม ร้อยละ 7.22 จำแนกตามภูมิลำเนาที่ลงทะเบียนในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล พบว่าภูมิลำเนาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 86.04 ต่างจังหวัด ร้อยละ 12.73 และต่างประเทศ ร้อยละ 1.23 ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบมากที่สุดในอำเภอเมือง ร้อยละ 24.73 นอกเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบมากที่สุดในจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 5.53 และภูมิลำเนาในประเทศลาว ร้อยละ 1.23 ข้อมูลด้านมารดาพบมากที่สุดอายุ 20-34 ปี ดัชนีมวลกาย 18.5-29.99 อาชีพเกษตรกร อายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ตั้งครรภ์แรก ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ 5 ครั้ง การดำเนินการคลอดจากการบันทึกพาโทกราฟอยู่ในเกณฑ์ปกติ มารดาคลอดทางช่องคลอด น้ำคร่ำมีลักษณะปกติ ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ด้านสูติกรรม มารดาไม่มีประวัติได้รับการชักนำการคลอดหรือได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก หรือไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนคลอด ข้อมูลด้านทารกพบมากที่สุดเป็นทารกเพศชาย น้ำหนัก 2500-3500 กรัม เวลาเกิดมากที่สุดอยู่นอกเวลาราชการ การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด ที่ 1 นาที 8-10 คะแนน อัตราการหายใจ 61-70 ครั้งต่อนาที ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัม ความเข้มข้นของเม็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60% ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 85 อาการร่วมกับภาวะหายใจลำบาก คือ intercostal retraction และระยะเวลานอนโรงพยาบาล 1-3 วัน ข้อมูลด้านระบบบริการสาธารณสุขพบมากที่สุดคือมารดาไม่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ส่วนสาเหตุการส่งต่อ คือ Preterm labor

คำสำคัญ : ความชุก, ภาวะหายใจลำบาก, ทารกแรกเกิด, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Abstract

The purpose of this study was to investigate the prevalence of neonatal respiratory distress syndrome (RDS). The population was 6,209 newborns born on 1 January 2015 to 31 December 2015 at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani. The samples were the newborns with RDS. The data of 651 mothers and newborns were collected from inpatient registry. The data were analyzed by frequency distribution and percentage. It was revealed that the prevalence of RDS was 651 people (10.48%). The highest prevalence was found in November (15.06%) while the lowest was in March (7.22%). When classified by the registered domicile in the hospital information system, it was found that the prevalence of RDS was 86.04 percent in Ubon Ratchathani while 12.73 percent was found in other provinces and 1.23 percent was in other countries. In Ubon Ratchathani, the highest percentage was found in Muang District (24.73%). For the prevalence found outside Ubon Ratchathani, most of the cases were found in Sisaket as of 5.53 percent and 1.23 percent was found in Laos. Most of mothers aged 20-34 years. The body mass index was 18.5-29.99. They were mostly farmers. The gestational age was 38-40 weeks. Mostly, this was their first pregnancy. The mothers did not receive antenatal care covering five times. The delivery recorded from Partograph was normal. Those who

[1] พย.บ. (พยาบาลศาสตร์) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

[2] นพรัตน์ ส่งเสริม Ph.D. (Public Health) คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[3] เกศรา แสนศิริทวีสุข ปร.ด. (พัฒนาสุขภาพชุมชน) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

gave birth by vaginal delivery have normal amniotic fluid. The complications were obstetric diseases. Mothers did not have history of induction of labor, or using drugs for contraction of the uterus or pain killers before delivery. Most of the infants were males weighing 2500-3500 grams. The delivery was mostly operated out of office hours. The assessment of the newborn health at 1 minute was 8-10 points. The respiratory rate was 61-70 times per minute. Blood glucose level was greater than or equal to 50 mg. The hematocrit was less than or equal to 60 percent. The oxygen saturation was greater than or equal to 85. The symptom associated with respiratory distress syndrome was intercostal retraction. The length of hospital stay was 1-3 days. The most common health care system information was that the mothers were not referred from community hospitals. The cause of the referral was preterm labor.

Keywords: prevalence, respiratory distress syndrome, newborn, Sunpasitthiprasong Ho

บทนำ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายของทารกแรกเกิด เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลของสถานบริการสาธารณสุข และยังสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการดูแล การบริการด้านแม่และเด็ก สภาพสังคม การสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2551 ค่าคาดประมาณการตายของมารดาประเทศไทย มีอัตราการตายมารดาเท่ากับ 48:100,000 การเกิดมีชีพ และอัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี เท่ากับ 13:1,000 ของการเกิดมีชีพ และจากสถิติการเกิดมีชีพ ปีพ.ศ.2552 ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย[1] มีจำนวนการเกิด 800,000 คนต่อปี เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด 80,000 คนต่อปี ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 10.8 ของทารกที่คลอดก่อนกำหนด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด โดยร้อยละ 1 จะป่วยด้วยภาวะนี้ และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่มีอายุครรภ์มากขึ้นจะเกิดภาวะนี้น้อยลง ทารกคลอดตอนมารดาอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ จะมีโอกาสเกิดภาวะหายใจลำบากร้อยละ 60-80 คลอดตอนมารดามีอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ จะมีโอกาสเกิดภาวะนี้ ร้อยละ 15-30 ปีพ.ศ.2551 สมรักษ์ วงศ์สังข์[2] เนื่องจากทารกที่คลอดก่อนกำหนด ปอดและระบบประสาทควบคุมการหายใจยังไม่สมบูรณ์ กล้ามเนื้อระหว่างกระดูกซี่โครงยังเจริญไม่ดี ทำให้ระบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ร่างกายไม่สามารถกำจัดของเหลวจากปอดได้ และยังมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่น เช่น เพศทารก วิธีการคลอด ภาวะขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์และขณะคลอด ซึ่งภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย หากไม่ได้รับการประเมินและการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทันท่วงที อาจทำให้ทารกแรกเกิดเสียชีวิตได้ ดังนั้นการลดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการตายปริกำเนิด (perinatal mortality)

จากสถิติให้บริการปี พ.ศ. 2555-2557 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนการเกิด 7,392 คนต่อปี, 6,736 คนต่อปี และ 6,685 คนต่อปี ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนการเกิดภาวะทารกแรกเกิดหายใจลำบากมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยพบจำนวน 85 คน 306 คน และ 887 คน ตามลำดับ และพบทารกแรกเกิดตาย 61 ราย 57 ราย และ 42 ราย ตามลำดับ โดยมีสาเหตุการตายร่วมที่พบมากที่สุดคือ มีภาวะหายใจลำบาก ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนการเกิดภาวะทารกแรกเกิดหายใจลำบาก และอัตราตายของทารกแรกเกิดจากสาเหตุดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ด้านทารกและด้านอื่นๆ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่พบ เพิ่มมากขึ้นและมีความรุนแรงขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแล โดยเพิ่มศักยภาพทั้งทางด้านบุคลากร งบประมาณและเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้มีประสิทธิภาพ เพียงพอและคุ้มค่า เพื่อป้องกันและการรักษาพยาบาลรวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนโรคระบบทางเดินหายใจในทารกแรกเกิด โดยเริ่มตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ โรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับมารดามักมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ การร่วมมือกันของสูติแพทย์กุมารแพทย์และพยาบาล ในการประเมินและคัดกรองทารกแรกเกิดที่อาจเกิดความผิดปกติในขณะคลอดและหลังคลอดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลมารดาและทารกก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย ลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ กล่าวคือ การศึกษาย้อนหลังผลกระทบของทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ในระยะเวลา 3 ปีที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี พ.ศ. 2552 อุรารมย์ พันธุมะผล[5] การศึกษาภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกเกิดที่พบในทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ปีพ.ศ. 2555 ปวีณา กาละดี และสุดาทิพย์ โฆสิตะมงคล[2] การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลเด็กบาชี ประเทศจีน ปี ค.ศ. 2014 Jing Liu และคณะ[8] และการศึกษาปัจจัยของระดับ anti-angiogenic ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบากของทารกเกิดก่อนกำหนด ปีค.ศ. 2011 Alice Wang และคณะ[10] พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดคือ การคลอดก่อนกำหนด (preterm labor) ทารกเพศชาย ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน (asphyxia) มารดานัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง(elective cesarean section) มารดามีน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ (premature rupture of membrane) และมารดาหรือทารกมีภาวะติดเชื้อ เป็นต้น สำหรับในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ยังไม่มีการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะนี้ ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด นำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาแนวทางเฝ้าระวัง พยากรณ์การเกิดโรค และวางแผนการดูแลรักษามารดาและทารก

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่าง คือ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากจากสมุดทะเบียนคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 651 คน กลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที ร่วมกับอาการดังต่อไปนี้ 1) ผิวหนังบริเวณซี่โครงบุ๋มลงไป (intercostal retraction) ขณะหายใจเข้า 2) ปีกจมูกขยายกว้างทุกครั้งที่หายใจเข้า (nasal flaring) 3) ได้ยินเสียงในช่วงจังหวะหายใจออก (grunting) 4) ภาวะเขียวทั้งตัวโดยมีอาการร่วมตั้งแต่หนึ่งอาการขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ค้นหากลุ่มตัวอย่างคือทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก จำนวน 651 คน จากสมุดทะเบียนคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. นำกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมดไปสืบค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน

3. นำข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียน บันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบบันทึกข้อมูล จากนั้นลงข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบบันทึกข้อมูลภาวะหายใจลำบาก จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และทะเบียนคลอด งานห้องคลอด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทารก ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างแบบบันทึกการเก็บข้อมูลและวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index, IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนได้แบบบันทึกข้อมูลรายข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.80-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาทั้งปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข นำเสนอเป็นค่าแจกแจงความถี่ และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (รหัสเอกสารรับรอง 049/2559)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จำนวนทารกคลอดมากที่สุดในเดือนกันยายน (596 คน) น้อยที่สุดในเดือนกุมภาพันธ์ (409 คน) จำนวนทารกที่เกิดภาวะหายใจลำบากมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน (75คน) น้อยที่สุดในเดือนมีนาคม (33คน) และความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน ร้อยละ 15.06 น้อยที่สุดในเดือนมีนาคม ร้อยละ 7.22 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความชุกของทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558

เดือน ปี พ.ศ. 2558	จำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก	จำนวนทารกคอลดทั้งหมด	ความชุก (%)
มกราคม	65	525	12.38
กุมภาพันธ์	42	409	10.27
มีนาคม	33	457	7.22
เมษายน	43	463	9.29
พฤษภาคม	37	485	7.63
มิถุนายน	53	505	10.50
กรกฎาคม	53	522	10.15
สิงหาคม	75	566	13.25
กันยายน	64	596	10.74
ตุลาคม	54	582	9.28
พฤศจิกายน	81	538	15.06
ธันวาคม	51	561	9.09
รวม	651	6,209	10.48

จำแนกตามภูมิลำเนา ที่ลงทะเบียนในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าภูมิลำเนาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 560 คน คิดเป็นร้อยละ 86.04 นอกเขตจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 12.73 และต่างประเทศ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 1.23 ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าอยู่ในอำเภอเมืองมากที่สุดจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 24.73 รองลงมาคืออำเภอเขื่องใน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 อำเภอพิบูลมังสาหาร จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 4.92 และอำเภอม่วงสามสิบ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 4.77 ตามลำดับและน้อยที่สุดคืออำเภอน้ำขุ่น จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.31 นอกเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มากที่สุดอยู่ที่จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 5.53 รองลงมาคือ จังหวัดยโสธร จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 0.92 จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 0.77 และจังหวัดมุกดาหาร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 ตามลำดับ และภูมิลำเนาอยู่ประเทศลาว จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 1.23

ข้อมูลด้านมารดาคลอดทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก มากที่สุดอายุ 20-34 ปี ร้อยละ 71.16 ดัชนีมวลกาย 18.5-29.99 ร้อยละ 76.71 อาชีพทำนา/ทำสวน ร้อยละ 51.39 น้อยที่สุด คืออาชีพ นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน ด้านการฝากครรภ์และการคลอด มากที่สุดอายุครรภ์ 38-40 สัปดาห์ ร้อยละ 54.35 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 53.97 ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ 5 ครั้ง ร้อยละ 53.60 การดำเนินการคลอดจากการบันทึกพาโทกราฟ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 95.57 วิธีการคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 66.36 ส่วนใหญ่น้ำคร่ำมีลักษณะปกติ ร้อยละ 83.37 ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ด้านสูติกรรม ร้อยละ 78.19 มารดาไม่มีประวัติได้รับการชักนำการคลอดหรือได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ร้อยละ 78.19 หรือไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนคลอด ร้อยละ 95.01 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากจำแนกตามข้อมูลด้านมารดา

ข้อมูลด้านมารดา	จำนวน (n=541)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
13-19 ปี	89	16.45
20-34 ปี	385	71.16
35 ปีขึ้นไป	67	12.39
อาชีพ		
ทำนา/ทำสวน	278	51.39
รับจ้าง/ลูกจ้าง	197	36.41
ข้าราชการ	27	4.99
นักเรียน/นักศึกษา	39	7.21
ดัชนีมวลกาย		
<18.5	6	1.11
18.5-24.99	205	37.89
25-29.99	210	38.82
30 ขึ้นไป	120	22.18
อายุครรภ์ (สัปดาห์)		
<34 สัปดาห์	77	14.23
34-37 สัปดาห์	147	27.17
38-40 สัปดาห์	294	54.35
41 สัปดาห์ขึ้นไป	23	4.25
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ตั้งครรภ์แรก	292	53.97
ตั้งครรภ์ที่ 2	175	32.35
ตั้งครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	74	13.68
การฝากครรภ์		
ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ	290	53.60
ฝากครรภ์ครบคุณภาพ	241	44.55
ไม่ฝากครรภ์	10	1.85
ความก้าวหน้าของการคลอด		
ปกติ	517	95.57
ผิดปกติ	24	4.43
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	359	66.36
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	182	33.64
ลักษณะน้ำคร่ำ		
ปกติ	451	83.37
ผิดปกติ	71	13.12
ไม่พบลักษณะน้ำคร่ำ	19	3.51
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	109	20.15
ด้านสูติกรรม	423	78.19
ด้านอายุรกรรม	7	1.29
อื่นๆ	2	0.37
มารดาได้รับ sedative ก่อนคลอด		
ไม่ได้รับ	514	95.01
ได้รับ	27	4.99
มารดาได้รับ oxytocin ก่อนคลอด		
ไม่ได้รับ	423	78.19
ได้รับ	118	21.81

ข้อมูลด้านทารก พบเป็นทารกเพศชาย ร้อยละ 61.92 ทารกเพศหญิง ร้อยละ 38.08 มากที่สุดน้ำหนักทารก 2500-3500 กรัม เวลาเกิดอยู่นอกเวลาราชการ ร้อยละ57.86 การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด ที่ 1 นาที อยู่ที่ 8-10 คะแนน ร้อยละ 98.34 อัตราการหายใจ 61-70 ครั้งต่อนาที ร้อยละ 80.96 ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 88.77 ความเข้มข้นของเม็ดเลือดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 93.72 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 85 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 99.26 อาการร่วมกับภาวะหายใจลำบากมากที่สุดมีอาการร่วม 1 อย่าง (คือ intercostals retraction) ร้อยละ 48.62 รองลงมาคือ มีอาการร่วม 2 อย่าง (คือ intercostal retraction+ flaring alar nasi) ร้อยละ 33.64 และน้อยที่สุดมีอาการร่วม 3อย่าง (คือ intercostals retraction +grunting+flaring alar nasi) ร้อยละ 15.34 และระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-3 วัน ร้อยละ 56.93 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากจำแนกตามข้อมูลด้านทารกและการคลอด

ข้อมูลด้านทารกและการคลอด	จำนวน (n=541)	ร้อยละ
เพศทารก		
ชาย	335	61.92
หญิง	206	38.08
น้ำหนักทารก (กรัม)		
<2500	126	23.29
2500-3500	327	60.44
>3500	88	16.27
ช่วงเวลาเกิดของทารก		
08.01 น. - 16.00 น.	228	42.14
16.01 น. - 24.00 น.	140	25.88
00.01 น. - 08.00 น.	173	31.98

ตาราง 3 ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบากจำแนกตามข้อมูลด้านทารกและการคลอด

ข้อมูลด้านทารกและการคลอด	จำนวน (n=541)	ร้อยละ
Apgar score ที่ 1 นาที		
0-3 คะแนน	1	0.18
4-7 คะแนน	8	1.48
8-10 คะแนน	532	98.34
อัตราการหายใจ (ครั้งต่อนาที)		
61-70 ครั้งต่อนาที	438	80.96
71-80 ครั้งต่อนาที	89	16.45
>80 ครั้งต่อนาที	14	2.59
ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์)	464	85.77
≥50	77	14.23
<50		
ความเข้มข้นของเม็ดเลือด (เปอร์เซ็นต์)		
≤60	507	93.72
>60	34	6.28
ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (เปอร์เซ็นต์)	537	99.26
≥85	4	0.74
<85		
อาการร่วมกับภาวะหายใจลำบาก		
มีอาการร่วม 1 อย่าง	263	48.62
ไม่มีอาการอื่นร่วม	182	33.64
มีอาการร่วม 2 อย่าง	83	15.34
มีอาการร่วม 3 อย่าง	13	2.40
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล		
1-3 วัน	308	56.93
4-7 วัน	157	29.02
>7วัน	76	14.05

ข้อมูลด้านระบบบริการสาธารณสุข พบว่ามารดาที่ทารกมีภาวะหายใจลำบากมากที่สุดไม่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ63.59 ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน สาเหตุมากที่สุด คือ Preterm labour ร้อยละ 27.92 รองลงมา คือ Cephalo-pelvic disproportion ร้อยละ 25.38 และ Prolong second stage ร้อยละ 6.09 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขด้านการส่งต่อและสาเหตุการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูลด้านมารดา	จำนวน (n=541)	ร้อยละ
การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน		

ตาราง 4 ข้อมูลระบบบริการสาธารณสุขด้านการส่งต่อและสาเหตุการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูลด้านมารดา	จำนวน (n=541)	ร้อยละ
ไม่ได้รับการส่งต่อ	344	63.59
ได้รับการส่งต่อ	197	36.41
สาเหตุการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน	197	100
Preterm labour	55	27.92
Cephalo-pelvic disproportion	50	25.38
Prolong second stage	12	6.09
Fetal distress	11	5.58
Premature rupture of membrane >18 hour	9	4.57
Breech presentation	8	4.06
Premature rupture of membrane <18 hour	7	3.55
Thick meconium	5	2.54
Mild pre eclampsia	4	2.03
Prolong latent phase	4	2.03
Previous cesarean section	4	2.03
Gestational hypertension	3	1.52
Gesttional diabetes mellitus A1	2	1.02
Oligohydramnios	2	1.02
อื่นๆ	21	10.66

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่าความชุกของทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ทารกเพศชายเกิดมากกว่าทารกเพศหญิง (61.92/38.08) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาใน ปีค.ศ. 2014 ของ Jing Liu และคณะ[8] ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด โดยศึกษาย้อนหลังเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด ในโรงพยาบาลเด็กบาฮีประเทศจีน พบว่า ความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบาก คือ การเลือกวิธีการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะนี้ คือ ภาวะขาดออกซิเจนและมีการติดเชื้อในมารดาและทารก ทำให้อัตราการตายทารกและระยะเวลานอนโรงพยาบาลสูงขึ้น ทารกเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะหายใจลำบากได้มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากฮอร์โมน Androgen ทำให้พัฒนาการของ alveolar type 2 ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาในปีค.ศ. 1990 ของ Catlin EA. และคณะ[6] พบว่าเพศชายมีระดับ androgen และ Mullerian inhibiting

substance (MIS) สูงกว่าเพศหญิง ฮอร์โมนทั้งสองตัวนี้จะยับยั้งพัฒนาการความสมบูรณ์ของปอด จากการศึกษาในหนูทดลองตัวเมีย โดยการฉีด rMIS แล้ววิเคราะห์ lung tissue พบว่ามีการลดลงของ disaturated phosphatidylcholine (DSPC) หลังการฉีด 48-72 ชั่วโมง ซึ่งตรงกับการศึกษาใน ปีค.ศ. 2017 ของ Adamson and King [7] ที่ศึกษาในหนูทดลองอายุ 18-22 สัปดาห์ โดยพบว่าหนูทดลองตัวเมียที่อายุ 19-20 สัปดาห์มีระดับ DSPC สูงกว่าตัวผู้ และที่อายุ 20-21 สัปดาห์ หนูตัวเมีย มี cuboidal epithelial cells, lamellar bodies, air sac และ lipid material มากกว่าหนูตัวผู้ จึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการความสมบูรณ์ของปอดที่แตกต่างกัน การติดเชื้อในมารดาและทารกนั้นทำให้มีการทำลายปอดและ alveolar type 2 โดยตรง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง สรุปได้ว่า ภาวะน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง มารดาและทารกมีการติดเชื้อ สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดครบกำหนด และการศึกษาในปีค.ศ. 2015 ของ Laura Hitchings และคณะ[9] จากทารกแรกเกิดจำนวนทั้งหมด 55,811 คน ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะหายใจลำบาก 5,875 คน (10.5%) พบว่าเป็นทารกแรกเกิดเพศชายผิวขาว และคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (22.5%) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพและไม่ฝากครรภ์ พบทารกมีภาวะหายใจลำบากมากกว่ามารดาที่ฝากครรภ์ครบคุณภาพ (55.45/44.55) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในปีพ.ศ. 2550 ของ สมรักษ์ วงศ์สังข์[3]ที่ได้ศึกษาสาเหตุและอัตราการตายของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยพบว่าทารกที่รับจากสถานพยาบาลอื่นมารักษาต่อมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าทารกกลุ่มที่คลอดในโรงพยาบาลเกือบ 3 เท่าอุบัติการณ์ของภาวะ RDS แปรผันตามอายุครรภ์ โดยในทารกที่อายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม มีอุบัติการณ์ 60-80% ส่วนทารกอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ มีอุบัติการณ์ 15-30% ทารกที่เป็นจะมีอาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเสียชีวิตได้ ถ้าหากรับการรักษาที่ไม่ถูกต้องและทันท่วงที เนื่องจากปัญหาจากอวัยวะต่างๆ ยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่และการทำงานยังไม่สมบูรณ์ เช่น ความไม่สมบูรณ์ของปอด ระบบประสาท และกล้ามเนื้อต่างๆ ทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถกำจัดของเหลวออกจากปอดได้ เป็นต้น และปัญหาการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (thermoregulation) ทำให้ทารกสูญเสียความร้อนได้ง่าย เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ร่างกายขาดออกซิเจน (hypoxia) น้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เลือดมีภาวะเป็นกรด (metabolic acidosis) เลือดไหลลัดวงจรจากขาวไปซ้าย (right to left shunt) เลือดออกในช่องสมอง (intraventricular hemorrhage) ดังนั้นการลดอัตราตายจากภาวะ RDS จึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องเน้นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การดูแลขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ซึ่งวัตถุประสงค์ของการฝากครรภ์คือการคัดกรองภาวะเสี่ยงและการตรวจติดตามสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ สามารถวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็วและให้การรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม และพบว่าภาวะหายใจลำบากสัมพันธ์กับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซ้ำ ร้อยละ 3.60 สัมพันธ์กับการได้รับยาชักนำการเจ็บครรภ์คลอด 1.60 เนื่องจากทารกที่คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกไม่ได้ผ่านกลไกการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งจะมีแรงกดจากมดลูก ผนังช่องคลอดและแรงดันในช่องท้องมารดา ทำให้เกิดแรงดันในทรวงอกทารก ดึงเอาอากาศเข้ามาแทนที่สารน้ำ การหายใจครั้งแรกจึงเกิดขึ้นและสารน้ำในปอดทั้งหมดนี้ไม่ได้ถูกขับออกจากปอดทั้งหมด ส่วนหนึ่งที่เหลืออยู่จะค่อยๆ ถูกขับออกโดยการกลืนผ่านหลอดลม การไอ และการจาม ภายหลังการคลอด และพบว่าการเจ็บครรภ์จะทำให้ adrenalineและ steroid หลั่ง ซึ่งจะช่วยเร่งการสร้างและการหลั่งสารลดแรงตึงผิว ที่จะช่วยในระบบการหายใจของทารกแรกเกิด เพื่อลดภาวะหายใจลำบากได้ สรุปผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี คือ ความชุกมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน เขตจังหวัดอุบลราชธานี และอยู่ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี การฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ คลอดทางช่อง

คลอด ทารกเพศชาย คลอดนอกเวลาราชการ และอาการร่วมที่พบมาก คือ intercostals retraction จึงต้องมีการเฝ้าระวังในมารดาและทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว แต่ในอนาคตยังต้องมีการพัฒนาตัวบ่งชี้อีกหลายตัวเพื่อประเมินผลที่ได้รับในการดูแลสุขภาพมารดาและทารกต่อไป ความพร้อมในการดูแลรักษาขึ้นกับบริบทที่มารดาและทารกคลอด การประเมินและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อส่งไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ความพร้อมด้านเทคโนโลยี ทักษะการดูแลและการประเมินอาการผิดปกติของทารกแรกเกิด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสามารถช่วยรักษาทารกให้ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ 2 ส่วนคือ (1) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยนำเสนอผลการวิจัยต่อทีมดูแลรักษามารดาและทารกแรกเกิด เพื่อให้ตระหนักถึงการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด นำเสนอความชุกของการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดต่อทีมดูแลรักษา เพื่อทำนาย พยากรณ์ หรือเฝ้าระวังการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาในมารดาตามภูมิลำเนา วิธีการคลอด เพศทารก และอายุครรภ์ ต่อการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย. **คู่มือการดูแลทารก 1**. หน่วยทารกแรกเกิด, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2552.
2. ปวีณา กาละดี และสุดาทิพย์ โฆสิตะมงคล. **การศึกษาภาวะแทรกซ้อนในททรกแรกเกิดที่พบในทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2555; 51: 42-49.
3. สมรักษ์ วงศ์สังข์. **สาเหตุและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี พ.ศ. 2548-2550.** พุทธชินราชเวชสาร 2551; 25(3): 871-877.
4. ห้องคลอดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สถิติผู้คลอดปี 2555-2557. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2558.
5. อุรารมย์ พันธุมะผล. **การศึกษาย้อนหลังผลกระทบของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 34-36 สัปดาห์ ในระยะเวลา 3 ปี ที่สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี**. หลักสูตรวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิดของแพทยสภา. สถาบันเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2552.
6. Catlin EA, Powell SM, Manganaro TF, Hudson PL, Ragin RC, Epstein J, Donahoe PK. **Sex-specific fetal lung development and müllerian inhibiting substance**. Am Rev Respir Dis. 1990;141(2):466-70.
7. Adamson IY, King GM. **Sex-related differences in cellular composition and surfactant synthesis of developing fetal rat lungs**. Am Rev Respir Dis. 1984;129(1):130-4.
8. Liu J, Yang N, Liu Y. **High-risk factors of respiratory distress syndrome in term neonates: A retrospective case-control study**. Balkan Med J. 2014;31(1):64-8.
9. Hitchings L, Kearney M, Kattan G, Thorp J. **The association of race and gender with respiratory distress syndrome at caesarian deliveries**. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(1):328.
10. Wang A, Holston AM, Yu KF, Zhang J, Toporsian M, Karumanchi SA, Levine RJ. **Circulating anti-angiogenic factors during hypertensive pregnancy and increased risk of respiratory distress syndrome in preterm neonates**. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(8):1447-52.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

The Relationship between Patients Safety and Nursing Service Quality Perceived by Professional Nurses at Community Hospitals, Region 7 in the Northeast of Thailand

ณัฐพร สายแสงจันทร์[1], วรรณชนก จันทชุม[2]

Natthaporn Saisangjan[1], Wanchanok Juntachum[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จำนวน 201 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพบริการพยาบาล และวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า .90 และ .80 ตามลำดับ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 201 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.63 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า1. คุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.88, S.D.=0.46) 2. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.65) 3. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=0.44, p<.01)

คำสำคัญ: วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย/คุณภาพบริการพยาบาล/พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This purpose of this descriptive research was to study the relationship between patient safety culture and nursing service quality perceived by nurses. The samples of 201 professional nurses at Community Hospitals, Region 7 in the Northeast of Thailand were included in this study by stratified random sampling. The research tool was a questionnaire on a perception of nursing service quality and patient safety culture. The content validity was explored by 5 experts and Cronbach's alpha coefficient were .90 and .80 for their reliabilities, respectively. All questionnaires distributed by mail, 201 valid questionnaires were returned, yielding a response rate of 92.63%. Data were analyzed by frequency, percentage, average mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient. The results of this study revealed as follows:

1. Nursing service quality perceived by professional nurses at Community Hospitals, Region 7 was at a high level ($\bar{X}$ =3.88, S.D.=0.46).2. Patient safety culture perceived by professional nurses at Community Hospitals, Region 7 was at a high level ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.65).3. There was a significant positive correlation between patient safety culture and nursing service quality at a moderate level (r=0.44, p<.01).

Keyword: Patients Safety / Nursing Service Quality / Professional Nurses

---

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เป็นกลไกควบคุมคุณภาพที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั่วโลกเห็นความสำคัญและนำมาปฏิบัติเพื่อส่งเสริม “คุณภาพและความปลอดภัย” ในโรงพยาบาล สร้างความมั่นใจต่อผู้เข้ามารับบริการสุขภาพว่า “การดูแลและบริการสุขภาพมีมาตรฐาน” กระบวนการรับรองมาตรฐานจึงได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นเครื่องมือด้านการจัดการและการประเมินคุณภาพที่มีประสิทธิผล [6] องค์กรสุขภาพทั่วโลก จึงให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษาพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

คุณภาพการบริการพยาบาล เป็นคุณลักษณะของการบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ปราศจากข้อผิดพลาดและมีผลลัพธ์ตามหลักวิชาการ ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการและครอบครัว [9] เป็นการปฏิบัติการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะบุคคลแบบองค์รวมและเสริมสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย ลดและบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ด้วยความเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้วยวิธีการที่คุ้มทุน คุ้มค่า โดยปฏิบัติตามมาตรฐานให้ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ [15] การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลจึงมีการประเมินทั้งในมุมมองของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย จากความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการและความคาดหวัง และในมุมมองของบุคลากรทางการพยาบาลที่เน้นคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวก [16] สอดคล้องกับสภาวการณ์ในปัจจุบันที่องค์กรสุขภาพทั่วโลกและประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษาพยาบาล ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย เป็นลักษณะอุปนิสัยที่แสดงถึงคุณค่า ทัศนคติ ความสามารถ การรับรู้ การประพฤติปฏิบัติของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ในการที่จะตกลงใจตัดสินใจหรือยอมรับรูปแบบในการตัดสินใจหรือยึดถือยอมรับรูปแบบในการบริหารจัดการขององค์กรที่ทำให้เกิดความปลอดภัย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร ที่ต้องการความเป็นเอกลักษณ์และมีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ไม่ว่าบุคคลจะทำงานในระดับหน่วยงาน หรือองค์การที่แตกต่างกัน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดขององค์กร [14] และการที่จะพัฒนาองค์กรให้มีความปลอดภัยนั้นต้องใช้ระยะเวลาและอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กร

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและคุณภาพการบริการพยาบาลจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรให้เกิดขึ้น เป็นวิธีการที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยทำให้ความปลอดภัยอยู่ในความคิดของบุคลากรทุกคน [5] มุ่งเน้นการแก้ปัญหาความผิดพลาดเชิงระบบมากกว่าการตำหนิบุคคลหรือการลงโทษ และมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยนร่วมกันศึกษาปัญหาและแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำ [10] นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข ที่ประกาศนโยบายเรื่อง 2PS (Patient & Personal Safety)

โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานบริการ (HA) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับความปลอดภัยผู้ป่วยมาตลอด มีการกำหนดนโยบาย Patient Safety Goal ให้การสนับสนุนและกำกับติดตามส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง จัดให้มีระบบบริหารความเสี่ยง บูรณาการความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการพยาบาลสอดคล้องกับเข็มมุ่งของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม จากการติดตามและนิเทศงานในหอผู้ป่วยของผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมนำของโรงพยาบาล พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับผู้ปฏิบัติงานยังมีความเชื่อและค่านิยมที่ไม่เหมาะสมบางประการ เช่น การเขียนรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นน้อยกว่าความเป็นจริงข้อมูลความเสี่ยงที่เกิดขึ้นยังไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์อย่างจริงจังและต่อเนื่องบุคลากรในองค์การยังขาดการรับรู้ในการปฏิบัติงานและยังไม่ทราบแนวทางในการปฏิบัติเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น รวมทั้งยังคิดว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอาจไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ หรือโรงพยาบาลการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและคุณภาพการบริการพยาบาลจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรให้เกิดขึ้น เป็นวิธีการที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยทำให้ความปลอดภัยอยู่ในจิตสำนึกของบุคลากรทุกคน [5] มุ่งเน้นการแก้ปัญหาความผิดพลาดเชิงระบบมากกว่าการตำหนิบุคคลหรือการลงโทษ และมุ่งเน้นการแลกเปลี่ยน ร่วมกันศึกษาปัญหาและแก้ไขป้องกันการเกิดซ้ำ (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2554) นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข ที่ประกาศนโยบายเรื่อง 2PS (Patient & Personal Safety) ซึ่งเป็นการวางยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนความปลอดภัย เกิดการพัฒนาเชิงระบบ ทำให้โรงพยาบาลทุกระดับเล็งเห็นความสำคัญของความปลอดภัยผู้ป่วยมากขึ้นและเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กร

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับการทบทวนงานวิจัยในอดีตในประเด็นของวัฒนธรรมความปลอดภัยกับคุณภาพบริการพยาบาล พบว่าการที่ผู้บริหารระดับสูงและผู้นำระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมด้านความปลอดภัย มีความมุ่งมั่น มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ และลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งยังมีการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างน้อย มีเพียงการศึกษาของสุธีร์ จำลองชาติ (2559) [8] ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 และการศึกษาเชิงสำรวจในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ [3] ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยและคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพ ที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาและเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วย ทั้งในระดับหน่วยงานและในระดับองค์การต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 7

2. เพื่อศึกษาระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพ ที่ 7

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์ (Correlational study) ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 3,507 คนในโรงพยาบาลชุมชนขนาดตั้งแต่ 30-120 เตียง เขตบริการสุขภาพ ที่ 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 56 โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่างของการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Power Analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95 และอำนาจการทดสอบ0.80 [15] และเพิ่มจำนวนตัวอย่างจากที่คำนวณได้อีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียของตัวอย่างในการส่งทางไปรษณีย์ และให้ได้ตัวอย่างมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร รวมจำนวนตัวอย่างเป็น 217 คนสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ตามขนาดของโรงพยาบาล และทำการจัดสรรตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ชั้นภูมิในโรงพยาบาลแต่ละขนาดตามสัดส่วน (Proportional Allocation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ขนาดของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของสำนักการพยาบาล (2551) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) 2 (เห็นด้วยน้อย) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 4 (เห็นด้วยมาก) 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 20 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Ginsburg et al. (2010) ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของสุธีร์ จำลองชาติ (2559) [8] ที่พัฒนาเครื่องมือโดยการดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Ginsburg et al. (2007)[11,12] เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) 2 (เห็นด้วยน้อย) 3 (เห็นด้วยปานกลาง) 4 (เห็นด้วยมาก) 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน 33 ข้อคำถาม

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามในส่วนที่ 2-3 แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และ ระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการ

ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพเขต 7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ไม่ได้รับการสุ่มจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยต้องมีค่าสัมประสิทธิ์มากกว่า 0.7 ขึ้นไป จึงถือว่าเหมาะสมและยอมรับได้ สำหรับแบบสอบถามคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.90 และ0.80 ตามลำดับ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนมา 201 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.63

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขสำคัญโครงการ HE602088 และมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตามมาและนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมไม่มีการระบุชื่อโรงพยาบาลและชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละวิเคราะห์ระดับคุณภาพการ
บริการพยาบาลและวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม โดยประเมินระดับของแต่ละตัวแปรตามการให้ความหมายของค่าคะแนนตามที่กำหนดไว้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 โดยใช้สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 201 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 97.01 เพศชายร้อยละ 2.99 ส่วนใหญ่อายุ 41-49 ปี ร้อยละ 38.81 รองลงมาอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 24.88 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประกาศนียบัตร (เทียบเท่าปริญญาตรี)/ปริญญาตรี ร้อยละ 84.08 รองลงมาปริญญาโท ร้อยละ 15.92 ปฏิบัติงานผู้ป่วยในเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.26 รองลงมาปฏิบัติงานที่ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 20.39 มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 44.78 รองลงมา 11-19 ปี ร้อยละ 27.36 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำการ ร้อยละ 62.19 และหัวหน้างานหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย ร้อยละ 36.82 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 90 เตียง เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.81 รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 30 เตียง ร้อยละ 28.36

2. คุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=.65) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านผู้ป่วยมีความพึงพอใจไม่มีข้อร้องเรียน($\bar{X}$ =3.93, S.D.=.69) รองลงมาคือ ด้านผู้ป่วยมีความปลอดภัย ($\bar{X}$ =3.78, S.D.=0.82) และด้านผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง ($\bar{X}$ =3.34, S.D.=.90) ตามลำดับ

3. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.88, S.D.=0.46) เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากคะแนนมากไปหาน้อยดังนี้ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย ($\bar{X}$ =4.14, S.D.=0.69) ด้านวัฒนธรรมการรายงาน ($\bar{X}$ =3.96, S.D.=0.66) ด้านผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ ($\bar{X}$

=3.93, S.D.=0.68) ด้านวัฒนธรรมการเรียนรู้ ($\bar{X}$ =3.88, S.D.=0.63) ด้านผู้นำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย ($\bar{X}$ =3.80, S.D.=0.64) ด้านการรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร ($\bar{X}$ =3.77, S.D.=0.62) และด้านผู้บริหารระดับสูงมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย ($\bar{X}$ =3.72, S.D.=0.65) ตามลำดับ

4. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.44, p<.01) ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

คุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า ระดับคุณภาพการบริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ ด้านผู้ป่วยมีความพึงพอใจไม่มีข้อร้องเรียนจะเห็นได้ว่า คุณภาพบริการพยาบาลด้านผู้ป่วยมีความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่สำคัญในทุกโรงพยาบาล ช่วยให้เกิดการประเมินเพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย [1] ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างมากในการให้บริการเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจต่อสู้กับการเจ็บป่วย นำไปสู่ผลลัพธ์สุดท้าย คือ ความพึงพอใจ สอดคล้องกับงานวิจัย ที่ศึกษาวิจัย เรื่อง คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด และงานวิจัยของพร บุญมี และเฉลิมพรรณ์ เมฆลอย (2554)[2] ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ร่วมประชุมวิชาการเรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก การที่พยาบาลมีการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และผลจากการปฏิบัติงานของพยาบาลในด้านการประเมินการสอน การให้ข้อมูล ฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพการรักษา และผู้ป่วยมีความพึงพอใจไม่มีข้อร้องเรียน [9]

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผลการศึกษา พบว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านที่มีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับมาก คือ พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการให้บริการด้วยมาตรฐานโดยเน้นความปลอดภัยในทุกๆ ด้านของผู้ป่วยเป็นประเด็นหลักเพราะพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเพื่อพัฒนาแนวทางหรือกิจกรรมในการปฏิบัติ ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพมีการนำการบริหารความเสี่ยงมาใช้ โดยเน้นกระบวนการแก้ไขร่วมกันของคนในองค์กรทุกสาขาวิชาชีพ เมื่อเกิดเหตุการณ์สำคัญขึ้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์เหตุการณ์และกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา เช่น เมื่อมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงกับผู้ป่วย จะเกิดแนวทางการปฏิบัติร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของวิรัตน์ พุฒพันธ์ (2554)[4] ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและการได้รับการเสริมพลังอำนาจในงานต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =3.72, S.D.=0.64) และสุกัญญา โคตรสีวงษ์ (2557) [7] ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ ในโรงพยาบาลสมเด็จ

พระยุพราช ของประเทศไทย พบว่า พยาบาลประจำการมีการรับรู้เกี่ยวกับความผิดพลาดจะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงทางบวกเพื่อพัฒนาความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =4.00, S.D.=0.65)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมความปลอดภัยกับคุณภาพการบริการพยาบาล พบว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย คือ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า ในโรงพยาบาลชุมชนใดที่มีค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก ย่อมส่งผลให้มีคุณภาพการบริการพยาบาลที่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ผู้ป่วยมีความพึงพอใจไม่มีข้อร้องเรียน และผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งการที่พยาบาลมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับสูง สะท้อนได้จากองค์ประกอบ/ตัวชี้วัด 7 ด้าน ตามแนวคิดของ Ginsburg (2007) ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงและผู้นำในระดับหน่วยงานมีการส่งเสริมในด้านความปลอดภัย การรับรู้สภาวะความปลอดภัยในองค์กร ผลกระทบจากการรายงานเหตุการณ์ พฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย วัฒนธรรมการรายงาน และวัฒนธรรมการเรียนรู้ โดยพบว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร เริ่มจากผู้บริหารระดับสูงในโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล และระดับหน่วยงานในหอผู้ป่วย ได้ให้การสนับสนุนและเสริมสร้างความเชื่อค่านิยม ให้กับบุคลากรทางการพยาบาลนำไปปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ตามแนวนโยบายกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่การกำหนดวิสัยทัศน์นโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการปรับเปลี่ยนเจตคติและเตรียมความพร้อมของบุคลากรต่อการพัฒนาคุณภาพกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบมากกว่าการกล่าวโทษตัวบุคคล การกำหนดค่านิยมขององค์กรพยาบาลมีคุณธรรมและจริยธรรมในการให้บริการที่เป็นเลิศ และมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการ [9] และทำการเผยแพร่สื่อสารนโยบาย/ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องให้บุคลากรในองค์กรได้รับรู้และตระหนักถึงความปลอดภัยในการบริการแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยมาตรฐาน โดยเน้นความปลอดภัยในทุกๆ ด้านของผู้ป่วยเป็นประเด็นหลัก และในกรณีที่เกิดความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จะมีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการทบทวนเหตุการณ์ เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและนำไปสู่การหาแนวทางป้องกันแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดซ้ำอีกซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัย วัฒนธรรมการรายงาน และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่คุณภาพบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้บุคลากรมีความตระหนักในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย [13]

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สำหรับผู้บริหารองค์กรพยาบาลและระดับหัวหน้าหน่วยงาน

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายความปลอดภัยเป็นระบบทั้งโครงสร้างและกระบวนการ มีแนวทางชัดเจนสื่อสารให้บุคลากรในองค์กรได้ปฏิบัติ

1.2 ควรมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันด้วยการจัดการความรู้/ทบทวนกระบวนการอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการแก้ไขปัญหาด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลกับผู้บริหาร

1.3จัดทำแผนพัฒนาบุคคลด้านความปลอดภัยและคุณภาพบริการเพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ด้านความปลอดภัยในองค์กร

1.4 ควรส่งเสริมให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านความปลอดภัย โดยการทบทวนกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ร่วมกัน

1.5 จัดระบบการนิเทศงานทางคลินิกและสร้างผู้นิเทศงานในทุกระดับ อย่างเป็นทางการในเรื่องความปลอดภัยและความเสี่ยง ส่งเสริมให้มีการอบรมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

1.6 ผู้บริหารควรอบรมเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัยและควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมเรื่องความปลอดภัยในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยย่อมส่งผลให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลที่ดี

1.7 สร้างระบบสนับสนุน/สร้างแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ เน้นการแก้ปัญหาเชิงระบบ ไม่ระบุโทษตัวบุคคล

2. สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

2.1 ควรให้ความสำคัญกับเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นอันดับแรก เพราะการทำงานสามารถเกิดความเสี่ยงได้ตลอดเวลา

2.2 ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับความเสี่ยงโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย มีการประเมิน ค้นหาความเสี่ยง ทำ RCA มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน ทั้งอุบัติการณ์และความเสี่ยงต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเดียวกันในการปฏิบัติงาน มุ่งแก้ไขปัญหาที่ยังมีในระบบ ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วยผิดคน อุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา การพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และยังพบเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล

2.3 ควรมีการพัฒนาตนเองศึกษาหาความรู้หรือผลการวิจัยที่ช่วยพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ดีในหน่วยงาน

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

3.1 เนื่องจากวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรศึกษาตัวแปรอื่นที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับคุณภาพการบริการพยาบาล เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้ ทัศนคติ แนวนโยบายของผู้บริหารในระดับองค์กรและหน่วยงาน เป็นต้น

3.2 ศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล และปัจจัยทำนายวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยกับการรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาล ของแต่ละกลุ่มบุคลากร และขนาดของโรงพยาบาล

3.3 อาจทำเป็นวิจัยเชิงคุณภาพหรือ เชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมในองค์กรที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์, และสมจิต หนุเจริญกุล. "การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาล". **รามาธิบดีพยาบาลสาร.** 17(2) : 264-277, 2554.

2.พร บุญมี, และเฉลิมพรรณ์ เมฆลอย. "วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ". **วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 4**(3) : 48-62, 2554.

3.เรมวล นันท์ศุภวัฒน์, สุนีย์ จันทร์มหเสถียร, และคณะ. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ. **พยาบาลสาร. 38**(4) : 1-14, 2554.

4.วิรัตน์ พุฒพันธ์. **อิทธิพลของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานต่อการปฏิบัติการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

5.วีณา จีระแพทย์, และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. **การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย.** กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์, 2550.

6.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. **การประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 คุณภาพในทุกลมหายใจ ณ ศูนย์การประชุม**

7.สุกัญญา โคตรศรีวงษ์. **วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.

8.สุธีร์ จำลองชาติ. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่อการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559.

9.สำนักการพยาบาล. **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2551.

10อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **Patient safety goals: Simple.** สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นนทบุรี, 2551.

11.Ginsburg, L., Norton, P., et al. **MSI Patient Safety culture survey. 2010.** URL http://www.yorku.ca/patientsafety/psculture/questionnaire/Final-Technical-Report-of-MSI2010-FINAL-Report.pdf. Retrieved May 23, 2016.

12.Ginsburg, L., Tregunno, D., et al. (2007).**Perceptions of pateins safety culture in six Canadian health care organizations.** 2007. **URL** from http://www.atkinson.yorku.ca/~safetyculture/reports_docs/PSC_2007_ MainReport.pdf. Retrieved May 23, 2016.

13.Hellings, J., Schrooten, W., et al. "Challenging patient safety culture: Survey results". **International Journal of Health Care Quality Assurance. 20**(7) : 620-632, 2007.

14.Kirk, S., Parker, D., et al. "Patient safety culture in primary care: Developing a theoretical framework for practical use". **Quality & Safety in Health Care. 16**(4) : 313–320, 2007.

15.Tsai, Y., & Wu, S.W. "Enhancing total quality management and service quality through patient safety management". **Proceedings for the Northeast Region Decision Sciences Institute**. 277–283, 2013.

16.Umiker, W. Developing a mission statement for self and family. **The Health Care Manager. 17**(2) : 39-44, 1998.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

FACTORS AFFECTING WORK LIFE BALANCE OF PROFESSIONAL NURSES AT COMMUNITY HOSPITALS, REGION 9 IN THE NORTHEAST OF THAILAND

ปิยะ คลังแสง[1] ,วรรณชนก จันทชุม[2]

PiyaKlangsang[1] ,Wanchanok Juntachum[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และการบริหารเวลาต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือนในโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 173 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม การบริหารเวลา และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และ 0.77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนผลการศึกษาพบว่า1.ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่9อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.19, S.D. =.78) 2.ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบาย/พยากรณ์ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ อายุ และความพึงพอใจในตารางเวร โดยสามารถร่วมกันอธิบาย ได้ร้อยละ 14.3

คำสำคัญ: ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน,โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the influence of personal factors, work factors, time management on work life balance among registered nurses working at community hospitals, Region 9 in the Northeast of Thailand.The study samples were 173 nurses working more than 6 months, selected by stratified random sampling. The research tool was a questionnaire of time management and work life balance. The content validity was validated by 5 experts and Cronbach's alpha coefficient were 0.78 and0.77 for their reliabilities, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis. The findings were as follows: 1.Work life balance of nurses at community hospitals, Region 9 was at a moderate level($\bar{x}$= 3.19, S.D. =0.78).2.Factors significantly predicting work life balance of nurses were age and satisfactionin work schedule at 0.01 level. These predictors together explained a total of 14.3 percentage of variance in work life balance.

Keyword: Work life balance, Community hospital

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การพัฒนาองค์กรให้เกิดความก้าวหน้า ต้องอาศัยทรัพยากรด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ คน เงิน วัสดุและอุปกรณ์ การจัดการและสารสนเทศ คนนับได้ว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุด [2]การเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบันมีผลต่อการใช้ชีวิตโดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสุขของคนได้แก่ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานถ้าบุคลากรมีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่ดีบุคลากรจะมีความสุขถ้าความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานไม่ดี บุคลากรก็จะไม่มีความสุข ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร[5]เกิดการลาออกซึ่งนับได้ว่าเป็นความสูญเสียก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรตามมา การขาดแคลนบุคลากรพยาบาลเป็นปัญหาระดับโลก[1]รวมทั้งประเทศไทยด้วยเกิดจากการผลิตที่ไม่เพียงพอ[11]การผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์ของเอเชีย [1]โครงสร้างประชากรเปลี่ยนประชาชนมีอายุยืนขึ้นโรคประจำตัวมากขึ้น ทำให้ผู้รับบริการมากขึ้น[13,1,17]ไม่สามารถที่จะดึงพยาบาลภาครัฐไว้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปยังภาคเอกชนส่งผลทำให้พยาบาลมีภาระงานที่หนักเกิดความเสี่ยงจากการทำงานมีความเครียด เกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานนำไปสู่การลาออกของพยาบาลภาครัฐไปยังโรงพยาบาลเอกชน หรือลาออกไปประกอบวิชาชีพอื่น การจะรักษาพยาบาลไว้ได้วิธีการหนึ่งคือ การสร้างให้พยาบาลมีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน[7,9,17]

สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (Work life balance) หมายถึง การกำหนดเวลาในการดำเนินชีวิตให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับ งาน ครอบครัว สังคม และตนเอง(กลุ่มมาตรฐานองค์กรกลางบริหารงานบุคคลสำนักงาน ก.พ. พ.ศ. 2548 อ้างถึงใน 7; 12)สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ประกอบด้วย 2 โครงสร้าง คือ 1) ความสมดุลคือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของขอบเขตของชีวิตกับงาน 2) ความขัดแย้งหรือผลกระทบ ซึ่งเป็นข้อความด้านลบหรือความไม่สมดุลเป็นผลมาจากความขัดแย้งกันของขอบเขตของชีวิตกับงาน[19]ซึ่ง 20)กล่าวถึงสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน และงานช่วยปรับปรุงชีวิตส่วนตัวให้ดีขึ้นหรือชีวิตส่วนตัวช่วยปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในอดีตพบว่าความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลยังอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของแต่ละคนมักมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล[7]เนื่องจากแต่ละคนมีบทบาทที่แตกต่างกัน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะ [2,6,8] ปัจจัยด้านการทำงาน ระดับตำแหน่ง ฝ่าย/แผนก รูปแบบเวลาในการปฏิบัติงาน ระยะเวลาเดินทางที่พัก-ที่ทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์[2,1,6,8,23]ความพึงพอใจในตารางเวร การรับรู้ความยุติธรรมในการจัดสรรงาน(Millicent & Richard, 2010) และการบริหารเวลา[10]

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยในเชิงสำรวจ และมีการ ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการกับสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานบ้างแต่เป็นในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกัน ทั้งในเชิงโครงสร้างและการบริหารจัดการ ประกอบกับผลการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยพบว่าบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนยังมีสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่ไม่ดีนัก เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานที่หนัก บางแห่งทำงานติดต่อกันเกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และมากกว่า 48

ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งมากกว่าที่กระทรวงแรงงานกำหนด ส่งผลให้เกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัวและสังคม และอาจทำให้ต้องตัดสินใจเลือกระหว่างงานและครอบครัวในที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างและจัดการให้มีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ดี เพื่อที่จะจูงใจและรักษาพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถให้คงอยู่กับองค์กรพยาบาล นำไปสู่การพัฒนาองค์กรที่ยั่งยืนและมั่นคงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย โดยศึกษาสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานตามแนวคิดของ Fisher (2001)[20] ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน และงานช่วยปรับปรุงชีวิตส่วนตัวให้ดีขึ้นหรือชีวิตส่วนตัวช่วยปรับปรุงงานให้ดีขึ้น และคัดสรรปัจจัยต่างๆที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ที่ส่งผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะ[2,6,8] ปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ระดับตำแหน่ง ฝ่าย/แผนก จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์[2,15,8,23] การรับรู้ความยุติธรรมในการจัดสรรงานของหน่วยงาน ความพึงพอใจในตารางเวรและการบริหารเวลา ตามแนวคิดของศุภโชค เลาหะพันธุ์ และคณะ, 2553;)[18,13,10]ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติตามแผน ด้านการตรวจสอบวิเคราะห์ปัญหา และด้านการปรับปรุงแผน และจัดสรรเวลาใหม่

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบการพยากรณ์ เพื่อศึกษาระดับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน และหาความสามารถในการอธิบาย/ทำนายร่วมกันของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน การบริหารเวลากับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ โดยศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30- 120 เตียง จำนวน 80 แห่ง มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพรวมทั้งสิ้น 5,587 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariate analysis)ของ Thorndikeและเพิ่มจำนวน

ตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อให้ได้ตัวอย่างมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น188คน ทำสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามขนาดโรงพยาบาล และทำการจัดสรรตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในแต่ละชั้นตามสัดส่วน (Proportional Allocation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะ และหนี้สิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการทำงาน ได้แก่ ระดับตำแหน่ง ฝ่าย/แผนก จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้

ส่วนที่ 3แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความยุติธรรมในการจัดสรรงานของหน่วยงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง จากการศึกษางานวิจัยในอดีต ประกอบไปด้วย 4 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ

ส่วนที่ 4แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในตารางงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยในอดีต ประกอบไปด้วย 3 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ

ส่วนที่ 5แบบสอบถามการบริหารเวลาของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการบริหารเวลา รวมข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อคำถาม โดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกในลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ

ส่วนที่ 6 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามของ Hayman (2005)[21]ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Fisher (2001)[20]ในแบบสอบถามประกอบไปด้วย 14 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามถึงความถี่ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว (WIPL) ประกอบไปด้วย 7 ข้อคำถาม ชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน (PLIW) ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม และงานส่งเสริมให้ชีวิตส่วนตัวดีขึ้นหรือชีวิตส่วนตัวส่งเสริมให้งานดีขึ้น (WPLE) ประกอบไปด้วย 4 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกในลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ในแบบสอบถามเดิมมี 7 ระดับ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงให้เหลือเพียง 5 ระดับ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามในส่วนที่ 3-5 โดยการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาค (พิสัยหารด้วยจำนวนชั้น) และแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) น้อย (1.81-2.60 คะแนน) ปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) มาก (3.41-4.20 คะแนน) ถึง ระดับมากที่สุด (4.21 – 5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพเขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่ได้รับการสุ่มจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความยุติธรรมในการจัดสรรงานของหน่วยงาน แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในตารางงาน แบบสอบถามการบริหารเวลาของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน เท่ากับ 0.81, 0.83, 0.78 และ 0.77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1.ขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขสำคัญโครงการHE592386และมีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตามมาและนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อโรงพยาบาลและชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม

2.ส่งหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

3.ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามไปยังพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียด วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัย ภายใน 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยแนบซองจดหมายที่จ่าหน้าซองชื่อและที่อยู่ของผู้วิจัยและติดแสตมป์เรียบร้อยแล้วเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งแบบสอบถามกลับคืนมายังผู้วิจัยโดยตรง

4.นำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้ส่งแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน188 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน177 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 92.02

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยบันทึกรหัสข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยหาค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2.วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านการทำงานและการบริหารเวลาโดยหาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3.วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขต 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) เกี่ยวกับการแจกแจงความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อน (e) ดังนี้ [22]

1.การแจกแจงของ e เป็นแบบปกติ (Normality)

2.มีค่าเฉลี่ยของ e เป็น 0 คือ $E(e_i)= 0$

3.ความแปรปรวนของ e มีค่าคงที่สำหรับทุกค่าของ X คือมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity)

4. ความคลาดเคลื่อนของค่าสังเกตแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน (Non Autocorrelation)

5.ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือเกิดปัญหาMuticolinearity

ซึ่งจากการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนด

สรุปผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.1 และเพศชายร้อยละ 6.9 มีอายุเฉลี่ย 33 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.46 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุมากที่สุด 56 ปี มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 96 มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่จบปริญญาโท ส่วนใหญ่มีจำนวนผู้อยู่ในอุปการะ 1-5 คน ร้อยละ 85 มีจำนวนผู้อยู่ในอุปการะเฉลี่ย 3.6 คน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.33 คน จำนวนผู้อยู่ในอุปการะน้อยที่สุด คือ ไม่มีเลย และจำนวนผู้อยู่ในอุปการะมากที่สุด 20 คน

ข้อมูลด้านการทำงาน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลประจำการร้อยละ 75.7 และเป็นหัวหน้างานร้อยละ 23.1 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในร้อยละ 64.7 และผู้ป่วยนอกร้อยละ 31.8 จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ ส่วนใหญ่มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 56.6 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง ร้อยละ 36.9จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ น้อยที่สุดคือ 35 ชั่วโมง มากที่สุดคือ 108 ชั่วโมง($\overline{X}$ = 56.55, S.D. = .16.43) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย/เดือนมากกว่า 17,000 บาท ร้อยละ 90.7 รายได้น้อยกว่า 17,000 บาทร้อยละ 8.6 รายได้ต่ำสุด คือ 13,000 บาท/เดือน และรายได้สูงสุด คือ 80,000 บาท/เดือน ($\overline{X}$ = 29,178 S.D. = 10,658) การรับรู้ความยุติธรรมในการจัดสรรงานของหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.63, S.D. = .64) ความพึงพอใจในตารางเวรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.56, S.D. = .74)

ข้อมูลด้านการบริหารเวลา โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.49, S.D. =.40) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการวางแผน($\overline{X}$ = 3.70, S.D. =.54) และรองลงมาคือด้านการปรับปรุงแผนและจัดสรรเวลาใหม่ ($\overline{X}$ = 3.44, S.D. =.56) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือด้านการปฏิบัติตามแผน($\overline{X}$ = 3.28, S.D. =.44)

2.ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.19, S.D. =.78) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือชีวิตส่วนตัวส่งผลกระทบต่องาน($\overline{X}$ = 3.40, S.D. =.70) และรองลงมาคืองานช่วยปรับปรุงชีวิตส่วนตัวให้ดีขึ้นหรือชีวิตส่วนตัวช่วยปรับปรุงงานให้ดีขึ้น ($\overline{X}$ = 3.19, S.D. =.78) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ งานส่งผลกระทบต่อชีวิตส่วนตัว($\overline{X}$ = 3.01, S.D. =.78)

3.ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในตารางเวร และอายุ ร่วมกันทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ได้ร้อยละ 14.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเรียงตามลำดับตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ได้แก่ ความพึงพอใจในตารางเวร และอายุ (พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta)) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปรที่เข้าสมการ	B	SE.B	Beta	t	P value
ความพึงพอใจในตารางเวร	.994	.264	.309	3.760	.000*
อายุ	.191	.062	.221	3.067	.003*

Constant (a) = 27.492 R = .378 R^2 = .143 adjusted R^2 = .133

Overall F = 14.155

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

1. ระดับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในะดับปานกลางอธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ว่าตนเองยังไม่มีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-30 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มีผู้อยู่ในอุปการะมากถึงร้อยละ 97.1 เป็นพยาบาลประจำการร้อยละ 75.7 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ที่มากกว่า 48 ชั่วโมง ร้อยละ 56.6 มีรายได้น้อยกว่า 17,000 ต่อเดือนร้อยละ 8.6 และมีหนี้สินมากถึงร้อยละ 90.2 ซึ่งเพศหญิงมีบทบาทหน้าที่ดูแลทั้งงานภายในบ้านและในขณะเดียวกันต้องทำงานนอกบ้านด้วย ทำให้มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ประกอบ

กับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะจำนวนมากและมีภาระหนี้สินด้วยจึงมีภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อเวลาในการทำงาน

นอกจากนี้ จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยที่มากกว่าที่กระทรวงแรงงานกำหนด ภาระหนี้สิน ที่ทำให้ต้องทำงานนอกเวลาเพื่อให้ได้รายได้ที่เพียงพอ ภาระงานรับผิดชอบที่มาก ทั้งงานประจำและงานประกันคุณภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถบริหารจัดการงานให้แล้วเสร็จภายในเวลาได้ต้องนำงานที่รับผิดชอบ (งานประกันคุณภาพ)ไปทำนอกเวลาปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าตนเองต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้งานที่ตนเองได้รับผิดชอบประสบความสำเร็จ ประกอบกับรูปแบบการปฏิบัติงานที่ทำงานเป็นกะของพยาบาลวิชาชีพ เช่น เช้า บ่าย ดึก เวรเสริม และเวรส่งต่อผู้ป่วย ที่ต้องหมุนเวียนปฏิบัติงาน มีชั่วโมงการทำงานที่มากกว่ากำหนด ซึ่งจากตารางเวร พบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในแต่ละวันมากกว่า 8 ชั่วโมง จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันด้านเวลาที่แตกต่างจากอาชีพอื่นๆ ทำให้ไม่มีเวลาให้กับตนเอง สังคม และครอบครัว ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนรู้สึกว่าตนเองยังไม่มีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่ดีพอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายพิณ ลาภหลาย [2,16] ที่พบว่า ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง

2.ปัจจัยทำนาย (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และการบริหารเวลา) กับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ความพึงพอใจในตารางเวรและอายุ โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 14.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าความพึงพอใจในตารางเวรสามารถทำนายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานได้ดีที่สุด (Beta = 0.309)เป็นอันดับแรกในทิศทางบวก กล่าวคือถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในตารางเวรมาก ก็จะมีความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่ดีด้วย ทั้งนี้เนื่องจาก ความพึงพอใจในตารางเวรของพยาบาลวิชาชีพ จากการที่แต่ละคนได้มีส่วนร่วมในการจัดตารางเวร ทำให้ทราบตารางการปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมงการทำงานทั้งหมดในแต่ละเดือนล่วงหน้า พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนจึงสามารถวางแผนตารางการทำงานของตน จัดสรรเวลาการทำงาน และบริหารจัดการเวลางานที่ต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำและเรื่องส่วนตัวได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Millicent & Richard (2010)ที่พบว่าความพึงพอใจในตารางเวร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานและการศึกษาของ Yildirim and Aycan(2007)[24] ที่พบว่าความพึงพอใจในตารางเวรมีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างงานกับครอบครัว

เมื่อเพิ่มตัวแปรอายุเข้าไปในสมการพบว่าสามารถอธิบายความผันแปรของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานได้มากขึ้นเป็นร้อยละ 14.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ในทิศทางบวก (Beta = 0.221)แสดงว่าถ้าพยาบาลวิชาชีพมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานก็จะเพิ่มขึ้นด้วยสอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิการนต์ ทิพย์โส (2550) [42,6,8] ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานก็ดีขึ้นด้วยทั้งนี้เนื่องจาก อายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมมีความมั่นคงด้านอาชีพการงาน ด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ประกอบกับมีความสามารถ และ ความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการกับงานที่ปฏิบัติเพิ่มขึ้น จึงสามารถจัดการงานที่ได้รับมอบหมายเสร็จทันเวลาหรือก่อนกำหนด ทำให้มีเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านอื่น ๆในชีวิตส่วนตัวที่นอกเหนือจากงานประจำเพิ่มมากขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตาม ความพึงพอใจในตารางเวรและอายุ สามารถร่วมกันอธิบายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เพียงร้อยละ 14.3 (R^2 = .143) แสดงว่า ยังมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ อีกร้อยละ 85.7 จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรมีการจัดสรรงานให้เหมาะสมกับความสามารถ และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในจัดตารางเวร มีการหมุนเวียนงานกระจายงาน และจัดสรรวันหยุดอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ควรให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกถึงความไม่ยุติธรรม ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

2.**พยาบาลวิชาชีพ**ทำความเข้าใจ Career Path ของตนเองเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถ และสั่งสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่องในการนำไปสู่ความก้าวหน้าและมั่นคงในอาชีพของตนมีส่วนร่วมในการจัดตารางเวร การจัดสรรงานต่างๆ ในหน่วยงานและบริหารจัดการเวลาได้อย่างเหมาะสมโดยสามารถวิเคราะห์งานที่รับผิดชอบ จัดลำดับความสำคัญของงานและทำงานให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายได้ ภายในเวลาที่กำหนด เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระดับภาคและระดับประเทศ (เพิ่มในบริบทของโรงพยาบาลระดับอื่น)

2.ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ความพึงพอใจในงาน ความเครียดในงาน แรงจูงใจ ความสุขในการทำงาน เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจาก ผลการศึกษาพบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษาร่วมกันอธิบายความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานได้อีกร้อยละ 85.7

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือให้ นางรื่นฤดี แก่นนาค นางเตือนใจ พิทยาวัฒนชัย นางสาวกมลธร วัสสา รศ. ดร. มาริสา ไกรฤกษ์ และผศ. ดร. จิตภินันท์ ศรีจักรโครต และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1.แกวิน โจน, และวาสนา อิ่มเอม. **ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรในประเทศไทย**. กรุงเทพ: คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (คสช.)และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ; 2554.

2.คณาจารย์สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **การบริหาร การพยาบาล** (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา ; 2553.

3.จุฑาภรณ์ หนูบุตร. **ความสมดุลชีวิตและการทำงาน กรณีศึกษา : โรงพยาบาลวิภาวดี.** สารนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารทรัพยากรมนุษย์และองค์การ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ ; 2554.

4.ชนิการนต์ ทิพย์โส. **ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของพนักงานในช่วงเตรียมการโยกย้ายสู่สุวรรณภูมิ.** สารนิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ ; 2550.

5.นิตินัย หมีสอาด. **ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาการจัดการทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี ; 2556.

6.นิศาชล โทแก้ว. **ความสัมพันธ์ระหว่างความสมดุลชีวิตในการทำงานกับผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการแผนกต้อนรับส่วนหน้าธุรกิจโรงแรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต สาขาการบัญชีและการจัดการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม ; 2556.

7.ภานุภาคย์ พงศ์อติชาต. **สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (Work-Life Balance)**. สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2558, จาก http://spm.thaigov.go.th/multimedia/sukhon/WLB%2520_1.pdf. ; 2549.

8.ภาวิณี แสนวัน. **การศึกษาปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน และปัจจัยด้านสังคม ที่มีผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของพนักงานในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพ ; 2557.

9.วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกฤษดา แสวงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. **Thai Journal of Nursing Council**, 27(1), 5-12 ; 2555.

10.วิทยาธร ท่อแก้ว. **การบริหารเวลา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ; 2549.

11.วิษณุ บุญมารัตน์. **ปัญหาขาดแคลน-สมองไหลพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ.** สืบค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2558, จาก http://www.hfocus.org/content/2013/10/5217 ; 2556.

12.ศิรภัสสร วงศ์ทองดี. **การสร้างสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (Work-Life balance/Work-life Effectiveness)**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันดำรงราชานุภาพ ; 2552.

13ศุภโชค เลาหะพันธุ์, สงวน ธีระกุล, ฉิทฐา แสวงทอง, วันเพ็ญ ทรงวิวัฒน์, รัตนาภรณ์ ศรีพยัคฆ์, กิจชัย กุลสัมฤทธิ์, และคณะ. (2553). **การบริหารเวลา (Time Management) (เอกสารความรู้ สคร. ลำดับที่ 17/ปีงบประมาณ 25531 สถาบันดำรงราชนุภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย).** กรุงเทพ: ส่วนพัฒนาและบริหารจัดการความรู้ สถาบันดำรงราชานุภาพ.

14.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **การคาดภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568 มหาวิทยาลัยมหิดล ฉบับเดือนมีนาคม 2549** (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2549.

15.หทัยทิพย์ ลิ้วสงวนกุลธร. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมดุลชีวิตกับการทำงาน กรณีศึกษาสถาบันคุ้มครองเงินฝาก.** วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยหอการค้า, กรุงเทพฯ; 2555.

16.อมรรัตน์ แก้วทวี, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน บรรยากาศความปลอดภัย ในการทำงาน กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนภาคใต้. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 3, 313-320 ; 2557.

17.อรุณรัตน์ คันธา. ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทย. **Journal of nursing science,** 32(1), 81-90 ; 2557.

18.อารมณ์ จินดาพันธ์. . การบริหารงาน-การบริหารเวลา. **วารสารบัณฑิตศึกษา**, 48, 195-198 ; 2556.

19.Chang Artemis., Mcdonald Paula., & Burton Pauline, 2010. **Methodological choices in work-life balance research 1987 to 2006: a critical review**. The international journal of human resource management. ค้นเมื่อ 21 March 2016, At: 01.50, จาก http://tandfonline.com/loi/rijh20.

20.Fisher, G. (2001). **Work-personal life balance: A construct development study (Unpublished doctoral dissertation)**. Bowling Green State University: OH

21.Hayman, J. (2005). Psychometric Assessment of an Instrument Designed to Measure Work Life Balance, ***Research and Practice in Human Resource Management***, 13(1), 85-91.

22.Johnson, R, A,. & Wichem, D, W. (1998). Aplied Multivariate Statistical Analysis (Fourth Edition). New Jersey: Prentice-Hall.

23.Sachiko, Tonaka.Yukie, Maruyama,. Satoko Ooshima,. and Itirotaka, Ito. (2010). Working condition of nurses in Japan: awareness of work–life balance among nursing personnel at a university hospital. **Jornal of clinical nursing**, 20, 12-22.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ความชุกของพยาธิใบไม้ตับและความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงครามและความชุกเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนที่อยู่ในแม่น้ำสงคราม จังหวัดนครพนม

The Prevalence of Opisthorchis viverrini and Knowledges Behaviors Attitudes about Opisthorchiasis among People Living Near Songkhram River and Prevalence of Metacercariae in Cyprinoid Fish in Songkhram River, Nakhon Phanom Province

ฉัตรศิริ วิภาวิน[1] , นงค์ลักษณ์ เหลาพรม[2,*], ศรีวิภา ช่วงไชยยะ[3] , พรรณี บัญชรหัตถกิ[4], รัฐพล ไกรกลาง[5], ธนากร พรมโนภาส[3], พัสกร องอาจ[3]

Chatsiri Wiphawin, Nonglak Laoprom[*], Sriwipa Chuangchaiya[*], Pannee Banchonhattakit, Ratthaphol Kraiklang, Thanakorn Phromnophas, Passakorn Ongarj

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ด้วยวิธี Kato's thick smear ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน และศึกษาความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนที่อาศัยอยู่ในแม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีกลุ่มตัวอย่างปลาวงศ์ตะเพียนจำนวน 172 ตัว ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน ตรวจพบการติดเชื้อของหนอนพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.7 ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 ผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.48 ผลการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.70 และผลการศึกษาความชุกของเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนครั้งนี้ ไม่พบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียน ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560

คำสำคัญ: พยาธิใบไม้ตับ, เมตาเซอร์คาเรีย, ปลาวงศ์ตะเพียน, แหล่งน้ำ, ความชุก

Abstract

The research is a surveystudy. This research aimed to study the prevalence of Opisthorchis viverrini Infection among people living near Songkhram River at Tha Bo Songkhram war Si Songkhram District Nakhon Phanom Province, Opishtorchis viverrini by using Kato's thick smear, Study of knowledge behaviors and attitudes about Opisthorchiasis among peoples, The results reveal that 227 participants, Study the prevalence of metacercariae in Cyprinid Fish in Songkhram River at Ban Tha Bo Tha Bo Songkhram War Si Songkhram District Nakhon Phanom Province, A total of 172 Cyprinid Fish, The majorities of 5.7% participants were infected with O. viverrini, Participants had a high level of knowledge 42.86%, mild levels of attitude 65.5%, and mild level of Risk behaviorof Opsisthorchis viverrini 62.7%, not

[1] นิสิตปริญญาโทคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[2] อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[3] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[4] รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[5] อาจารย์ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

found the prevalence of metacercariae in Cyprinid Fish in Songkhram River at Ban Tha Bo Tha Bo Songkhram War Si Songkhram District Nakhon Phanom Province, Data were collected during March 2017.

Keywords: Opisthorchis viverrini, Metacercariae, Cyprinid Fish, Water Resources, Prevalence

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศซึ่งคาดว่าทั่วโลกมีจำนวนคนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่า 500 ล้านคน [17] และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายงานการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในโลก พบว่ามีการระบาดสูงมากโดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ [18]

ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าโรคพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อมะเร็งอีกด้วย (IARC, 1994) โรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากพยาธิใบไม้ 3 ชนิด ชนิดแรกคือ Clonorchis sinensis พบมากในประเทศจีน ไต้หวัน เกาหลี ญี่ปุ่น ฮ่องกง และเวียดนาม ชนิดที่สอง คือ Opisthorchis felineus พบมากในประเทศทางภาคพื้นยุโรปตอนกลาง ตอนใต้ และทางตะวันออกของยุโรป รวมทั้งประเทศรัสเซีย ส่วนชนิดที่สาม คือ Opisthorchis viverrini พบมากในประเทศไทย ลาวและกัมพูชา [17] ในปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2557 พบว่าจังหวัดนครพนมมีอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิใบไม้ตับสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทย [1] อีกทั้งจากรายงานการเสียชีวิตของประชาชนจังหวัดนครพนมพบว่าโรคพยาธิใบไม้ตับที่นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 ปี [3]

การเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับติดต่อสู่คนได้จากการรับประทานปลาดิบหรือปลาสุกๆดิบๆที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ตับเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยเฉพาะการรับประทานปลาวงศ์ตะเพียน [4] จากการวิจัยพบว่า ปลาตะเพียนเกล็ดขาว ปลาสร้อย รวมไปถึงกลุ่มปลาในวงศ์ตะเพียนนั้น มีการสะสมของพยาธิใบไม้ตับค่อนข้างมาก [7] ซึ่งปลาเหล่านี้หาได้ง่ายตามชุมชนชนบทตามไร่นาพื้นที่เกษตรกรรม เมื่อนำมารับประทานแบบดิบๆหรือนำมาปรุงอาหารเพื่อรับประทานแบบสุกๆ ดิบๆ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ง่าย [6] อีกทั้งพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรคก็มิใช่จำกัดอยู่เฉพาะการรับประทานอาหารเท่านั้น แต่พฤติกรรมการบริโภคยังหมายรวมถึงวิธีการผลิตและการปรุงแต่งอาหารที่มีเรื่องของวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะการบริโภค [2]

จังหวัดนครพนมเป็นพื้นที่ที่ติดแม่น้ำโขงซึ่งเป็นแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีแม่น้ำที่สำคัญอีกสายหนึ่งคือ แม่น้ำสงครามเป็นอีกพื้นที่มีปลาอุดมสมบูรณ์โดยเฉพาะปลาน้ำจืดตระกูลปลาตะเพียนหรือปลาขาว อีกทั้งประชาชนในพื้นที่นิยมบริโภคปลาส้มและผลิตเป็นสินค้าอุตสาหกรรมในครัวเรือน จึงจัดว่าเป็นหมู่บ้านต้นแบบในการผลิตปลาส้มซึ่งเป็นที่แพร่หลายสร้างรายได้ให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่รอบแม่น้ำสงคราม ดังนั้นการเฝ้าระวังการระบาดโดยการสำรวจหาความชุกพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้แหล่งน้ำซึ่งในพื้นที่ดังกล่าวเคยมีรายงานพบว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสูง [1] จึงต้องการความแน่ชัดว่าประชาชนมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและหลังจากมีการศึกษาจากครั้งที่ผ่านมาเป็นอย่างไร อีกทั้งประชาชนในเขตภาคอิสานส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนที่กินแบบสุกๆดิบๆ แม้ว่าจะมีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องก็ตาม การตรวจหาความชุกของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาที่อยู่ในแหล่งน้ำนับเป็นวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยในการเฝ้าระวังและวางแผนการบริโภคปลาให้ปลอดภัยได้ จะเห็นได้ว่าการตรวจหาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในคนและในปลาสามารถใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ลดการแพร่กระจายของโรคและสามารถรักษาได้ทันในระยะผู้ป่วยที่ติดเชื้อเบื้องต้นเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงครามและศึกษาความชุกของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนซึ่งเป็นที่อาศัยของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับที่อยู่ตามแม่น้ำสงครามในจังหวัดนครพนม โดยจะนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการเป็นแนวทางการให้สุขศึกษาและวางแผนเพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งจะนำไปสู่โรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่จังหวัดนครพนมให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อยู่บริเวณใกล้แม่น้ำสงครามในจังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงครามในจังหวัดนครพนม
3. เพื่อสำรวจความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนที่อยู่ในแม่น้ำสงครามในจังหวัดนครพนม

อุปกรณ์และวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Analytic cross – sectional study) โดยศึกษาความชุกพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ด้วยวิธี Kato's thick smear และศึกษาความรู้เรื่อง ทัศนคติ พฤติกรรมเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยที่อยู่ใกล้แม่น้ำสงครามซึ่งอยู่ในเขตตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยการตอบแบบสอบถาม และหาความชุกของตัวอ่อนระยะติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับในปลา วงศ์ตะเพียน โดยวิธีการย่อยด้วยสลายเป็บซิน (pepsin) 0.25 เปอร์เซ็นต์ มีระยะเวลาการดำเนินงานเก็บอุจจาระและเก็บแบบสอบถามในประชาชนกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ.2560 และเก็บตัวอย่างปลา 1 ครั้ง ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2560

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ขอรับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 5/2560 ผู้ศึกษาได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่ได้เจตนา เช่น การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียด และความกดดัน ในการสัมภาษณ์กลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลรบกวนต่อจิตใจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

ประชากรตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยรอบบริเวณแม่น้ำสงคราม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาตามลักษณะภูมิประเทศและเขตการปกครองของจังหวัดนครพนม สุ่มเลือกตำบลได้ตำบลท่าบ่อสงคราม สุ่มเลือกหมู่บ้านได้บ้านท่าบ่อ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อประชากรในหมู่บ้านที่สุ่มได้ โดยทุกขั้นใช้การสุ่มด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple Random Sampling) จำนวน 227 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือประชาชนที่มีอายุ 18 ขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม มีประชากรรวมทั้งหมด 2,152 คน ซึ่งใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร [14] คำนวณได้จากสูตรดังนี้

สูตร

$$n_p = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\, p(1-p)}{(N-1)e^2 + Z^2_{\alpha/2}\, p(1-p)}$$

$$n_p = 205.1 \approx 205 \text{ คน}$$

เพราะฉะนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ 205 คน แต่เพื่อป้องกันผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Dropout) และไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบโดยตรงต่อ Statistical precision หรือ Power ในการสรุปผลงานครั้งนี้ จึงได้คำนวณปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 [14] เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ โดยยึดหลัก Principle of intention to treat ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าบ่อสงครามไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป
2. ประชาชนเพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. ผู้สมัครใจยินยอมเข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาที่ต้องการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือมีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

2. ปลาวงศ์ตะเพียนที่ใช้ในการศึกษา

ปลาที่ใช้ในการสำรวจความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรีย คือปลาวงศ์ตะเพียนที่อยู่ในแม่น้ำสงคราม บริเวณบ้านท่าบ่อ ตำบลท่าบ่อ สงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นปลาที่ประชาชนที่อาศัยในบริเวณบ้านท่าบ่อมักทำการจับปลาในแหล่งน้ำมาบริโภคหรือนำไปจำหน่าย สุ่มมาจำนวน 172 ตัว น้ำหนัก 5.6 กิโลกรัม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปลักษณะแบบสอบถามแบบเลือกตอบและเขียนตอบที่ตรงกับความเป็นจริงที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แบบ 3 ตัวเลือก คือใช่, ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ โดยเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว

โดยการแปลความหมายระดับความรู้โดยใช้เกณฑ์ของการแบ่งช่วงค่าคะแนนตามแนวคิดของ Bloom (1971) [16] ซึ่งเป็นเกณฑ์ของการแบ่งช่วงค่าคะแนนแบบอิงเกณฑ์ตามหลักการ Learning for mastery แบ่งเกณฑ์ดังนี้

มีความรู้ระดับสูง ได้คะแนน ร้อยละ 80 – 100 (12 – 14 คะแนน)

มีความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60 - 79 (9 - 11 คะแนน)

มีความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนน ร้อยละ 0 – 59 (0 - 8 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้เกณฑ์เฉลี่ยวัดทัศนคติ [15] ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้วัดทัศนคติ

ชุดที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้เกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ [15] ซึ่งเป็นเกณฑ์และวิธีการประเมินผลวัดพฤติกรรม มีทั้งหมด 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้ส้วมและการขับถ่ายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้านและการทิ้งเศษอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแล้วพิจารณา และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ และใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Alpha Coefficient reliability) ได้เท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในปลา

ตรวจสอบชนิดปลาโดยใช้ฐานข้อมูลจากเว็ปไซส์ Fish Base ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศเกี่ยวกับปลาที่ http://www.fishbase.org/home.htm. และจำแนกชนิดเมตาเซอร์คาเรียตรวจสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ณ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ทั่วไป คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การหาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในคน

เมื่อได้บุคคลที่จะเป็นตัวอย่างแล้ว ให้ทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจอุจจาระแจกตลับอุจจาระให้ พร้อมกับอธิบายวิธีการเก็บอุจจาระส่งตรวจพร้อมกับนัดหมายวันเก็บ ตลับอุจจาระไปตรวจสัมภาษณ์ตัวอย่างเพื่อหาข้อมูลประกอบบันทึกผลการตรวจอุจจาระเก็บตัวอย่างอุจจาระไปตรวจโดยวิธี Kato's thick smear บันทึกผลการตรวจอุจจาระในแบบบันทึก

2. การศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

การเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนเมื่อได้บุคคลที่เป็นตัวอย่างแล้วดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

3. การสำรวจความชุกของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียน

นำตัวอย่างปลาที่ต้องการย่อยมาแยกชนิด ชั่งน้ำหนัก และนับจำนวนปลาแล้วนำตัวอย่างปลาแต่ละชนิดมาบดด้วยเครื่องปั่น แล้วนำปลาที่บดแล้วไปใส่ในบีกเกอร์ขนาด 1000 ml ที่มีสารละลาย 0.25 เปอร์เซ็นต์ เปปซิน (pepsin) นำไปบ่มด้วยอ่างน้ำควบคุมอุณหภูมิ (shaking waterbath) ที่ 37 องศาเซลเซียสระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง จึงนำสารละลายที่ได้แล้วมากรองด้วยตะแกรง 3 ขนาด (1000 μm, 300 μm และ 106μm) แล้วนำไปตกตะกอนด้วยเหยือกตกตะกอน (Sediment jar) แล้วนำส่วนตะกอนที่ตกตะกอนเรียบร้อยแล้วมาเลือกหา metacercariae ของหนอนพยาธิภายใต้กล้องจุลทรรศน์สามมิติ (stereoscope) จากนั้นจึงแยกชนิดของเมตาเซอร์คาเรียตามลักษณะสัณฐานวิทยา แล้วจดบันทึกจำนวนและชนิดเมตาเซอร์คาเรียที่พบ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการประมวลผล โดยบันทึกข้อมูลลงในเครื่องคอมพิวเตอร์และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการหาค่าความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชน หาค่าความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนและหาค่าความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระยะเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนที่อยู่ในแม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม ในจังหวัดนครพนม

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัด

นครพนมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 33.3 ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุที่น้อยที่สุดคือ 18 ปี มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.9 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ร้อยละ 65.1 มีรายได้เฉลี่ย 4,443 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยกินปลาดิบในแหล่งน้ำของชุมชน ร้อยละ 92.1 มีการเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 68 โดยมีการเลี้ยงสุนัขมากที่สุด ร้อยละ 47.2 และกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจอุจจาระเพื่อตรวจหาไข่หาพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 62.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม จังหวัดนครพนม (N = 227)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	84	33.3
หญิง	68	66.7
ช่วงอายุ (ปี)		
18-24	14	5.6
25-34	25	9.9
35-44	57	22.6
45-54	99	39.3
55-60 ขึ้นไป	57	22.6
Mean = 45.6, S.D = 11.06, min = 18, max = 60		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	0.8
ประถมศึกษา	161	63.9
มัธยมศึกษา	75	29.8
อนุปริญญา	10	4.0
ปริญญาตรี	4	1.6
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน หรือ ทำงานบ้าน	14	5.6
นักเรียน / นักศึกษา	6	2.4
รับราชการ	2	0.8
ทำนา	164	65.1
ทำไร่ / ทำสวน	28	11.1
ค้าขาย	24	9.5
รับจ้าง	14	5.6
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 3000	124	49.2
3001 – 5000	65	25.8
5001 - 8000	30	11.9

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
8001 – 10000	20	7.8
10000 บาทขึ้นไป	13	5.2
Mean = 4443.3, S.D = 4494.29, min = 0, max = 30000		
แหล่งน้ำในชุมชน		
มีแหล่งน้ำสาธารณะที่ใช้สำหรับจับปลา	252	100
เคยกินปลาดิบในแหล่งน้ำของชุมชน	232	92.1
ไม่เคยกินปลาดิบในแหล่งน้ำของชุมชน	20	7.9
สัตว์เลี้ยงในบ้าน		
ไม่มี	80	32.0
มี	172	68.0
- สุนัข	119	47.2
- แมว	24	9.5
- โค / กระบือ	26	10.3
- สัตว์ปีก	84	33.7
- สุกร	9	3.6
ประวัติการตรวจอุจจาระ		
เคย	157	62.3
ไม่เคย	95	37.7

จากการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ด้วยวิธี Kato's thick smear พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน พบมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 13 คน (ร้อยละ 6) จากการติดเชื้อพยาธิทั้งหมด 18 คน (ร้อย 8) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของการตรวจพบหนอนพยาธิในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (N=227)

รายละเอียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตรวจพบหนอนพยาธิ	18	8.0
ตรวจไม่พบหนอนพยาธิ	209	92.0
รวม	**227**	**100**

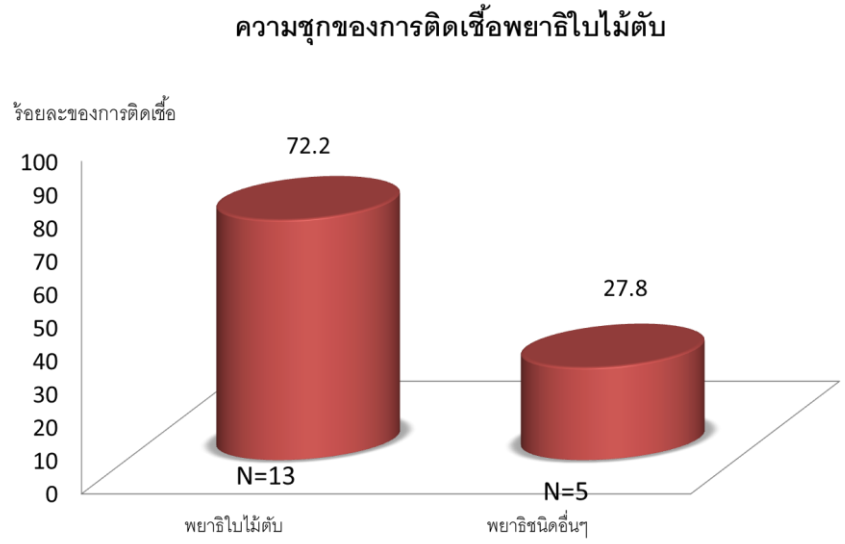
จากการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ด้วยวิธี Kato's thick smear พบว่ามีทั้งหมด 6 ชนิด พบว่ามีการติดเชื้อ O. viverrini สูงสุด รองลงมาติดเชื้อ Taenia spp.จำนวน 1 ราย (ร้อยละ0.4) ติดเชื้อ Hookworm จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ติดเชื้อ Strongyloides stercoralis จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ติดเชื้อ Enterobius vermicularis จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) และติดเชื้อ Ascaris lumbricoides จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงชนิดของหนอนพยาธิในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (N=227)

ชนิดพยาธิ	จำนวน	ร้อยละ
O. viverrini	13	5.7
Taenia spp.	1	0.44
Hookworm	1	0.44
Strongyloides stercoralis	1	0.44
Enterobius vermicularis	1	0.44
Ascaris lumbricoides	1	0.44
รวม	**18**	**7.9**

จากการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม โดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ด้วยวิธี Kato's thick smear แสดงได้ว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 72.2 ของการติดเชื้อพยาธิทั้งหมด (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 ความชุกของหนอนพยาธิในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ด้วยวิธี Kato's thick smear technique (N=18)



จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เมื่อนำมาแปรผลระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.86 รองลงมาคือมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 29.77 และมีความรู้ระดับมาก เพียงร้อยละ 27.38 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (N=227)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ

	(227 คน)	(100.0)
ความรู้ระดับน้อย	75	29.77
ความรู้ระดับปานกลาง	108	42.86
ความรู้ระดับมาก	69	27.38
$\overline{X}$ = 10 (ระดับปานกลาง) S.D. = 2.72 Max= 15 Min= 0		

จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.48 รองลงมาคือระดับทัศนคติดี ร้อยละ 34.12 น้อยที่สุดคือทัศนคติไม่ดี ร้อยละ 0.8 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (N=227)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (227 คน)	ร้อยละ (100.0)
ทัศนคติดี	86	34.12
ทัศนคติปานกลาง	164	65.08
ทัศนคติไม่ดี	2	0.80
$\overline{X}$ = 3.62 (ระดับปานกลาง) S.D. = .91		

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.70 รองลงมาคือระดับดี 37.30 น้อยที่สุดคือร้อยละ 0.79 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ตารางแสดงการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (N=227)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (227 คน)	ร้อยละ (100.0)
การปฏิบัติดี	94	37.30
การปฏิบัติปานกลาง	158	62.70
การปฏิบัติไม่ดี	2	0.79
$\overline{X}$ = 2.34 (ระดับปานกลาง) S.D. = 0.74		

เมื่อศึกษาพฤติกรรมรับประทานปลาดิบหรือปลาปรุงสุกๆดิบๆ พบว่า มากที่สุดคือ รสอร่อยกว่าปรุงสุก ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือพ่อแม่พาทานมาตั้งแต่ยังเด็ก ร้อยละ 42.1 น้อยที่สุดคือหาง่ายปรุงง่ายหรือซื้อมารับประทานง่าย ร้อยละ 20.2 ส่วนในด้านแหล่งที่นำปลามารับประทานดิบๆ หรือปรุงสุกๆดิบๆ พบว่า ห้วย หนอง คลอง บึง ร้อยละ 86.9 รองลงมาคือตลาดสด ร้อยละ 31.0 น้อยที่สุดคือ พ่อค้าแร่ ร้อยละ 12.3 ปลาที่นิยมรับประทานมากที่สุดอันดับ 1 คือ ปลาซิว ร้อยละ 67.9 รองลงมาอันดับ 2 คือปลาตะเพียนขาว ร้อยละ 56.3 และอันดับที่ 3 ปลากระสูบจุดหรือปลาสูด และปลาสร้อยขาว ร้อยละ 41.3 อันดับที่ 4 ปลาช่าหรือปลาคุยลาม ร้อยละ 33.3 อันดับที่ 5 ปลาตะเพียนทราย ร้อยละ 24.2 และน้อยที่สุดคือปลาหนามหลัง ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ตารางพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (N=227)

คำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. เพราะเหตุใดท่านจึงรับประทานปลาดิบ หรือปลาปรุงสุกๆดิบๆ		
- รสอร่อยกว่าปรุงสุก	123	48.8
- เพื่อนหรือญาติชักชวน	62	24.6
- พ่อแม่พาทานมาตั้งแต่ยังเด็ก	106	42.1
- หาง่ายปรุงง่ายหรือซื้อมารับประทานง่าย	51	20.2
2. แหล่งที่นำปลามารับประทานดิบๆ หรือปรุงสุกๆดิบๆ		
- ห้วย หนอง คลอง บึง	219	86.9
- บ่อเลี้ยงปลา	47	18.7
- ตลาดสด	78	31.0
- แหล่งขายปลา	36	14.3
- พ่อค้าเร่	31	12.3
3. เลือกปลาที่ท่านนิยมรับประทาน		
- ปลากระสูบจุดหรือปลาสูด	104	41.3
- ปลาแก้มช้ำ	48	19.0
- ปลาซ่าหรือปลาคุยลาม	84	33.3
- ปลาสร้อยขาว	104	41.3
- ปลากระสูบขีด	49	19.4
- ปลาสร้อยนกเขา	38	15.1
- ปลากระมัง	43	17.1
- ปลาตะเพียนทอง	48	19.0
- ปลาซิว	171	67.9
- ปลาไส้ตันตาแดงหรือแม่สะแด้ง	43	17.1
- ปลาไส้ตันตาขาว	45	17.9
- ปลาหนามหลัง	32	12.7
- ปลาตะเพียนทราย	61	24.2
- ปลาตะเพียนขาว	142	56.3
- ปลากระแห	52	20.6

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้นำปลาตัวอย่างที่สุ่มมาจากแม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ซึ่งสุ่มตัวอย่างปลาที่นำมาศึกษาได้ทั้งหมด 172 ตัว มีน้ำหนักประมาณ 5,608 กรัม จึงจำแนกชนิดพันธุ์ตามลักษณะของปลาวงศ์ตะเพียน ตรวจสอบจากรูปร่าง และอวัยวะต่างๆของปลา จำแนกชนิดได้ 9 ชนิด ได้แก่ ปลาซ่าหรือคุยลาม ปลาไส้ตันตาขาว ปลากระมัง ปลาแก้มช้ำ ปลาสร้อยขาว ปลากระสูบจุด ปลาตะเพียนทอง ปลาตะเพียนทราย ปลาสร้อยนกเขา หลังจากนั้นนำไปตรวจหาตัวอ่อนระยะเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ข้อมูลทั่วไปของปลากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในแม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (N=172)

ชนิดปลา	จำนวน(ตัว)	น้ำหนัก (กรัม)	ขนาด (กว้าง*ยาว)		
			ตัวใหญ่(cm.)	ตัวเล็ก(cm.)	เฉลี่ย(cm.)
1.ปลาซ่าหรือปลาคุยลาม	47	1172.36	5.0×18.0	2.8×11.0	3.9×14.5
2.ปลาไส้ตันตาขาว	3	123.0	4.5×19.0	3.5×15.0	4.0×17.0
3.ปลากระมัง	4	187.47	6.5×18.0	4.5×13.5	5.5×15.8
4.ปลาแก้มช้ำ	26	902.22	4.0×17.0	3.0×4.2	3.5×10.6
5.ปลาสร้อยขาว	54	2159.75	4.5×16.5	3.8×14.5	4.2×15.5
6.ปลากระสูบจุด	27	697.15	5.0×21.0	3.0×12.0	4.0×16.5
7.ปลาตะเพียนทอง	1	53.99	6.0×15.5	-	6.0×15.5
8.ปลาตะเพียนทราย	1	14.90	2.5×10.0	-	2.5×10.0
9.ปลาสร้อยนกเขา	9	297.18	4.0×15.5	3.5×11.5	3.75×13.5
รวม 9 ชนิด	**172**	**5608.01**			

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าปลาที่ใช้ในการศึกษามากที่สุดคือปลาสร้อยขาว ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ ปลาซ่าหรือปลาคุยลาม ร้อยละ 27.3 และอันดับที่ 3 คือปลากระสูบจุด ร้อยละ 15.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (N=172)

ชนิดปลา	จำนวน(ตัว)	ร้อยละ
1.ปลาซ่าหรือคุยลามปลา	47	27.3
2.ปลาไส้ตันตาขาว	3	1.7
3.ปลากระมัง	4	2.3
4.ปลาแก้มช้ำ	26	15.1
5.ปลาสร้อยขาว	54	31.4
6.ปลากระสูบจุด	27	15.7
7.ปลาตะเพียนทอง	1	0.6
8.ปลาตะเพียนทราย	1	0.6
9.ปลาสร้อยนกเขา	9	5.3
รวม 9 ชนิด	**172**	**100**

จากผลการศึกษาเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนในแม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม พบปลาทั้งหมด 172 ตัว แยกชนิดได้ 9 ชนิด มีน้ำหนักโดยรวม 5608.01 กรัม พบว่า ไม่พบเมตาเซอร์คาเรียพยาธิใบไม้ตับในปลา (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงผลการศึกษาเมตาเซอร์คาเรียในปลาวงศ์ตะเพียนในแม่น้ำสงคราม ตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม (N=172)

ชนิดปลา	จำนวน(ตัว)	น้ำหนัก (กรัม)	เมตาเซอร์คาเรียพยาธิใบไม้ตับที่พบ (เม็ด)	พยาธิชนิดอื่นๆ
1.ปลาไส้ตันตาขาว	3	123.04	0	0
2.ปลาตะเพียนทราย	1	14.90	0	0
3.ปลาซ่าหรือคุยลาม	47	1172.36	0	0
4.ปลากระมัง	4	187.47	0	0
5.ปลาแก้มช้ำ	26	902.22	0	0
6.ปลากระสูบจุด	27	697.15	0	0
7.ปลาตะเพียนทอง	1	53.99	0	0
8.ปลาสร้อยนกเขา	9	297.18	0	0
9.ปลาสร้อยขาว	54	2159.74	0	0
รวม 9 ชนิด	**172**	**5608.01**	**0**	**0**

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม ในจังหวัดนครพนมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 33.3 อายุของกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45.6 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี อายุที่น้อยที่สุดคือ 18 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.9 อาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ร้อยละ 65.1 มีรายได้เฉลี่ย 4,443 บาทต่อเดือน การศึกษานี้สอดคล้องการศึกษาของ [11] ที่รายงานว่าระดับการศึกษาและอาชีพมีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเคยกินปลาดิบในแหล่งน้ำของชุมชน ร้อยละ 92.1 ส่วนใหญ่มีการเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ68 ซึ่งมีการเลี้ยงสุนัขมากที่สุด ร้อยละ47.2 และกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 62.3 สอดคล้องกับ [10] กล่าวว่า การเลี้ยงสุนัขและการรับประทานปลาร้าดิบมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิ ซึ่งจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคหนอนพยาธิและสอดคล้องกับการศึกษาของ (ณัฐพล แก้วพิบูรณ์, 2553) ที่รายงานว่าสถานภาพสมรสพบการติดเชื้อสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 62.16 อาชีพที่พบการติดเชื้อสูงที่สุดคือเกษตรกร ร้อยละ 51.35 ระดับรายได้ที่ติดเชื้อสูงที่สุด น้อยกว่า2,500 บาท และมีการติดเชื้อสูงที่สุดพบในกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 89.19

จากการศึกษาความชุกของพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงครามในจังหวัดนครพนม โดยการตรวจหาไข่พยาธิในอุจจาระ ด้วยวิธี Kato's thick smear พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 227 คน มีการติดเชื้อทั้งหมด 18 คน (ร้อยละ 8) ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อ O. viverrini จำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.7) แสดงได้ว่ามีอัตราความชุกของเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นร้อยละ 72.2 ของเชื้อหนอนพยาธิทั้งหมด ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมตามบริบทพื้นที่แต่เดิมยังคงมีการบริโภคปลาดิบและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ยังฝังแน่นจนสืบทอดมาถึงปัจจุบัน ซึ่งน้อยกว่ารายงานของ [13] ที่พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 14.89 ในพื้นที่เสี่ยงเขตสุขภาพที่ 7 และพบว่าน้อยกว่า [1] ที่พบอัตราชุกพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ร้อยละ 14.3 การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังพบเชื้อหนอนพยาธิ

ชนิดอื่นๆ ร้อยละ 27.8 คือเชื้อ Taenia spp.จำนวน 1 ราย (ร้อยละ0.4) ติดเชื้อ Hookworm จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ติดเชื้อ Strongyloides stercoralis จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ติดเชื้อ Enterobius vermicularis จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) และติดเชื้อ Ascaris lumbricoides จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ตามลำดับ สอดคล้องกับ [13] ที่รายงานว่าในปี 2556 เขตสุขภาพที่ 8 มีการติดเชื้อหนอนพยาธิใบไม้ตับและมีการพบพยาธิชนิดอื่นๆด้วย

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10 คะแนน มีคะแนนความรู้สูงที่สุด 10 คะแนน และมีคะแนนความรู้น้อยที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน ถึงแม้ว่าจะมีการให้ความรู้จากสื่อต่างๆ และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ประชาชนยังขาดการให้ความสำคัญและไม่ตระหนัก ซึ่งมีความรู้มากที่สุดในข้อคำถามเกี่ยวกับการที่เราจะทราบว่าป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับเราต้องตรวจอุจจาระ ตอบถูกร้อยละ 90.87 ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในตรวจหาไข่พยาธิในอุจาระของประชาชน รองลงมาคือ การรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบดิบหรือปรุงสุกๆดิบๆ ทำให้ท่านเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ตอบถูกร้อยละ 85.32 ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับคือเชื้อหนอนพยาธิทุกชนิด ร้อยละ 19.07 แตกต่างจากการศึกษาของ [12] ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.90)

จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติเฉลี่ยภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S.D. =0.91) เนื่องจากประชาชนได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษถึงแม้ว่าจะได้รับการปรับเปลี่ยนทัศนคติแล้วก็ตามแต่ยังคงเห็นว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัว ซึ่งแตกต่างกับ [9] รายงานว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ(ค่าเฉลี่ย 4.36) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติดีมากที่สุดคือ ท่านคิดว่าการรับประทานปลาร้าดิบ ปลาส้มดิบ ก้อยปลาดิบทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 รองลงมาท่านคิดว่าคนที่เคยรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่ไม่ได้ปรุงให้สุกมีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ [8] รายงานว่าคนที่เคยกินปลาน้ำจืดที่ไม่ได้ปรุงให้สุกด้วยความร้อนมีโอกาสเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับทุกคนและส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.0 ส่วนทัศนคติที่น้อยที่สุดคือท่านคิดว่ายารักษาโรคพยาธิมีประสิทธิภาพสูงพอที่จะรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 สอดคล้องกับการศึกษาของ [5] กล่าวว่ายังมีประชาชนเข้าใจถูกต้องว่าไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระก่อนกินยาถ่ายพยาธิเพราะเป็นยาที่ปลอดภัยตอบถูกเกินครึ่งที่ร้อยละ 59.6

การศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำสงคราม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เคยการรับประทานปลาดิบหรือปลาที่ปรุงสุกๆดิบๆ การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ในภาพรวมอยู่ที่ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.34 (S.D. = 0.74) เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาและเพื่อความสะดวกสบายจึงไม่ได้ให้ความสำคัญหรือความตระหนักที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถึงแม้ว่าจะรู้ว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคก็ตาม จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จากข้อคำถามเพราะเหตุใดท่านจึงรับประทานปลาดิบหรือปลาปรุงสุกๆดิบๆ กลุ่มตัวอยากเลือกมากที่สุดคือรสอร่อยกว่าปรุงสุขร้อยละ 48.8 จากข้อคำถามแหล่งที่นำปลามารับประทานดิบๆหรือปรุงสุกๆดิบๆ เลือกมากที่สุดคือ ตามห้วย หนอง คลอง บึง ตามธรรมชาติ ร้อยละ 86.9 ส่วนปลาที่นิยมรับประทานมากที่สุดคือปลา ซิว ปลาตะเพียนขาว ปลากระสูบจัดหรือปลาสูดและปลาสร้อยขาว จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ส้วมและการขับถ่ายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษาพบว่าโดยรวมพฤติกรรมการใช้ส้วมและการขับถ่ายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.61 จากการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งรังโรคในบ้านและการทิ้งเศษอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าพฤติกรรมการ

เลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้านและการทิ้งเศษอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 สอดคล้องกับการศึกษาของ [10] กล่าวว่า การเลี้ยงสุนัขและการรับประทานปลาร้าดิบมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อหนอนพยาธิ

จะเห็นได้ว่าการศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนใกล้แม่น้ำสงครามอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นเพราะนโยบายของจังหวัดที่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องแล้วเกิดการอิ่มตัวจึงมีความรู้ ทัศคติและพฤติกรรมเช่นเดิม อีกทั้งประชาชนภาคอิสานเองมีทัศนคติและพฤติกรรมในการบริโภคปลาดิบมาหลายชั่วอายุคนตั้งแต่บรรพบุรุษจึงเป็นพฤติกรรมที่ฝังแน่นถึงแม้จะได้รับความรู้จากสื่อต่างๆก็ตาม [2]

จากการศึกษาตัวอย่างปลาที่นำมาศึกษาทั้งหมด 172 ตัว มีน้ำหนักประมาณ 5,608 กรัม จำแนกชนิดได้ 9 ชนิด ได้แก่ ปลาซ่า/คุยลาม ปลาไส้ตันตาขาว ปลากระมัง ปลาแก้มช้ำ ปลาสร้อยขาว ปลากระสูบจุด ปลาตะเพียนทอง ปลาตะเพียนทราย ปลาสร้อยนกเขา ซึ่งปลาตัวอย่างนำมาจากแม่น้ำสงครามในจังหวัดนครพนม ซึ่งปลาเหล่านี้เป็นปลาน้ำจืดที่พบได้ในแหล่งน้ำจืดทั่วไป ซึ่งแม่น้ำสงครามเป็นแหล่งน้ำที่อุดมสมบูรณ์จึงเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของปลาวงศ์ตะเพียนและปลาน้ำจืดชนิดอื่นๆ อีกหลายชนิด ปลาที่ใช้ในการศึกษามากครั้งที่สุดคือปลาสร้อยขาว ร้อยละ 31.4 รองลงมาคือ ปลาซ่าหรือปลาคุยลาม ร้อยละ 27.3 และอันดับที่ 3 คือ ปลากระสูบจุด ร้อยละ 15.7 ผลการศึกษา ไม่พบเมตาเซอร์คาเรียพยาธิใบไม้ตับในปลา จากการวิจัยในครั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยไม่ครอบคลุมตลอดช่วงปีจึงทำให้มีการเก็บตัวอย่างเพียงครั้งเดียวและยังเก็บในช่วงเดือนมีนาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อนปริมาณน้ำมีน้อยจึงทำให้ไม่พบเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในปลา ความชุกของตัวอ่อนระยะติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับในปลาอาจขึ้นอยู่กับปริมาณน้ำฝนที่ตกลงมา ซึ่งหากมีปริมาณน้ำฝนมากอาจทำให้พบความชุกของตัวอ่อนระยะติดเชื้อของพยาธิใบไม้ตับได้มาก สอบคล้องกับการศึกษาของ [7] ได้ทำการสำรวจชนิดของปลาน้ำจืดที่พบตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ระยะเมตาเซอร์คาเรียจากบางท้องที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่พบเมตาเซอร์คาเรียในปลาตัวอย่างและสอดคล้องกับการศึกษาของ ที่กล่าวว่าความหนาแน่นของเมตาเซอร์คาเรียที่พบจะมีความแตกต่างกันในแต่ละแหล่งน้ำและฤดูกาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ วางแผนโครงการในการป้องกัน การเฝ้าระวังและการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้

2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางเพื่อใช้ในการศึกษาปัจจัยอื่นที่ทำให้ประชาชนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิอื่นๆได้

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการให้ความรู้ให้กิจกรรมสุขศึกษาในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ในระดับที่สูงขึ้นและปรับทัศนคติที่ดีขึ้นเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากขึ้น

2. ควรมีการตรวจหาเมตาเซอร์คาเรียของพยาธิใบไม้ตับในแหล่งน้ำอื่นเพิ่ม เช่น หนองน้ำในที่นา คลอง น้ำที่ชาวบ้านไปหาปลามารับประทาน รวมไปจนถึงศึกษาในหอยน้ำจืดด้วยเป็นต้น

3. การสำรวจความชุกของการติดเชื้อหนอนพยาธิใบไม้ตับ ควรมีการตรวจซ้ำในรายที่ตรวจพบการติดเชื้อเพื่อติดตามความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับลดลงหรือไม่และป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งจะเป็นแนวทางการสร้างความตระหนักให้กับประชาชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากกลุ่มจังหวัดสกลนคร นครพนม มุกดาหาร ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลท่าบ่อสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนมที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอบคุณผู้เชี่ยวชาญประจำห้องปฏิบัติการเคมีภาควิชาวิทยาศาสตร์ทั่วไป คณะวิทยาศาสตร์ ขอขอบคุณ

นักวิทยาศาสตร์ ประจำห้องปฏิบัติการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และนิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร ทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.เกษร แถวโนนงิ้วและคณะ. “อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประเทศไทย”. **วารสารวิชาการสาธารณสุข.** ปีที่ 25 ฉบับที่3 : 370-379, 2559.

2.กรัณฑรัตน์ บุญชว่ยธนาสิทธิ์และคณะ. **“การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”**. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร, 2557.

3.กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานจังหวัดนครพนม. **บรรยายสรุปจังหวัดนครพนม 2559**. น. 1-52. 2559.

4.ฉัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์และสรญา แก้วพิทูลย์. “พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย”. **วารสารวิชาการ มอบ.** ปีที่12 ฉบับที่1 : 49-63, 2553.

5.เนรส มณีเทศ. **“พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในเขตตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร”. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 2558 : 57-64, 2558**.**

6.บรรจบ ศรีภา. **“โครงการนำร่องความร่วมมือควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศลุ่มน้ำโขง II”**. ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. กรุงเทพมหานคร, 2554.

7.วัชริยา ภูรีวิโรจน์กุล. “การสำรวจชนิดของปลาที่ติดพยาธิใบไม้ระยะเมตาเซอร์คาเรียจากบางท้องที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย”. **วารสารวิจัยเทคโนโลยีการประมง**. ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 : 75-86, 2554.

8.วนิดา โชควาณิชยพงษ์และคณะ. “การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาน้ำจืดดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีของประชากรในจังหวัดอุดรธานี”. **วารสารโรคมะเร็ง**. ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 : 162-175, 2552.

9.สุภกนก หันทยุง. “ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว”. **วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร**. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 : 40-53, 2558.

10.ศรีวิภา ช่วงไชยยะและคณะ. “ความชุกของหนอนพยาธิใบไม้ตับในตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร”. **SNRU Journal of Science and Technology 2016** : 1-8, 2559.

11.สรญา แก้วพิทูลย์และคณะ. **“การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดสุรินทร์โดยวิธี Kato’ thick Smear”.** มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. นครราชสีมา, 2556.

12.อังษณา ยศปัญญาและคณะ. “ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลย ปี 2556”. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.** ปีที่ 22 ฉบับที่1 : 89-97. 2556**.**

13.อรวรรณ แจ่มจันทร์และคณะ. “ความชุกของโรคหนอนพยาธิและพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงเขตสุขภาพที่ 7”. **วารสารควบคุมโรค.** ปีที่ 42 ฉบับที่ 1 : 36-43, 2559.

14.อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติในงานวิจัยเลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม.** บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด. กรุงเทพ, 2556.

15.Best, J.W. **“Research In Education”**. 2nd ed. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. 1970.

16.Bloom, B.S. **“Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning”.** McGraw-Hill, New York. 1971.

17.Chai J.Y. et al. **“Fish-borne parasitic zoonoses: status and issues”**. Int. J. Parasitol., 2005

18.Kumchoo, K.et al. **“High prevalence of Haplorchis taichui metacercariae in cyprinoid fish from Chiang Mai Province, Thailand”**. The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 2005.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรมของพนักงานศูนย์บริการรถยนต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

The effects Of Muscle Stretching Program On Meditation To Promote Health And Prevention Office Syndrome In Auto Service Center Staffering In Amphoe Mueang, Khon Kaen, Thailand

เดือนเพ็ญ ใจเต้[1] ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2] , นฤมล สินสุพรรณ[3]

Duanpen Jaite[1] , Veena Isarangkura na Ayudhya[2] , Narumorn Sinsuparn[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง แบบแผนการศึกษาสองกลุ่ม วัดผลเปรียบเทียบความเจ็บปวดของอวัยวะในร่างกาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานศูนย์บริการรถยนต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างละแห่ง กลุ่มละ 40 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามที่เข้าเกณฑ์คัดเข้า และกำหนดให้มีความคล้ายกันตามบริบทของงานวัฒนธรรมองค์กร และลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เครื่องมือทั้งแบบเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเชิงพรรณนา รายงานด้วยค่าเฉลี่ย ค่า SD ความถี่ ร้อยละ เชิงเปรียบเทียบ ลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ สถิติ Chi –Square test หรือ Fisher exact test เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการโรค ก่อน,หลัง ,ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไประหว่าง 2 กลุ่ม โดย สถิติ Mann-Withney U- test เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการโรค ก่อน-หลัง ในกลุ่มเดียวกันด้วย สถิติ Wilcoxon sign rang test กำหนดระดับ p-value < 0.05 โดยกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ด้านสุขภาพทั่วไป กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ ประกอบด้วยความรู้ เรื่องการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน การสอน และสาธิตกิจกรรม การบริหารกล้ามเนื้อด้วยวิธียืดเหยียด และฝึกสมาธิแบบสติหยั่งรู้ โดยดำเนินการตามแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ระยะเวลาการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าระดับความเจ็บปวดของอวัยวะ 10 แห่งของร่างกายลดลง โดยภาพรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และกลุ่มทดลองประเมินระดับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการทดลอง ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.92 , S.D. = 0.73) ดังนั้นควรจัดให้มีการพักคั่นเวลา ในระหว่างการทำงานที่ยาวนาน ทั้งภาคช่วงเช้าและบ่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรมของพนักงานศูนย์บริการรถยนต์ต่อไป

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ , ยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับทำสมาธิ , ลดปัญหาออฟฟิศซินโดรม

Abstract

This research was quasi-experimental research ,two-group studied plan comparative assessment of pain in the organ body. Among the groups who received a program of health promotion with muscular activity along with meditation. The group did not receive the program. The sample was a staff of two service centers in Muang District, Khon Kaen Province. Each group consisted of 40 people, Select by purposive sampling that was the reason. It was defined in terms of the context of corporate culture and the nature of the information. Of the sample, used quantitative tools, and qualitative. Data analysis using descriptive computer program, reported by mean S.D., frequency, percentage, comparison general characteristics between experimental group and control group by using Chi –Square test statistic or Fisher exact test to compaired the severity of the disease before and after for the mean changed between the two groups, and Mann-Withney U-test statistic for for comparison of pre-eclampsia, in the same group using the Wilcoxon sign rang test ststistic. The p-value was <0.05 and the control group received general health knowledge. The experimental group received a health promotion program with muscular

---

[1] นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] อาจารย์ประจำหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[3] อาจารย์ประจำหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

activity along with mildfulness meditation. Composed of knowledge Prevention of illness from work, teaching and demonstration activities. Muscle management by stretching. And meditating in the conscious mind. By implementing the concept of health promotion of the world health organization 4 week trial period. The results showed that the experimental group had lower pain level of the organs in the body overall, the control group decreased significantly at 0.05 and the experimental group had a high level of satisfaction with the use of experimental programs, ($\overline{X}$ = 3.92 , S.D. = 0.73). Therefore, there should be a break time during long working hours both morning and afternoon to promote health and reduce the symptoms of the Office Syndrome for the staff of the car service center.

Keywords: Health promotion, Muscle stretching with meditation, Reduction of office syndrome problems

บทนำ

รูปแบบการทำงานของมนุษย์ ในปัจจุบัน ต่างจากในอดีตที่ไม่มีเครื่องทุนแรงอย่างคอมพิวเตอร์ และไม่ต้องรีบเร่ง แต่เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต ทำให้ออกแรงน้อยลง ต้องใช้ท่าทางเดิมนานๆซ้ำๆ เกิดความเครียดสูง เพราะทั้งคนทำงานและผู้รับผลงาน ต่างคาดหวังให้ผลลัพธ์ในเวลาอันรวดเร็ว (องค์การอนามัยโลก, 2552) จึงเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงาน เช่น อาการปวดตา ปวดศีรษะ ปวดหลัง และโรคเครียด หรือที่เรียกโดยรวมว่า ออฟฟิศซินโดรม ในอดีตพบในคนอายุ 40 ปีขึ้นไป เพราะความเสื่อมตามวัย แต่ปัจจุบันพบในอายุที่ลดลงอย่างมาก โดยกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ประมาณ 20.2 ล้านคน ที่ใช้คอมพิวเตอร์จำนวน 14.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2559) โดยอาการเจ็บป่วยจากการทำงาน เป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประชากรโลก ถึง 3.2 ล้านราย และในประเทศไทย 11,129 ราย (กองกิจกรรมทางกาย,2559) เพิ่มภาระงบประมาณการรักษามากขึ้น ในขณะที่สมรรถนะในการทำงานลดลง แต่พบว่าการยศาสตร์มีบทบาทในการป้องกันและช่วยลดความเสี่ยงโรคออฟฟิศซินโดรมได้ (Justine M.Y. Chim, 2013) ในแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมกิจกรรมทางกายแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ปี 2560 -2569 กำหนดในยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในวัยทำงาน นโยบายเรื่องของ Safety Thailand มุ่งเน้นการลดอุบัติเหตุและลดโรคจากการทำงาน ภายในปี 2563 ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เพิ่มการใช้กล้ามเนื้อและพลังงาน และลดความเครียดในชีวิตประจำวัน นอกจากการออกกำลังกายทั่วไป โดยพักคั่นเวลางาน ทุก 45 นาที -1 ชั่วโมง (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์,2558) เพื่อเสริมสร้างสุขภาพเชิงบวก สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และหากลยุทธ์ ด้วยการส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงาน องค์กร ชี้แนะชุมชน และสถานประกอบการต่างๆ ให้สร้างเสริมสุขภาพในพนักงาน อย่างทั่วถึงสอดคล้องกรอบแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยขององค์การอนามัยโลกและกฎบัตรออตตาวา ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าศูนย์บริการรถยนต์ เป็นองค์กรที่ต้องทำงานบนความคาดหวังในบริการที่ดี ทันต่อความต้องการและความพึงพอใจของลูกค้า ซึ่งพนักงานต้องทุ่มเททำงาน จึงอาจเกิดทั้งความเครียดต่อร่างกายและจิตใจ การจัดให้มีกิจกรรมคั่นช่วงเวลางานช่วงเช้าและช่วงบ่าย จะช่วยส่งเสริมสุขภาพพนักงานเพื่อลดปัญหาของการเกิดโรคจากการทำงานได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรม ของพนักงานศูนย์บริการรถยนต์ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยจากโรคออฟฟิศซินโดรมในอวัยวะต่างๆของร่างกายของพนักงานกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ และกลุ่มควบคุม

2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง ต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการกึ่งทดลอง แบบแผนการศึกษาเป็นแบบสองกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง และมีกลุ่มควบคุม **วิธีดำเนินการทดลอง** ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยแจกเอกสารความรู้พฤติกรรมพึงประสงค์ในวัยทำงาน เนื้อหาประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสภาพอารมณ์ การเลี่ยงสิ่งเสพติด การนอน และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และรับสมัครกลุ่มตัวอย่าง จากพนักงานที่มีอาการออฟฟิศซินโดรม ผ่านทางแอพพลิเคชั่นไลน์ขององค์กรทั้งสองแห่ง

สัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำ Pretest โดยใช้ แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ออฟฟิศซินโดรม ต่อจากนั้นกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจากการทำงานร่วมกับผู้วิจัยจาก Pretest แจกคู่มือโปรแกรมฯพร้อมสาธิตขั้นตอนการปฏิบัติ จนปฏิบัติได้เอง สาธิตย้อนกลับ พร้อมประเมินความถูกต้อง ปรับแก้ไขตามความเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 2 ปล่อยให้กลุ่มทดลองปฏิบัติตามโปรแกรมฯ ผู้วิจัยรอฟังเสียงสะท้อนและพร้อมให้ความช่วยเหลือ **สัปดาห์ที่ 3** นักวิจัยทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด ร่วมกับกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 4 ขั้นตอนสุดท้าย ทำ Post-test ทั้ง 2 กลุ่ม ด้วย แบบสอบถาม ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของโรค ออฟฟิศซินโดรม ต่ออวัยวะ10 แห่ง ในกลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการใช้โปรแกรมฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานของศูนย์บริการรถยนต์โตโยต้า 2 แห่ง ตั้งอยู่ห่างกันระยะทางประมาณ 4 กม. รับสมัครพนักงานที่มีอาการของโรคออฟฟิศซินโดรม ทางแอพพลิเคชั่นไลน์ของผู้รับผิดชอบงานฝ่ายทรัพยากรบุคคล เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่ง 40 คน และกลุ่มควบคุม 1 แห่ง 40 คน โดยทั้งสองแห่งมีความคล้ายคลึงกันของลักษณะทั่วไปด้านกายภาพ ลักษณะการทำงาน ระบบการบริหารงาน รวมถึงนโยบายขององค์กร และทั้งผู้บริหารและพนักงานต่างยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรม เป็นเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์กิจกรรมการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันของ 8 ท่า ของสำนักกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ หรือ สสส. และการปฏิบัติสมาธิหยั่งรู้สติ ของ Mr.Seagal โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นให้บุคคลมีทักษะในการดูแลส่งเสริมป้องกันสุขภาพตนเอง กำหนดให้กลุ่มทดลองปฏิบัติกิจกรรมในช่วงเวลาพักคั่นการทำงานชั่วโมงที่ 2 ทั้งภาคเช้า และบ่าย ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5-8 นาที

2. แบบประเมิน มี 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามอาการโรคออฟฟิศซินโดรม และแนวทางการดูแลด้านการยศาสตร์เบื้องต้นในองค์กร (อ้างในธันยวงศ์ เศรษฐพิทักษ์ , 2558) เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป , ความรู้และพฤติกรรมการทำงาน บทบาทขององค์กรในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเสี่ยงของโรคออฟฟิศซินโดรม

2) บบสอบถาม ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยของโรค ออฟฟิศซินโดรม ต่ออวัยวะ10 แห่ง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ระบุระดับของอาการเจ็บปวดต่ออวัยวะ เป็นค่าคะแนนตามระดับ ด้วยวิธี self asscessment ได้แก่ ระดับที่ 1 = มีความเจ็บปวดน้อย , ระดับที่ 2= มีความเจ็บปวดปานกลาง, ระดับที่ 3= มีความเจ็บปวดมาก

ชุดที่ 2 คือ แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการใช้โปรแกรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการทำสมาธิ จัดทำขึ้นสำหรับกลุ่มทดลอง ประเมินผลหลังการทดลอง โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่าความตรง IOC = 0.86 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาร์ค = 0.79

ทำการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความรู้ พฤติกรรมการทำงานและการดูแลตนเอง บทบาทขององค์กรในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงของโรคออฟฟิศซินโดรม ที่เป็นข้อมูลเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าเฉลี่ย ค่า SD รายงาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ ความถี่ ร้อยละ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเปรียบเทียบ ลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ สถิติ Chi –Square test หรือ Fisher exact test เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการโรคก่อน,หลัง ,ค่าเฉลี่ยที่เปลี่ยนแปลงไประหว่าง2 กลุ่ม โดย สถิติ Mann-Withney U- test เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการโรคก่อน-หลัง ในกลุ่มเดียวกันด้วย สถิติ Wilcoxon sign rang test ทุกการทดลองกำหนดระดับ p-value < 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลทั่วไประหว่าง กลุ่มตัวอย่าง ในด้านเพศ อายุ และข้อมูลด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการทำงานติดต่อกันในแต่ละวัน การดูแลรักษาตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย บทบาทขององค์กรในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงของโรคออฟฟิศซินโดรม พบว่า มีระดับความรุนแรงของอาการที่ระดับปานกลาง คือ รู้สึกเจ็บปวดขณะทำงาน และช่วงเวลาพักจากการทำงาน โดยมีอาการเจ็บป่วยที่บริเวณไหล่-บ่า มากที่สุด ซึ่งมีความแตกต่างกันไม่มากระหว่างกลุ่ม แต่ในด้านระดับการศึกษา และลักษณะการประกอบอาชีพ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.001 โดยกลุ่มทดลอง มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.5 ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับลักษณะการประกอบอาชีพคือ เป็น พนักงานฝ่ายบุคคล ร้อยละ 30 และพนักงานบัญชี ร้อยละ 22.5 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการศึกษาในระดับมัธยม ร้อยละ 47.5 ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะการประกอบอาชีพคือ เป็นพนักงานซ่อม ร้อยละ 50 แต่ในกลุ่มควบคุมนี้ไม่มีพนักงานบัญชี และพนักงานการตลาด ทั้งนี้เนื่องจาก การคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการรับสมัครโดยหัวหน้างานฝ่ายทรัพยากรบุคคลของทั้งสองกลุ่ม จากกลุ่มพนักงานที่มีลักษณะอาการของโรคออฟฟิศซินโรม ผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกเอง จึงเป็นข้อสังเกต ในด้านการกระจายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างมากจนเกินไป ที่อาจจะกระทบต่อผลการทดลองในครั้งนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในอวัยวะที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการทดลอง และก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

อวัยวะ	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n =40)		
	mean	S.D.	mean	S.D.	p-value
ศีรษะ	0.18	0.84	0.08	0.89	0.375
คอ	0.63	0.54	0.05	0.78	<0.001*
ไหล่-บ่า	0.60	0.81	0.00	0.91	0.004
ข้อมือ-มือ	0.25	0.59	0.20	0.46	<0.001*
หลังส่วนบน	0.20	0.41	0.03	0.16	0.014
หลังส่วนล่าง	0.40	0.81	0.05	0.22	0.021
สะโพก-ต้นขา	0.28	0.60	0.25	0.74	<0.001*
เข่า	0.10	0.44	0.10	0.67	0.071
ข้อเท้า-เท้า	0.35	0.83	0.03	0.92	0.024
ควงตา	0.46	0.82	0.13	0.76	0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในอวัยวะที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการทดลอง และก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในส่วนของอวัยวะศีรษะ และเข่า อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมในโปรแกรมไม่ได้มีการเน้นในการบริหารอวัยวะส่วนนี้มากนัก ส่วนใหญ่จะเน้นที่บริเวณแขน และลำตัว

ตาราง 2 ประเมินระดับคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ความชัดเจนของโปรแกรม	4.02	0.31	มาก
การเชื่อมโยงเนื้อหาวิชาการกับโปรแกรม	4.16	1.37	มาก
ความเหมาะสมของกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด	3.79	0.66	มาก
ด้านการนำโปรแกรมไปใช้ประโยชน์	3.73	0.64	มาก
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอาการโรค	4.06	0.68	มาก

จากตาราง 2 ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ ในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ประเด็นการเชื่อมโยงเนื้อหาวิชาการกับโปรแกรมฯ รองลงมา ได้แก่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันอาการโรค ทุกประเด็นการประเมิน มีระดับค่าคะแนนในระดับมาก ตามสมมติฐาน

ผลการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากแบบสอบถาม ความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ และบทบาทขององค์กรต่อการป้องกันการเกิดโรคออฟฟิศซินโดรม และคำถามปลายเปิด พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความต้องการให้จัดเวลาพักในช่วงเช้าและบ่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่พนักงานได้พัก และผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ ส่วนในด้านบทบาทขององค์กรกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้องค์กรสนับสนุนกิจกรรมที่คลายความเมื่อยหล้าคั่นเวลางานที่ยาวนาน กลุ่มทดลองต้องการให้องค์กรจัดเวลายืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อปฏิบัติเป็นประจำต่อเนื่องไป และจะนำวิธีการของโปรแกรมฯไปบอกต่อ กับผู้ที่ทำงานในบริบทเดียวกันต่อไป เท่าที่โอกาสจะอำนวย

อภิปรายผล ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเจ็บปวดในอวัยวะที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการทดลอง และก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในส่วนของอวัยวะศีรษะ และเข่า อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กิจกรรมในโปรแกรมไม่ได้มีการเน้นในการบริหารอวัยวะส่วนนี้มากนัก ส่วนใหญ่จะเน้นที่บริเวณแขน และลำตัว ส่วนในอวัยวะอื่นๆ ที่ มีค่าเฉลี่ยที่ลดลงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรชาวนา (นภมณ ยารวง, โสภาพรรณ อินต๊ะเผือก,2559) ซึ่ง

พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของอาการปวดหลัง น้อยกว่ากลุ่มอื่น ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้พนักงานออฟฟิศ ทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และเป็นโรคคอมพิวเตอร์ซินโดรม (ธันยวงศ์ เศรษฐ์พิทักษ ,2558) พบว่า พนักงานออฟฟิศที่มีอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของอาการที่ระดับปานกลางคือ รู้สึกเจ็บปวดขณะทำงาน และอาการปวดหายไปในช่วงเวลาพักจากการทำงาน โดยมีอาการเจ็บป่วยที่บริเวณไหล่-บ่า มากที่สุด แต่ ขาดการดูแลที่ดีและยังไม่มีการสนับสนุนเป็นรูปธรรมจากองค์กร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเครียดจากอาการเจ็บป่วย แต่เลือกที่จะละเว้นจากการทำงานหากมีอาการ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของ WHO และกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter ,2001) โดยเน้นพัฒนากลยุทธ์ ที่เชื่อมโยงกับแนวทางด้านการแพทย์ (medical approach) กลยุทธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior approach) กลยุทธ์ด้านสังคม-เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Social-economic- environment approach) ด้วยวิธีการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (life skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองและควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ การเสริมสร้างทักษะส่วนบุคคล ให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยจากการทำงานด้วยตนเองได้ ซึ่งเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ตอบสนองต่อสภาพปัญหาส่วนใหญ่ของพนักงานในสถานประกอบการ นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้ประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมในโปรแกรมฯ ใน 5 ประเด็น ได้แก่ ความชัดเจนของโปรแกรม การเชื่อมโยงเนื้อหาวิชาการกับโปรแกรม ความเหมาะสมของกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด ด้านการนำโปรแกรมไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน และด้านการส่งเสริมสุขภาพกาย -จิตใจ และป้องกันโรคออฟฟิศซินโดรม ซึ่งทุกประเด็นพบว่ามีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และกลุ่มทดลองให้การตอบรับที่ดี จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการทำสมาธิ มีประสิทธิผลเพียงพอที่พนักงานในสถานประกอบการ จะนำไปปฏิบัติเพื่อลดปัญหาการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ และผ่อนคลายความเครียดจากการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องยาวนานได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา จากการทดลองกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้มีความสมดุลย์ ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ในองค์ประกอบด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เพิ่มระยะเวลาให้ครบวงรอบ 1 ปี เพื่อติดตามผลลัพธ์ในด้านความต่อเนื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นสูงสุดได้แก่ การบอกต่อ ควรศึกษาด้านสังคมและวัฒนธรรมการกินอยู่ กิจกรรมทางกายน้อย สภาวะเครียดที่กระทบกับภาวะสุขภาพ ในเชิงนโยบาย สามารถนำกิจกรรมการทดลองนี้ไปประกอบการพิจารณาผลักดันในระดับการสร้างนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการลดและป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจาการทำงานของบุคลากรในสถานประกอบการและควรมีการส่งเสริมประชาสัมพันธ์หาแนวทางกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ควรร่วมมือจัดทำแผนการดูแลสุขภาพพนักงานให้ครอบคลุม ในเชิงปฏิบัติการ สถานประกอบการควรจัดอบรมพนักงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายใจ ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการทำสมาธิตามข้อกำหนดของกฎหมายคุ้มครองแรงงาน นำผลการวิจัยไปใช้เพื่อประกอบการพิจารณาจัดหาแนวทางการการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการลดและป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจาการทำงานของบุคลากรในสถานประกอบการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการลดและป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรในสถานประกอบการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ในสถาบันการศึกษา หรือในสถานบริการร้านค้าชา กาแฟ ที่มี

การนั่งเล่นอินเตอร์เน็ตได้ไม่จำกัดเวลา ร้านเกมส์ออนไลน์ที่ให้บริการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เพื่อให้ได้แนวทางที่ครอบคลุมในการการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการลดและป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต ในทุกกลุ่มวัย ควรมีการกำหนดข้อปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพในสถานประกอบการ เพื่อให้ผู้ประกอบการได้วางแผนด้านการป้องกันโรค และมีแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ใช้บริการควบคู่กันไปได้อย่างเหมาะสม เช่น เมื่อเล่นอินเตอร์เน็ตในร้านผ่านไป 1 ชั่วโมง ต้องมีระบบจัดการตัดเข้าสู่โหมดการสมองและพักสายตา พร้อมทั้งกับโปรแกรมยืดเหยียดร่างกายโดยอัตโนมัติ ผู้ใช้บริการที่ปฏิบัติตามอาจจะมีการสะสมแต้มรับของสมนาคุณต่อไป เป็นต้น ส่วนทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ควรมีการศึกษาวิจัยที่ส่งผลกระทบกับภาวะสุขภาพของพนักงานในระหว่างการปฏิบัติงาน เช่น ค่านิยมบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม เกินพอดี ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หรือมีกิจกรรมทางกายน้อย การจัดการกับสภาวะเครียดของตนเอง ในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงกับสภาวะสุขภาพของพนักงาน และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพของผลงานที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ [อินเตอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2561] เข้าถึงได้จาก http://thaincd.com
2. กรวิกา หาระสาร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงานฝ่ายผลิตในโรงงาน อุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์. ใน: วารสารเทคโนโลยี อุตสาหกรรมมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีอุบลราชธานี.อุบลราชธานีอุบลราชธานี; 2558. หน้า 84-102
3. เจษฎา โชคดำรงสุข. กรมควบคุมโรค ห่วงสุขภาพคนทำงานออฟฟิศ. กรุงเทพฯ [อินเตอร์เน็ต].กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2561] เข้าถึงได้จาก https://www.hfocus.org/content/2017/05/13851
4. ธันยวงศ์ เศรษฐ์พิทักษ์. ปัจจัยที่ส่งผลให้พนักงานออฟฟิศทำงานติดต่อกันเป็นระยะ เวลานานและเป็นโรค คอมพิวเตอร์ซินโดรม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร; 2558
5. นงนุช มังคละ. ผลของการประยุกต์ใช้สมาธิบำบัดแบบ Transcendental Meditation ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน. วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. ขอนแก่น; 2557
6. นพพร คุรุเสถียร. ออฟฟิศ ซินโดรม.มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพมหานคร; 2557
7. นรากร พลหาญ, สมสมร เรืองวรบูรณ์ โกมล และคณะ. กลุ่มอาการที่เกิดต่อร่างกาย จากการใช้คอมพิวเตอร์ในการ ปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุน. มหาวิทยาลัยนครพนม. นครพนม; 2557
8. นภมณ ยารวง และโสภาพรรณ อินต๊ะเผือก. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่ออาการปวด หลัง ส่วนล่างในเกษตรกรชาวนา. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง. เชียงราย; 2559
9. นลินี ทองฉิม. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและ SRRT. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร; 2556
10. นฤมล สินสุพรรณ. บริหารกายและจิตเพื่อบำบัดอาการเจ็บป่วย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น; 2532
11. ปรมาภรณ์ ดาวงษา. อาการบาดเจ็บสะสม. มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ปทุมธานี; 2558
12. พระภาวนาวิริยคุณ (เผด็จ ทัตตชีโว). สมาธิคืออะไร. สำนักปฏิบัติธรรมวัดพระธรรมกาย. ปทุมธานี[อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2561] เข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew
13. พาวิณี ใจบาน. ปัจจัยด้านการยศาสตร์ และอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อ ของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่; 2556

14. ภัทริศวร์ ดำเสน. ผลการฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบกระตุ้นการรับรู้ของระบบประสาทกล้ามเนื้อและการฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อจากแรงภายนอกที่มีต่อความอ่อนตัว. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร; 2552
15. สุดาวดี ยศอาลัย. สรีรวิทยากับออฟฟิศซินโดรม. สถาบันส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. กรุงเทพมหานคร; 2560
16. Prawpan Suriwong. สัญญาณเสี่ยงโรคออฟฟิศซินโดรม. [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2561] เข้าถึงได้จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew
17. Bloom.B.S. Mastery learning. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. Losangeles. University of California, USA; 1968
18. Biology. Physiology and Office syndrome. [Internet]. [Up date June24,2018] .Available from: http://biology.ipst.ac.th/?p=3324
19. Cronbach, L.J. Essentials of psychological testing**.** (5th ed) Harper & Row. NY. USA; 1990
20. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong: Deakin University. USA; 1988
21. Likert, Rensis. The Method of Constructing and Attitude Scale, Reading in Attitude Theory and Measurement. Fishbeic, Matin, Ed. New York ; 1967
22. Pender, Nola J. Health Promotion Model Manual. University of Michigan. USA; 2011
23. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa. Canada; 1986

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

The Effective of Empowerment on Self-Care Behaviors with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Inpatient at Phon Hospital Khon Kaen Province

สุมาลัย กุลวงษ์[11] , วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2] , นฤมล สินสุพรรณ[3]

Sumalai Koolawong[1] , Veena Isarankura Na Ayudhya[2] , Narumon Sinsupan[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental research , One group Pre-Post test Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน ให้ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน(1993) 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดัดแปลงจากทฤษฎีของโอเรม 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยปฏิบัติกับกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคปอดอุดกั้นในภาพรวมสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t= 23.67 และ p < .000) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองเพิ่มขึ้นทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีความสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมีความสุขเท่ากับคนปกติ ร้อยละ 85 การประเมินความพึงพอใจ ต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในรายข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ 4.46 S.D 0.19) ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะทำให้เกิดแรงบันดาลใจ ในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การดูแลตนเอง,โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ABSTRACT

This research is a quasi-experimental research study used as, pre-test and post test aiming to study the effectiveness of empowerment program on self-care behaviors in patients with chronic obstructive pulmonary disease inpatient at Phon Hospital, Khon Kaen Province. 40 selected patients were given a Gibson (1993) 4-step program step1 Discovering reality step2 Critical reflection step3 Taking charge step4 Holding on for a 6-week period.

Result: After empowerment, self-care behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease were higher than before the program p <.001 (t = 23.67 and p <.000), It was found that, the Thai happy index was at the level of the prevalence of 85%. The sample was satisfied with the supplement empowerment program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. At the high level ($\bar{X}$ 4.46 S.D 0.19), there should be empowerment in patients with chronic obstructive pulmonary disease to inspire in the self-care to maintain a good quality of life.

Keywords: empowerment, self-care, chronic obstructive pulmonary disease

---

[1] นิสิตหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2]อาจารย์ที่ปรึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[3]อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิต เอเชีย

บทนำ

โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆทั่วโลก ทำให้เกิดการสูญเสียทางสุขภาพ ค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพมหาศาลคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประชากรโลก (WHO ,2013) สำหรับประเทศไทย พบว่า ประชากรร้อยละ5 หรือประมาณ 4 ล้านคน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จาก 7.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2555 เป็น 11.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2559 (สำนักโรคไม่ติดต่อ,2560)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการตีบแคบของทางเดินหายใจ และมีการสูญเสียความยืดหยุ่นของปอด มีอากาศค้างในถุงลมเล็ก จึงเกิดแรงต้านในทางเดินหายใจมากขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยจึงลดลง (AARC Practice Guideline, 2010) เมื่อการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมได้เช่นคนปกติ เมื่อมีอาการโรคกำเริบบ่อยๆทำให้ต้องมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาล ในที่สุดอาจจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ เป้าหมายหลักของการรักษา เพื่อคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด และลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การรักษาจึงต้องทำหลายด้านพร้อมกัน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นต้น หากทำตามเป้าหมายดังกล่าว ยังผลให้ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาลงหรือหายจากอาการ ลดความถี่ความรุนแรงของภาวะโรคกำเริบลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (AARC Practice Guideline, 2010)

โรงพยาบาลพลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพลแบ่งเป็นหอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง จากสถิติรายงานผู้ป่วยที่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพล ปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากเป็นอันดับ 4,3,3 ของโรคที่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามลำดับ โดยปีงบประมาณ2560 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 130 ราย เป็นชาย 115 ราย เป็นหญิง 15 ราย มาด้วยโรคแทรกซ้อนปอดบวม 98 ราย (ร้อยละ 75) โรคปอดอักเสบ 19 ราย (ร้อยละ 14.61) ภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 13 ราย(ร้อยละ 10) จากสถิติรายงานการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคแทรกซ้อนและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ เป็นอันดับ 1 ทั้ง 3 ปี (เวชระเบียนโรงพยาบาลพล, 2558-2560)

จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยได้มีโอกาสซักประวัติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพล ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการปฏิบัติตัวจากคลินิกแล้ว พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ทราบวิธีการป้องกันการติดเชื้อ บางรายยังไม่เลิกบุหรี่ บางรายมียาที่ต้องพ่นเพื่อขยายหลอดลมประจำและยอมรับว่าบางครั้งไม่ได้พ่น ทั้งนี้เมื่อถามถึงสาเหตุการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ พบว่าผู้ป่วยลืมคำแนะนำ คิดว่าคงไม่เป็นไร ซึ่งจากสถิติรายงานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและเป็นโรคปอดอุดกั้นมานานมากกว่า 5 ปี จึงมีส่วนในการลืมคำแนะนำ การเจ็บป่วยมาเป็นเวลานานทำให้ขาดแรงจูงใจ ขาดพลังอำนาจในปฏิบัติตามคำแนะนำ จากการศึกษางานวิจัย ของ สาวิตรี วิชัยศึก (2560) [4] ที่ได้ศึกษาแบบสร้างเสริมพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน(1993) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษางานวิจัยของ ไปรมา กลิ่นนิรัญ (2558) [1] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลัง

เข้ากิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าการได้รับการดุแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 เนื่องจากหอผู้ป่วยใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care process) อยู่แล้ว ซึ่งมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วย แต่ยังพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยโรคแทรกซ้อนและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบอยู่มาก ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน(1993) ที่พัฒนาขึ้น และใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม(2001) ซึ่งโรงพยาบาลพลได้ใช้แนวคิดโอเรม(2001) ในการดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว เป็นเนื้อหาในการให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สามารถควบคุมโรคได้ดี ยังผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาใน หอผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เพื่อเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยก่อนและหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (Quasi–Experimental research , One group Pre-Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2-3

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 40 คน คือ ผู้ป่วยที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน-31 กรกฎาคม 2561

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ **1)** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ ศาสนา อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีผู้ดูแล ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปรับปรุงจาก ของวินัย ชาวเชียงตุง (2556) [3] มาปรับใช้ โดยนำไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่า IOC = 0.95 นำมาใช้จริงและได้ค่าดัชนีความเที่ยง = 0.8 เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 เรียงลำดับจาก เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก เป็นจริงมากที่สุด , 3) แบบประเมินดัชนีวัดความสุขไทย ของอภิชัย มงคล (2552) [5] , 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสร้างพลังอำนาจของสาวิตรี ศรีจันศึก (2560) [4]

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในสัมภาษณ์แบบสอบถาม 1คน และการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 คน ยื่นแบบขอเสนอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ต่อวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ทำหนังขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย แนะนำสิทธิของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลองและหลังทดลอง

3. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในผู้ป่วย 40 คน 6 สัปดาห์ ดังนี้

3.1 การค้นพบสภาพการณ์จริงหรือปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ (Discovering reality) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ทำความเข้าใจและยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1การสร้างสัมพันธภาพ

และบรรยากาศที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ กิจกรรมที่ 2 การค้นพบสภาพการณ์จริง ทั้ง 2 กิจกรรม เป็นการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมพลังในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการที่หอผู้ป่วย ในวันที่ 1-2 ของการนอนรักษาโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที

3.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เพื่อฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสภาพการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาไตร่ตรองรับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำความเข้าใจสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหา เป็นการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการที่หอผู้ป่วย ในวันที่ 1-2 ของการนอนรักษาโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที

3.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) เพื่อควบคุมและจัดการกับปัญหาต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการจัดการกับปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 4 เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์อุปสรรคและตรวจสอบความรู้สึกตนเอง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีต้องการเพิ่มเติม แนะนำทำวิธีปฏิบัติหรือต้นแบบที่ดีในการดูแลตนเอง สนับสนุนในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและ เป็นการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการที่หอผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน 1-2 วัน ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที นักวิจัยให้สมุดบันทึกการดูแลตนเองที่ระบุ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ สอนให้ผู้ป่วยเข้าใจในการทำกิจกรรมและการบันทึก

3.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Holding on) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่ผ่านการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 การคงไว้ซึ่งการที่มีประสิทธิภาพ เป็นการดำเนินการตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 2-6 เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะดูแลตนเองที่บ้าน มีการบันทึกการปฏิบัติการทำกิจกรรมในสมุดบันทึกการปฏิบัติในการดูแลตนเอง นักวิจัยมีการติดตามเสริมพลังเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านทั้งหมด 2 ครั้ง คือในสัปดาห์แรกและสัปดาห์ที่2 เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การติดตามเสริมพลังโดยการโทรสอบถามกรณีไม่มีปัญหาซับซ้อน เยี่ยมบ้านกรณี Re-admitted หรือขาดผู้ดูแล นัดพบเมื่อผู้ป่วยกรณีมาตรวจตามนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลพล ใช้ระยะเวลา 15-45 นาที ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยได้บันทึกเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและให้เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยแก่ผู้ป่วยเพื่อการนัดหมายและการให้คำปรึกษา กิจกรรมที่ 6 การยุติกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการเสริมพลัง ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ เปรียบเทียบทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลกาวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า **กลุ่มตัวอย่าง**เป็นเพศชาย (ร้อยละ100) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) **อายุ** อยู่ในช่วงอายุ 2 ช่วง ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ อายุ 60 ปี ขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 97.5) อายุที่มากที่สุดคือ 89 ปี อายุที่น้อยที่สุดคือ 53 ปี อายุเฉลี่ย 68.33 ปี **สถานภาพสมรส** สถานภาพคู่ (ร้อยละ75) **ระดับการศึกษา** อยู่ในระดับประถมศึกษา(ร้อยละ75) **อาชีพในปัจจุบัน** ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ85) **รายได้** รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอรายจ่ายบางครั้ง (ร้อยละ70) **ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** อยู่ในระยะ 1-5 ปี (ร้อยละ30) **ระดับ**

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่2 (ร้อยละ57.5) **การมีผู้ดูแลประจำ** มีผู้ดูแลประจำ (ร้อยละ 80)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติดรรมการดุแล ตนเองป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายด้าน ก่อนและหลังเสริมสร้างพลังอำนาจ

การดูแลตนเองรายด้าน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป	3.45	0.23	4.61	0.20	-5.68	0.001**
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ	3.83	0.30	4.14	0.34	-4.85	0.000**
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ	3.10	0.29	4.09	0.19	-9.04	0.000**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจทั้ง 3 ด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปฏิบัติได้ดีถึงดีที่สุด ด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 4.61 (คะแนนเต็ม5) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 รองลงมาด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34 กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติดรรมการดุแลตนเองป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายด้าน ก่อนและหลังเสริมสร้างพลังอำนาจ

การดูแลตนเองรายด้าน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
1. การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอเหมาะสม	4.80	0.23	4.92	0.18	-1.43	0.001**
2. การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายปกติและจัดการกับตนเองเกี่ยวกับ	2.34	0.52	4.72	0.34	-8.20	0.000**
สุขวิทยา	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D		
3. การรักษาสมดุลกิจกรรมและการพักผ่อน	3.22	0.19	4.20	0.17	-7.43	0.000**
4. การคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าในตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	3.83	0.29	4.14	0.16	-4.84	0.000**
6. การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการใช้ยาและการรักษา	3.76	0.18	4.43	0.11	-3.60	0.001*
7. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.20	0.22	3.63	0.13	-4.58	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจทั้ง 7 ด้าน อยู่ในระดับปฏิบัติได้ดีที่สุด-ดี โดยด้านการคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 4.92 (คะแนนเต็ม5) ส่วนเบี่ยงเบนมาตาฐานที่ 0.18 รองลงมาคือการคงไว้ซึ่ง

การขับถ่ายตามปกติและการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับสุขวิทยา ที่สุดมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตาฐานที่ 0.34 ส่วนเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ในระดับดี แต่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ พฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 3.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.13 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตาราง 3 พฤติดรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ในภาพรวม

การดูแลตนเอง	$\bar{x}$	S.D	t	95%CL		p value
				Lower	Upper	
หลังเข้าโปรแกรม-ก่อนเข้าโปรแกรม	4.32	0.20	-23.67	-0.39	-0.33	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาพรวมหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (t= 23.67 และ p < .000)

ตาราง 4 เปรียบเทียบความดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมเสร้างพลังอำนาจ

ระดับคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย	กลุ่มตัวอย่าง (n=40)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีความสุขมากกว่าคนปกติทั่วไป (คะแนน 35-45 คะแนน)	4	10	6	15
2. มีความสุขเท่ากับคนปกติ (คะแนน 27-32 คะแนน)	36	90	34	85
3. มีความสุขน้อยกว่าคนปกติ (26 คะแนน หรือน้อยกว่า)	0	0	0	0

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างมีความคะแนนความสุขตามการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ระดับความสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีความสุขเท่ากับคนปกติ (ร้อยละ85) รองลงมามีระดับความสุขมากกว่าคนปกติ (ร้อยละ15)

การประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19) จากหัวข้อประเมินความพึงพอใจ 14 ข้อ พบว่าความพึงพอใจมี 2 ระดับ คือ ระดับมากถึงมากที่สุด โดยความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้วิจัยมีประสบการณ์ตรงและสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่าง (ค่าเฉลี่ย 4.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48) รองลงมาคือเนื้อหา/สาระที่บรรยาย ให้ความรู้ได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการ (ค่าเฉลี่ย 4.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43) ความประทับใจต่อโครงการ (ค่าเฉลี่ย 4.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) และความพึงพอใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ความเหมาะสมของสถานที่ (ค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78)

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในภาพรวมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (t= 23.67 และ p < .000) สอดคล้องกับ สาวิตรี วิชัยศึก (2560)[4] ที่ได้ศึกษาแบบสร้างเสริมพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองโดยภาพรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับไปรมา กลิ่นนิรัญ (2558) [1] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเข้ากิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าการได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 เมื่อพิจารณารายด้าน 3 ด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปฏิบัติได้ดีถึงดีที่สุด โดยด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 4.61 (คะแนนเต็ม5) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.20 รองลงมาคือด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยที่ 4.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.34

2. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสุขตามการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ระดับความสุขส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีความสุขเท่ากับคนปกติ (ร้อยละ85) รองลงมามีระดับความสุขมากกว่าคนปกติ (ร้อยละ15) โดยหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีความสุขเพิ่มขึ้น 2 คน จากระดับมีความสุขเท่าคนปกติเพิ่มเป็นมีระดับความสุขมากกว่าคนปกติ โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนปกติ สอดคล้องกับ วาสนา บุษบกแก้ว (2556) [2] ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1993) โดยผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจพลังผลักดันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายในองค์กร เพื่อให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองที่ดีและต่อเนื่อง ควรจัดให้มีโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมประจำของหอผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะด้านนโยบายในเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรมีการให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรยืดระยะเวลาในการทำวิจัยให้ครบปีเพื่อดูแนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรค

4. ควรทำวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบเจาะลึก In-depth interview เพื่อให้ได้ความชัดเจนไปสู่การพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

5. ศึกษาการนำเครือข่ายมาร่วมการวิจัย เพื่อความสมบูรณ์ในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตร์ตราจารย์ วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา และรองศาสตร์ตราจารย์ นฤมล สินสุพรรณ ที่ได้ให้ความรู้และคำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ประวีร์ คำศรีสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล หัวหน้า หอผู้ป่วยใน บุคคลกรคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนอาสาสมัครที่ได้เข้าร่วมการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.ไปรมา กลิ่นนิรัญ. **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลน้ำรอบ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี(วิทยานิพนธ์). สุราษฎร์ธานี: ราชภัฏสุราษฎร์ธานี; 2558.**

2.วาสนา บุษบกแก้ว. **ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดเพชรบูรณ์ (วิทยานิพนธ์).** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2556.

3.วินัย ชาวเชียงตุง. **การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ(วิทยานิพนธ์).** ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

4.สาวิตรี วิชัยศึก. **แบบเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์).** ขอนแก่น: วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย; 2560.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. **รายงานประจำปี2560 สำนักงานโรคไม่ติดต่อ.** อักษรกราฟฟิกแอนดีไซด์: กรุงเทพฯ; 2560.

5.อภิชัย มงคล. **ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ, 2552.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

Factors Predicting Health Behaviors during Childbirth among Mothers with Complications during Pregnancy

อัจฉโรบล แสงประเสริฐ[1] , วันดี แย้มจันทร์ฉาย[2] , พลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา[1] , ปิ่นแก้ว โชคอำนวย[1]

Atcharobon Sangprasert , Wandee yamchanchai , Ploypailin Masuk kamphaengjinda , Pinkaew Choteamnuay

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของแบนดูร่า มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็น มารดาหลังคลอดในระยะ 24-48 ชั่วโมง ซึ่งมารับบริการคลอดที่ห้องคลอดและพักฟื้นที่หลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 91 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด , แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี, แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว , แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ

ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.06, SD=0.25) ตัวแปร ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนของสามี , การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 36.8 ($F_{3,93}$ = 18.642, p< .001) โดยการสนับสนุนของสามี และการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = 0.384, p = .001 และ β = 0.396 , p = .001 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด , มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ , การสนับสนุนของ สามี , การสนับสนุนของครอบครัว

Abstract

The purpose of this survey research were identify health behaviors during childbirth and factors predicting health behaviors during childbirth among mothers with complications during pregnancy using the concept of Bandura' s perceived self-efficacy theory. The samples were 91 postpartum women who had given birth in the previous 24 to 48 hours and had been diagnosed with complications during their pregnancy. A system random sampling was used to recruit the sample. Data were collected from August and September 2018. The questionnaires used to collect the data composed of demographic data, perceived self-efficacy of mothers with complications during pregnancy, spouse support, family support, health behaviors during childbirth period among mothers with complications during pregnancy. Descriptive statistics and multiple regression were used for data analysis.

The results showed that the overall of Health behavior of participants was at high level (Mean = 3.06, SD = 0.25). The percentage of total variance explained by all study variables (spouse support, family support, perceived self-efficacy of mothers with complications during pregnancy) was 36.8 percent (R^2=.368, $F_{3,93}$ = 18.642, p< .001). The significant variables which predicted health behaviors during childbirth period among mothers with complications during pregnancy including spouse support and perceived self-efficacy of mothers with complications during pregnancy (β = 0.384, p = .001 และ β = 0.396 , p = .001, respectively).

[1] อาจารย์สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

[2] อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

These finding suggested that nursing model should be developed by promoting perceived self-efficacy of Health behavior of mothers who have complication during pregnancy, Moreover; spouse and family supports should be promoted in order to enhance health behaviors of those mothers.

Keywords : Health behaviors during childbirth , Mother with complications during pregnancy , Perceived self-efficacy , Spouse Support , Family Support.

บทนำ

การคลอดเป็นการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการธรรมชาติที่สำคัญของมารดาในระยะคลอด โดยเฉพาะความเจ็บปวดในระยะคลอดถือเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้คลอด ผู้คลอดจะมีความกังวล ความกลัว ทั้งกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวตนเองและบุตรจะได้รับอันตราย ผู้คลอดที่มีความกลัว ความวิตกกังวลสูงจะมีผลทำให้การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดลงระยะเวลาการคลอดล่าช้าออกไป[1] ผู้คลอดจะแสดงพฤติกรรมสนองตอบต่อความเจ็บปวดโดยการร้องครวญครางทุรนทุราย ส่งผลให้การรับรู้ความเจ็บปวดและความกลัวเพิ่มมากขึ้น

ร่างกายเกิดความตึงเครียดทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น[2] โดยเฉพาะผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดถือเป็นช่วงเวลาวิกฤติที่สำคัญในชีวิตของผู้คลอด ส่งผลให้เกิดการคลอดยาก คลอดยาวนาน หรืออาจต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยเหลือในการคลอด

สถิติมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดปกติ ที่แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปี 2558 - 2560 จำนวน 909, 683 และ 685 ราย ตามลำดับ[3] โดยภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ เป็นต้น มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรู้หรือการดูแลที่ดีพอจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นมีอันตรายที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์มักสอดคล้องกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของมารดา รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวมารดา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับมารดานั้นๆ เมื่อมารดามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้มีผลกระทบต่อการคลอด อาจก่อให้เกิดประสบการณ์ในทางลบ เป็นอุปสรรคต่อการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดาที่ดีมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารก มีความกลัวต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป[4] โดยเฉพาะการสนับสนุนของสามีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนอร์เบค อ้างถึงในจันทรา ว่องวัฒนกูล[5] ได้กล่าวว่าบุคคลที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือต่างๆ นั้นเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลนั้นๆและจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถเผชิญการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาเปลี่ยนแปลงไปด้วย รวมถึงการสนับสนุนของครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง บิดา มารดาของตนเอง บิดามารดาของสามี พี่ ป้า น้า อาของตนเอง พี่ ป้า น้า อาของสามี ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดา เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เคยเลี้ยงดูบุตรหลานหรือเป็นสามีมาก่อน เป็นผู้ที่มารดาไว้วางใจ เชื่อถือในการให้ช่วยดูแลตนเองและบุตร การสนับสนุนของครอบครัวสามารถต่อต้านความเครียดของมารดาในระยะคลอดได้ และการสนับสนุนของครอบครัวยังให้พลังอำนาจในเตรียมอารมณ์ เตรียมร่างกายในระยะคลอดได้[6]

การที่มารดาจะผ่านการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย มารดาจะต้องเรียนรู้พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวตลอดระยะคลอดได้สำเร็จ นั้นเกิดจากกระบวนการคิดของมารดาที่รับรู้ว่าตนเองสามารถทำได้สำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของเบนดูรา[7] การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นกระบวนการคิด ที่บุคคลประเมินตนเองในการเผชิญกับภาวะวิกฤติ ที่บุคคลนั้นสามารถกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะกระทำพฤติกรรม

นั้นสำเร็จ และจะเกิดผลดีก็จะพยายามกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการรับรู้ความสามารถของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งพัฒนาความสามารถของมารดาให้สามารถผ่านระยะต่างๆ ของการคลอดได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ รายได้ของครอบครัว, ลักษณะของครอบครัว, การสนับสนุนของสามี, การสนับสนุนของครอบครัว, การรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

มารดาหลังคลอดในระยะ 24-48 ชั่วโมง ซึ่งมาคลอดที่ห้องคลอดและพักฟื้นที่หลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (System random Sampling) จากบัตรคิวที่เป็นเลขคี่ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 2) อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ 3) คลอดทางช่องคลอด 4) รับไว้ในห้องคลอดตั้งแต่เจ็บครรภ์จนกระทั่งพักฟื้นหลังคลอด 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis)[8] เพื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05, ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis = .80, Anticipated Effect Size ขนาด Moderate Value = .15 จำนวนตัวแปรต้น = 5 และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Statistic calculator version 2.0[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด สมาชิกในครอบครัวที่มาดูแลขณะรอคลอด จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด ชนิดของการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 51 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ด้านความเข้มแข็งของบุคคล และ 3) ด้านความใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เคยปฏิบัติ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการให้คะแนนดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอดอยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอดอยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอดอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย จนถึง คะแนนที่ 5 เป็นจริงมากที่สุด มีคะแนน 1-5 แปลผลคะแนนโดยผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็นช่วงดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนของสามีอยู่ในระดับสูงมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนของสามีอยู่ในระดับสูง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนของสามีอยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุน

ของสามีอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนของสามีอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนที่ 1 หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย จนถึง คะแนนที่ 5 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด มีคะแนน 1-5 แปลผลคะแนนโดยผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็นช่วงดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูงมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับสูง 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดา ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 29 ข้อ มี 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การบรรเทาความเจ็บปวด การปฏิบัติตัวในระยะที่สองของการคลอด และด้านจิตใจ ลักษณะแบบสองถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 4 ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดถูกต้องในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดถูกต้องในระดับปานกลาง 3) คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดถูกต้องในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การหาความตรงของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี, แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว,แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด,แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดา ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ อาจารย์พยาบาล พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาสาระความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้

2. การหาความเที่ยง (Reliability) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการสนับสนุนของสามี, แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว, แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด, แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำมาใช้กับมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์หลังคลอดในระยะ 24-48 ชั่วโมง ซึ่งมารับบริการคลอดที่ห้องคลอดและพักฟื้นที่หลังคลอด จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Conbach"s Alpha Coefficent) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด มีค่า ครอนบาคแอลฟ่า เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามการสนับสนุนของสามีมีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว มีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.72 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2561 เลขที่ 17/2561 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการทำหนังสือแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางด้านการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา, การรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด, การสนับสนุนของสามี, การสนับสนุนของครอบครัว, พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทดสอบสมมุติฐานเพื่อหาปัจจัยทำนาย ใช้สถิติอ้างอิงโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 26 - 30 ปี (ร้อยละ 38.46) อายุเฉลี่ย 26.89 ปี (SD = 5.98) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ30.76) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.56) รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 48.35) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 98.90) ลักษณะครอบครัว โดยอยู่ร่วมกับบิดา มารดา ของตนเอง (ร้อยละ 52.74) อยู่ร่วมกับบิดา มารดา ของสามี (ร้อยละ38.46) สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลขณะรอคลอดเป็นสามี (ร้อยละ 58.24) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด (ร้อยละ 52.75) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 50.54) ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุด คือภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 31.87) รองลงมา คือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (ร้อยละ 23.08) คลอดเมื่ออายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ (ร้อยละ 80.22) คลอดเอง (ร้อยละ 97.80) คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศและคีมช่วยคลอด (ร้อยละ 2.20)

คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.06, SD = 0.25) โดยที่คะแนนระดับการการสนับสนุนของสามี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 3.51, SD = 0.98) ส่วนการสนับสนุนของครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 2.96, SD = 0.38) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 3.85, SD = 0.54)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ของครอบครัว ($r = .191$) ลักษณะของครอบครัว ($r= -.020$) การสนับสนุนของสามี ($r = .584$, $P< .01$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r = .227$, $P< .05$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด ($r = .588$,$P< .01$) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดมีความสัมพันธ์ กับ การสนับสนุนของสามี การสนับสนุนของครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P< 0.05$ (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (r) แสดงค่าความสัมพันธ์ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
รายได้ของครอบครัว	1.000	- .051	.132	.060	-.063	.191
ลักษณะของครอบครัว		1.000	.074	.134	.141	-.020
การสนับสนุนของสามี			1.000	.557**	.510**	.584**
การสนับสนุนของครอบครัว				1.000	.229**	.227*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					1.000	.588**
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด						1.000

นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนาย พบว่า การสนับสนุนของสามี,การสนับสนุนของครอบครัว และการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการ

ปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ36.8 ($F_{3,93}$) = 18.642, P < .001) มีเฉพาะตัวแปร การสนับสนุนของสามี และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (β = 0.384, p = .001 และ β = 0.396 , p = .001 ตามลำดับ) (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด (N = 91)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p
1.การสนับสนุนของครอบครัว	- .083	.102	-.076	-.806	.420
2.การสนับสนุนของสามี	.308	.080	.384	3.833	< .001
3.การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.323	.085	.396	3.241	< .001
Constant (a)	81.648	8.415		9.502	< .001
R= .622 , R^2=.368, Adjusted R^2 = .348 F (3,93) = 18.642 P < .001					

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พบว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.06, SD = 0.25) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการคลอด (ร้อยละ 52.75) การให้ความรู้และการเตรียม class การคลอด จะช่วยลดความไม่สุขสบายในการปฏิบัติพฤติกรรมของมารดาในระยะคลอดได้ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 98.90) อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาของตนเอง(ร้อยละ 52.74) และอาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดาของสามี (ร้อยละ 38.46) บิดา มารดาของตนเองและสามีจึงเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุด กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีปัญหา ทำให้ภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการปรึกษาหารือร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีความเอื้ออาทรห่วงใยมีความเอาใจใส่ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะคลอด ด้วยความหวังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์ต่อตนเองและทารกในครรภ์ จึงทำให้มารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ นั้นมีความตั้งใจ ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมในระยะคลอดด้วยความเต็มใจและมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่าความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการเผชิญความเจ็บปวดนั้นสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] และสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์เพ็ญ อามพัฒน์และคณะ[11] พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ พบว่า รายได้ของครอบครัว (r = .191) ลักษณะของครอบครัว (r= -.020) การสนับสนุนของสามี (r = .584, P< .01) การสนับสนุนของครอบครัว (r = .227 , P< .05) การรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอด (r = .588 ,P< .01) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์มีเฉพาะการสนับสนุนของสามีและการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอดสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มี

ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (β = 0.384, p = .001 และ β = 0.396 , p = .001 ตามลำดับ)

อธิบายได้ว่า รายได้ของครอบครัว (r =.191) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 48.35) ซึ่งเพียงพอที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวได้ดี สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา[12,13]

ลักษณะของครอบครัว (r=-.020) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แสดงว่าไม่ว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด อธิบายได้ว่า ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบิดา มารดา ของตนเอง (ร้อยละ 52.74) อยู่ร่วมกับบิดา มารดา ของสามี (ร้อยละ38.46) ซึ่งโดยลักษณะของครอบครัวจะพบว่า ครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสขาดการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ มากกว่าครอบครัวขยาย แต่อย่างไรในสังคมไทย ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายแทบจะแยกกันไม่ชัดเจนเหมือนในสังคมตะวันตก กล่าวคือ ถึงแม้จะแยกครอบครัวไปแล้ว ครอบครัวเดิมก็ยังคงให้ความช่วยเหลือ และคอยเป็นแหล่งประโยชน์ที่ดีให้กับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่าลักษณะของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นมารดา[12,13]

การสนับสนุนของสามี (β = 0.384, p= .001) พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ มีการสนับสนุนของสามี อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.51, SD = 0.98) สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลขณะรอคลอดเป็นสามี (ร้อยละ 58.24) อธิบายได้ว่า สามีเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุด กับกลุ่มตัวอย่างและให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีปัญหา ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabitri Sapkota[14] เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพสำรวจประสบการณ์ของมารดาที่ให้กำเนิดบุตร โดยมีการสนับสนุนของสามีในระยะคลอด ในชนบท ของประเทศเนปาล พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนของสามีในระยะคลอดนั้น สามารถควบคุมการคลอดได้ดี แต่ก็มีความไม่สุขสบายในระยะคลอดเป็นระยะๆ ดังนั้น การให้ความรู้และการเตรียม class การคลอด สำหรับคู่สมรส จะช่วยลดความไม่สุขสบายของมารดาในระยะคลอดได้

การสนับสนุนของครอบครัว (r = .227 , P< .05) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ มีการสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.96, SD = 0.38) อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญของสังคมไทย ที่มีความใกล้ชิดกับมารดามากที่สุด การสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดา การสนับสนุนของครอบครัวทำหน้าที่เป็นกันชนความเครียด[15] มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ใกล้ชิด จะสามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม มี ภาวะเครียดน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุน[16]

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (β = 0.396, p= .001) พบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอด กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.85, SD = 0.54) อธิบาย

ได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่มีต่อตนเองว่าสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องการจนสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการซึ่งเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่วิจัยไว้แล้วอีกเรื่อง พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้สมรรถนะในตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11,17]

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และการได้รับการสนับสนุนของสามีและครอบครัวในระยะคลอดเพื่อให้มารดามีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

2. ด้านการวิจัย พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปศึกษาต่อยอด โดยการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในระยะคลอดเพื่อช่วยให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในระยะคลอดได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกๆท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อแนะนำ และตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง, แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่เอื้อเฟื้อในเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณรายได้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

เอกสารอ้างอิง

1. Reeder, S.R., & Martin, L.L. Maternity Nursing; Family newborn and woman health care. (16th ed) Philadelphia; J.B. Lippincott, 1987.
2. Durham, J. (2002). The pain and discomfort of labor and birth. Journal of Advanced Nursing 25(2): 82-89, 2002.
3. สถิติงานห้องคลอด. สถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์, 2560.
4. Pillitteri, *A. Maternal – Newborn Nursing.* Boston: Little Brown And Company, 1981.
5. จันทรา ว่องวัฒนกูล. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟ วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2552.
6. McCourt C. Social support and childbirth. In: Squire C, ed. The Social Context of Birth. Radcliffe Publishing Ltd, Milton Keynes, 2009.
7. Bandura. A Social Foundation of Thought and Action; A Social Cognitive Theory New Jersey; Prentice-Hall. 1986.
8. Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L.S. Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Science. (3rd ed). New York: Lawrence Earlbaum Associated, 2003.
9. Soper, D. Statistic calculator version 2.0. Retrieved September 13, from http://www.Danielsoper.com/ statcalcalc01.Aspx, 2009.
10. ศิริณา สินดำรงค์. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญ ความเจ็บปวดในระยะคลอดและพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก. รายงานวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
11. จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาครรภ์แรก. รายงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้าจันทบุรี, 2553.

12. ดาวรินทร์ พรสวัสดิ์. การสนับสนุนของสามี การสนับสนุนของครอบครัว และปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีอิทธิพลต่อการดำรงบทบาทมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาการพาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, 2553.

13. มยุรี จันทน์เทศ. การส่งเสริมมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ให้ประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ. รายงานวิจัยราชบุรี, 2556.

14. Sapkota S, Kobayashi T, Takase M. Women's experience of giving birth with their husband's support in Nepal. British Journal of Midwifery, 19(7): 426-432, 2011.

15. Cobb, S. Social support as moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5): 300-314, 1976.

16. Mercer, R. T., & Walker, L. O. A review of nursing interventions to fosterbecoming a mother. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35(5): 568-580, 2006.

17. ประไพรัตน์ แก้วศิริ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในระยะคลอดของมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์. รามาธิบดี พยาบาลสาร, 22(1): 20-33, 2559.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนโรงพยาบาลภูเวียง

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR HYPERTENSIVE URGENCY CARE AT PHUWIANG HOSPITAL

สุรพงษ์ ปะกังลำภู[1] , วาสนา รวยสูงเนิน[2]

Surapong Pakanglamphu[1] , Wasana Ruengsungnoen[2]

บทคัดย่อ

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 10 คน พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 24 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 15 คน ผลการศึกษา ผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลภูเวียง พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ 100% และความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมากที่สุดคือแนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ($\overline{X}$ =4.75, SD = 0.442) รองลงมาคือแนวปฏิบัติทางคลินิกมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ($\overline{X}$ =4.71, SD = 0.464) การติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนหลังจำหน่าย 72 ชั่วโมง พบว่าระดับความดันโลหิตลดลงตามเกณฑ์ 13 คน (86.67%) ผู้ป่วยทั้ง 15 คน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน สามารถจำหน่ายจากความดันโลหิตสูงเร่งด่วนได้ 13 ราย (86.67%) ต้องติดตามต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ 1 คน (6.67%) ส่งต่อที่โรงพยาบาล 1 คน (86.67%) เนื่องจากระดับความดันโลหิตยังคงสูงอยู่ ≥ 180และ/หรือ≥100 มม.ปรอท $_1$

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน1, , แนวปฏิบัติทางคลินิก3.

Abstract

action research aimed to develop the clinical practice guideline CPG) for patients with hypertensive urgency at emergency department of Phuwiang hospital and to examine feasibility of the CPG utilization. The study was conducted from April to June 2017. Study participants included 10 members of guideline development team who were healthcare providers, 24 CPG users who were nurses, and 15 patients with hypertensive urgency. There were 4 phases of the study including fact-finding or reflection, planning, action, and evaluation.Findings from phase I revealed that the guideline development team was aware of diverse care for hypertensive urgency in Phuwiang Hospital in which some practices were inconsistent with standard guideline. Consequently, phases II and III of the study were conducted to develop an CPG, contributed to 3 major components of guideline including CPG for patients with hypertensive urgency, assessment tool and patient record form for hypertensive urgency, and home blood pressure monitoring record. Findings from phase IV, CPG feasibility trial, demonstrated that all CPG users were able to follow the guideline The highest “strongly agree” average score from the users’ opinions towards CPG was the feasibility of utilize CPG for patient care ($\overline{X}$ =4.75, SD = 0.442). The second “strongly agree” highest average score was the feasibility of putting CPG implementation in the setting ($\overline{X}$ =4.71, SD = 0.464). Blood pressure evaluation after 72 hours of hospital discharge indicated that 13 from 15 patients (86.67%) had their blood pressure under control according to the criteria. None of them had complications associated with hypertensive emergency. Thirteen patients (86.67%) were able to be discharged from hypertensive urgency care while one of them (6.67%) needed to be followed for 1 week. One patient needed (6.67%) a referral to the higher facility for advanced care due to uncontrolled blood pressure level (≥ 180 and/or 100 mmHg)

Keywords: Hypertensive urgency1, Clinical Practice Guideline3.

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตรจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) หมายถึง ภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิตอย่างรวดเร็วและสูงมากกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท แต่ยังไม่มีการทำลายของอวัยวะสำคัญ[1] ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางคลินิก ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่เดิม สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยาหรือกินยาไม่สม่ำเสมอ การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง[2-3]อย่างไรก็ดี ประมาณร้อยละ 8 พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงครั้งแรก[4]ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากระดับความดันโลหิต ที่ควบคุมไม่ได้คือ อาจเกิดหัวใจห้องซ้ายล่างโตหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นโรคหลอดเลือดสมอง[3,5] ไตทำงานผิดปกติในระยะแรกและระยะยาวอาจเกิดโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตสูงเร่งด่วนเป็น~~หนึ่ง~~(ตัดออก)ประเภทหนึ่งของความดันโลหิตสูงวิกฤตที่มีความหมายครอบคลุมไปถึงภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน[6] เป็นสาเหตุหลักในคนไข้ที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมดซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 25-30 [4,7] แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงเร่งด่วนในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ[8] คือ (1) การรักษาที่โรงพยาบาล ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกายเพื่อประเมิน acute end-organ damage การตรวจพิเศษ/การตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสมเพื่อวินิจฉัย การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน การให้การพยาบาลโดยจัดให้ผู้ป่วยได้พักอยู่ในห้องที่เงียบปราศจากเสียงรบกวน หลังรับประทานยาสังเกตอาการ 3-6 ชม. การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายโดยเน้นการมีวินัยในการกินยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป้าหมายในการลดความดันโลหิตให้พิจารณาค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงลดลงไม่เกินร้อยละ 20-25 ภายในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงลดลงน้อยกว่า 160/100-110 มิลลิเมตรปรอท จนเข้าสู่ระดับปกติ การรักษาไม่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล เพียงแค่ตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำในภายหลัง[8] (2) การรักษาเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การติดตามอาการผู้ป่วยภายใน 24-72 ชม. หรือขึ้นกับ ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยรายนั้น ๆ[9] นอกจากนั้นจะต้องนัดติดตามการรักษาภายในระยะเวลาหลายวัน - 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาวะผู้ป่วย[10] โรงพยาบาลภูเวียง มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการจำนวน 4,212 คน ในปีพ.ศ. 2557 โรคที่ได้รับการส่งต่อมากที่สุดติด 1 ใน 5 อันดับโรคของโรงพยาบาล 5 ปีย้อนหลังคือโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูง[11] พบได้ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด[12] สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 มกราคม - 31ธันวาคม 2557 ประเภทผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 52 คนต่อเดือน ประเภทผู้ป่วยในจำนวน 46 คน ทั้งที่ผู้ป่วยบางรายไม่มีความจำเป็นหรือมีข้อบ่งชี้ที่ต้องที่ต้องนอนรักษาแบบผู้ป่วยใน เช่น เคยมีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน หลอดเลือดหัวใจตีบ หรือผู้ป่วยที่คาดว่าจะไม่สามารถมาตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำได้ เป็นต้น เพียงเพราะระดับความดันโลหิตซิสโตลิกยังคงสูงอยู่มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอทเท่านั้นอีกทั้งอาการผู้ป่วยปกติ ซึ่งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่รุนแรงไม่แตกต่างกันในผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลและผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน[7] สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเร่งด่วนในโรงพยาบาลภูเวียง แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แต่ละคน การดูแลจากพยาบาลตามระดับความชำนาญ ประสบการณ์ ความรู้ความสามารถ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ทำให้มีวิธีปฏิบัติที่หลากหลาย ผู้ป่วยบางรายระบุว่า ได้รับทราบข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่เข้าใจในแนวทางการรักษา เหตุใดต้องนอนสังเกตอาการเป็นเวลานาน นอกจากนี้ วิธีปฏิบัติที่หลากหลายนี้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การประเมินผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม ทำให้เข้าถึงการรักษาล่าช้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือการติดตามอาการและระดับความดันโลหิตหลังได้รับยาไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้ประเมินปัญหาได้ช้า เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะได้รับบัตรนัดเพื่อ

ติดตามและประเมินอาการตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ยังขาดระบบการติดตามอาการผู้ป่วยภายใน 24-72 ชั่วโมง หรือการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประเมินผลการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลภูเวียง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 66 คน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประวัติการรักษาความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 15.15 และเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาภายใน 1 สัปดาห์ 4 คน เสียชีวิต 1 คน ผู้ป่วยทั้ง 4 คนมารับการรักษาเกิน 270 นาที นับตั้งแต่มีอาการทำให้ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการรักษาคือ เกิดความพิการซึ่งต้องดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลของครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษาและเป็นการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจตามมา[13] การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นจะช่วยให้ทีมสุขภาพ ทำให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิผลมากขึ้น อีกทั้ง ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน[14] ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้น ผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการ ดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการ ปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อนผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด[15]

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นความสำคัญของปัญหาที่ต้องมีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ซึ่งวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการที่พบว่าเป็นวิธีการวิจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการศึกษาปัญหา เกิดความตระหนักในปัญหาร่วมกัน มีการวางแผนดำเนินการแก้ไข และประเมินผล เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดียิ่งขึ้นในทีม[16] ผู้ศึกษาจึงได้ประยุกต์ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและทดสอบความเป็นไปได้และประสิทธิผลเบื้องต้นของการใช้แนวปฏิบัติในโรงพยาบาลภูเวียง

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง

วิธีการวิจัย

การดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE602020 ใช้ วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(action research) โดยอาศัยวิธีดำเนินการแบบวิจัยและพัฒนา (research & development) ประกอบด้วย การดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวัย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือสะท้อนเหตุการณ์ (fact-finding or reflection) 2) การวางแผน (planning) 3) การปฏิบัติ(action) 4) การประเมินผล(evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากการทบทวนวรรณกรรม[17-20] พบว่า ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5-10 ราย โดยพบการศึกษาที่

ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ในกลุ่มตัวอย่าง ช่วง 10-13 ราย ผู้ศึกษาจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสูญหายจากการศึกษา สรุปการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปถึง 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 3) มีโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 4) สามารถอ่านหนังสือออก-เขียนได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเป็น pre-eclamsia และ eclampsia 2) ผู้ป่วยโรคไต 2. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนในแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลภูเวียง จำนวน 17 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูเวียง เวียงเก่า และ หนองนาคำ จำนวน 7 คน รวมจำนวน 24 คน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ตัวแทนในการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนากร 1 คนและตัวแทนพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลคลินิกความดันโลหิตสูง 1 รวมทีมพัฒนาทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน โรงพยาบาลภูเวียง ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยทีมพัฒนาในระยะที่ 2 ของการศึกษา

1.2 เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตและแบบบันทึกทางการพยาบาล ใช้ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับเพื่อเป็นการแยกระหว่างความดันโลหิตสูงฉุกเฉินและความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

1.3 แบบบันทึกความดันโลหิตที่บ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกความดันโลหิตวันละ 1 ครั้งทุกวันในช่วงเวลาเดิมเป็นเวลา 1 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบตรวจสอบรายการ การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน เพื่อประเมินร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติทางคลินิก

2.2 แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทางโทรศัพท์เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต อาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย

2.3 แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลภูเวียง โดยผู้ศึกษาได้ใช้แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของ ฉวีวรรณ ธงชัยและพิกุล นันทชัยพันธ์ [21] ในการศึกษาครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 คน แพทย์ประจำโรงพยาบาลภูเวียง 1 คนและพยาบาลที่ทำงานในคลินิกความดันโลหิตสูง 1 คน ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ขั้นตอนการปฏิบัติแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตและแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แบบบันทึกความดันโลหิตที่บ้าน ค่า CVI= 0.98, 0.98, และ 0.93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ ประกอบด้วย ความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ใช้เครื่องมือการประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตและแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ตามขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

3. ก่อนการจำหน่าย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนจะได้รับแบบบันทึกความดันโลหิตที่บ้านและการให้ความรู้เน้นการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะกับโรคความดันโลหิตสูง

4. หลังจำหน่าย 72 ชั่วโมง ผู้ศึกษาจะโทรศัพท์ติดตามโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

5. ผู้ศึกษาประเมินความเป็นไปได้จากแบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนและแบบตรวจสอบรายการ การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

6. ติดตามการมาตรวจตามนัดจากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาลภูเวียงและเวชระเบียนผู้ป่วย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยรายงานตามระยะการดำเนินการวิจัย 4 ระยะได้ดังนี้

1. ระยะการค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือสะท้อนเหตุการณ์ (fact-finding or reflection)

จากการศึกษาบริบทของโรงพยาบาลภูเวียงและจากประสบการณ์การทำงานพบว่า มีผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนจำนวนมาก เฉลี่ย 52 คนต่อเดือน(High volume) มีการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีแนวปฏิบัติการรักษาที่หลากหลาย (High variation) ขึ้นกับดุลยพินิจของแต่ละคนทั้งแพทย์และพยาบาล อุบัติการณ์ เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง (High risk) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 2 ราย ระดับ G 1 ราย และระดับ H 1 ราย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนพบว่ามีความรู้เบื้องต้นว่าจะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค แต่ผู้ป่วยยังขาดยาและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้ เมื่อเปรียบเทียบวิธีปฏิบัติกับหลักฐานเชิงประจักษ์ การรักษายังไม่ครอบคลุมและไม่ได้มาตรฐาน

2. การวางแผน (planning)

2.1 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนประกอบด้วย แพทย์ PCT 1 คน เภสัชกรประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย 4 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนากร 1 คนและตัวแทนพยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลคลินิกความดันโลหิตสูง 1 รวมทั้งผู้ศึกษาทั้งหมด 10 คน

2.2 กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น โดยใช้กรอบของ PICO ~~(PICO frame work)~~ (ตัดออก) ประกอบด้วย P (Population or Problem) = Hypertension crisis, Hypertension urgency ; I (Intervention) = Management, Treatment, Nursing care ; C (Comparison Intervention) = ไม่มี ; O (Outcomes) = Blood pressure ในฐานข้อมูล เช่น CINAHL, Science Direct, PubMed, ProQuest ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2016 ตามที่กำหนดไว้

2.3 กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 15 คนตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.4 กำหนดกลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนในแผนกอุบัติเหตุ โรงพยาบาลภูเวียง จำนวน 17 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูเวียง เวียงเก่า และ หนองนาคำ จำนวน 7 คน รวมจำนวน 24 คน

3. การปฏิบัติ (action) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์[1,3,7-9,22-35] ระดับ1=3 ระดับ3a=4 ระดับ3b=3 ระดับ4=12 สร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 2) เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตและแบบบันทึกทางการพยาบาล ใช้ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับเพื่อเป็นการแยกระหว่างความดันโลหิตสูงฉุกเฉินและความดันโลหิตสูงเร่งด่วน 3) แบบบันทึกความดันโลหิตที่บ้าน ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกความดันโลหิตที่บ้าน และนำไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 15 ราย เพื่อติดตามและประเมินผลการรักษา

4. การสะท้อนการปฏิบัติหรือการประเมินผล (evaluation)

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 24 คน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 24 คนเพศชาย 4 คน(ร้อยละ16.67) เพศหญิง 20 คน(ร้อยละ 83.33) จบการศึกษาปริญญาตรี 22 คน(ร้อยละ 91.67) ปริญญาโท 2 คน(ร้อยละ8.33) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี (ร้อยละ41.66) และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ระหว่าง 2-30 ปี เฉลี่ย 18.83 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 6-10 ปี 7 คน (ร้อยละ29.16) รองลงมามากกว่า 20 ปี 6 คน(ร้อยละ25)

4.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน จำนวน 15 คน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน พบเพศชาย 8 คน(ร้อยละ53.33) เพศหญิง7 คน(ร้อยละ46.67) อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 53.6 ปี ประวัติโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 13 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกคนมีโรคร่วม ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 2 และ 3 โรคขึ้นไป จำนวน 5 และ 5 คนตามลำดับ (ร้อยละ 38.46) ประวัติขาดยา 7 คน(ร้อยละ53.84) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลอาการที่ไม่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11 คน(ร้อยละ73.34) ค่าความดันซิสโตลิกสูงสุด 220 มล.ปรอท ต่ำสุด 182 มล.ปรอท ค่าเฉลี่ย 195.87 มล.ปรอท (SD=11.382) ค่าความดันไดแอสโตลิก สูงสุด 118 มล.ปรอท ต่ำสุด 79 มล.ปรอท ค่าเฉลี่ย 103.13 มล.ปรอท (SD=13.653) ดังแสดงในตารางที่1

4.3 การติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน หลังจำหน่าย 72 ชั่วโมง (N=15)

ผลการศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนทุกรายได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ระดับความดันโลหิตลดลงตามเกณฑ์ 13 คน(ร้อยละ 86.67) ไม่ลดลงตามเกณฑ์ 2 คน (ร้อยละ 13.33) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คนไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน ผลการประเมินการรักษา กลุ่มตัวอย่าง 13 คนสามารถจำหน่ายออกจากความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (ร้อยละ86.66) กลุ่มตัวอย่าง 1 คนต้องติดตามอาการต่อจนครบ 7 วัน กลุ่มตัวอย่าง 1 คนยังมีภาวะความดันโลหิตส่งเร่งด่วน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ส่งตัวผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเวียงทันทีตามแนวปฏิบัติ

4.4 ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4.4.1 ความยึดมั่นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน ผลการศึกษาความยึดมั่นของพยาบาลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

คุณลักษณะส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (อายุระหว่าง 42-60ปี เฉลี่ย 53.6 ปี)		
ชาย	8	53.33
หญิง	7	46.67
2. โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (13)		
ไม่ขาดยา	7	53.85
ขาดยา	6	46.15
3. อาการสำคัญ		
3.1 อาการที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง		

- เวียนศีรษะ	1	6.67
- ปวดศีรษะ	3	20.00
3.2 อาการที่ไม่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง		
- รับจากทันตกรรม (ฟันโยก)	1	6.67
- จุกแน่นท้อง	1	6.67
- มาตรวจตามนัดอาการปกติ	9	60.00
4. ระดับความดันโลหิตหลังพัก 15 นาที Systolic BP: Maximum =220 Minimum =182 Mean =195.87 SD=11.382 Diastolic BP: Maximum =118 Minimum =79 Mean =103.13 SD=13.653		

ตารางที่2 แสดงความยึดมั่นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (N=15)

รายการ	การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ		
	ปฏิบัติ จำนวน	ร้อยละ	ไม่จำเป็น จำนวน
พยาบาล			
1. ประเมินความดันโลหิตแรกรับและหลังพัก 15 นาที	15	100	0
2. ประเมิน target end-organ damage แรกรับและหลังพัก 15 นาที	15	100	0
3. สังเกตอาการผู้ป่วยทุก30นาที -1ชมหลังได้รับยาลดความดันโลหิต	15	100	0
4. ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ศีรษะสูง 15 -30 องศา ในบริเวณที่เงียบ	15	100	0
5. ให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน(เรื่องความดันโลหิตสูงเร่งด่วน)	15	100	0
6. โทรศัพท์ประเมินการรักษาในวันที่ 3 หลังจำหน่าย	15	100	0
7. พยาบาลรพ.สต. แนะนำแนวทางการรักษาและเขียนใบส่งต่อ ส่งต่อทันที เมื่อระดับความดันโลหิตมากกว่า180/110 mmHg ในวันที่ 3 หลังจำหน่าย หรือ พยาบาลรพ.ลูกข่าย (เวียงเก่าและหนองนาคำ) รายงานแพทย์ทันที เมื่อระดับความดันโลหิตมากกว่า180/110 mmHg ในวันที่ 3 หลังจำหน่าย *(1คน)*	1	100	14
แพทย์			
8. ตรวจร่างกายตามระบบ (head to toe)	15	100	0
9. สั่งจ่ายยาลดความดันโลหิตทางปากได้ถูกต้องเหมาะสม (ไม่สั่งยา nifedipine ที่เสี่ยงต่อการเกิด cerebral infarction)	15	100	0
10. สั่งตรวจพิเศษ/ตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อมีข้อบ่งชี้ *(8 คน)*	8	100	7
11. นัดติดตามการรักษา	15	100	0
12. สั่งทำ HBPM ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน	15	100	0
อสม.แนะนำผู้ป่วยตรวจวัดความดันซ้ำที่รพ.สต.เมื่อวัดความดันโลหิตได้มากกว่า 180/110 mmHgในวันที่ 3 หลังจำหน่าย*(ถ้ามี)*	0	0	15

4.4.2 ความคิดเห็นของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน

ตารางที่3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ และการแปลผลระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (N=24)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	ความคิดเห็น		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. แนวปฏิบัติใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.50	0.511	เห็นด้วยมาก
2. แนวปฏิบัติมีความสะดวกในการนำไปใช้	4.58	0.504	เห็นด้วยมากที่สุด
3. แนวปฏิบัติสามารถนำมาใช้ในทีมได้	4.62	0.495	เห็นด้วยมากที่สุด
4. แนวปฏิบัติสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย	4.75	0.442	เห็นด้วยมากที่สุด
5. แนวปฏิบัติมีผลทำให้ประหยัดค่าใช่จ่าย	4.54	0.588	เห็นด้วยมากที่สุด
6. ท่านมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	4.45	0.509	เห็นด้วยมากที่สุด
7. แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง	4.71	0.464	เห็นด้วยมากที่สุด

ผลของความคิดเห็นพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกฯสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย คะแนนเฉลี่ย 4.75 (S.D.=0.442) ระดับความคิดเห็นเห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาคือ แนวปฏิบัติทางคลินิกฯมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง คะแนนเฉลี่ย 4.71 (S.D.=0.464) ระดับความคิดเห็นเห็นด้วยมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่3

การอภิปรายผล

1. จากการวิเคราะห์ปัญหาของหน่วยงานพบว่า แพทย์พยาบาล มีแนวทางการดูแลรักษาที่หลากหลาย ขึ้นกับความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน และแนวทางการรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ การรักษายังไม่ครอบคลุมและไม่ได้คุณภาพ ส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงกับผู้ป่วย ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องมีแนวทางที่ชัดเจน มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากความหลากหลายในการปฏิบัติและเพิ่มคุณภาพในการดูแลทางคลินิก[36] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพพรรณ ฉายรัตน์ และ สุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล[37]มีรูปแบบที่หลากหลายในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต และการศึกษาของพิมลพันธ์ เจริญศรี วาสนา สารการ และ บาลิยา ไชยรา[38]มีรูปแบบการประเมินผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุม และทำให้เกิดความเสี่ยงตามมา และได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ให้มีมาตรฐานเดียวกัน ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากความหลากหลายในการปฏิบัติและเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ด้านผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดยาและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมะสมกับโรค เช่น ไม่จำกัดเกลือ ขาดการออกกำลังกาย ดื่มกาแฟ ส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูงมากกว่า 5 ปี ได้รับข้อมูลแนวทางการรักษาและวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคลากรสาธารณสุขมาโดยตลอดทั้งในคลินิกความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การให้ความรู้ส่วนใหญ่เป็นแบบกลุ่ม ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วยบางราย ที่มีความแตกต่างกันทั้งอายุ การศึกษาและปัญหาเฉพาะบุคคล เห็นได้จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าต้องกินยาตามแพทย์สั่งและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะกับโรค แต่ไม่สามารถบอกทราบรายละเอียดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ทีมสุขภาพควรเพิ่มรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการจัดการรายกรณีที่มีการดูแลและให้คำแนะนำตามบริบทของผู้ป่วยเฉพาะราย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลที่ดี[39]

2. แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูเวียงที่ได้พัฒนาขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤต การรักษาด้วยยา การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วน การให้ความรู้ก่อนจำหน่าย การติดตามอาการหลังจำหน่าย 72 ชั่วโมง การวัดความดันโลหิตที่บ้าน และติดตามการมาตรวจตามนัด ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของศศิธร นนทภา และ พัทยา งามหอม[24] และกรพินธุ์ ลีลาวิวัฒน์ และคณะ[30] ที่ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนทั้งในและนอกหน่วยงาน อาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพที่มีอยู่ทั้งหมดในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เครื่องมือในการประเมินการทำลายอวัยวะเฉียบพลันของผู้ป่วยแรกรับมีความชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้แยกการประเมินตามอวัยวะที่สำคัญ แพทย์จะไม่สั่งจ่ายยา Nifedipine ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Cerebral infarction พยาบาลมีแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และระบบส่งต่อหากความดันโลหิตยังคงสูงอยู่ ≥ 180และ/หรือ≥100 มม.ปรอท

3. ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในทุกกิจกรรมคิดเป็นร้อยละ 100 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติค่าคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนได้รับการประเมินความดันโลหิตและดูแลตามแนวปฏิบัติทุกคน แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นได้รับความร่วมมือเป็นจากดีจากทีมสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องกับ เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร[16] กล่าวว่า การส่งเสริมให้เกิดทำงานอย่างมีส่วนร่วมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาปัญหา ตัดสินใจวางแผน ร่วมกระทำกิจกรรม และประเมินผลร่วมกัน การให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจเรื่องบทบาท โดยเน้นให้ทุกคนรับรู้ถึงความสำคัญในบทบาทตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ผู้ศึกษาได้ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา ตั้งแต่การสอบถาม/การสัมภาษณ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่หน่วยงาน นำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยทุกคนมีส่วนร่วมตัดสินใจทั้งระดับผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร และในการดำเนินงานได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพชัดเจน เน้นให้ทุกคนได้รับรู้ความสำคัญในการทำกิจกรรม เกิดสัมพันธภาพที่ดี ทำให้การศึกษาครั้งนี้ได้รับความร่วมมือที่ดีทั้งในและนอกหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะเวลาสั้นๆ ยังขาดการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น ความมีวินัยในการกินยา การรักษาที่ต่อเนื่อง การควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะ 1 3 6 เดือน และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเช่น Acute stroke, Acute myocardial infarction เป็นต้น จึงควรมีการติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติในระยะยาวต่อไป

2. การศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้ประเมินผลในเรื่องค่าใช้จ่าย (Cost) แม้ว่าจากการประเมินเบื้องต้น พบว่า ไม่มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลปกติในส่วนใด นอกจากค่าจัดทำคู่มือและแบบประเมิน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผลลัพธ์โดยประเมินค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่รักษาตามแนวปฏิบัติแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนที่รักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้การประเมินผลลัพธ์มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3. เนื่องจากบริบทของพื้นที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ไม่มีศักยภาพในการซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า มีความเกรงใจที่จะไปวัดความดันโลหิตกับเจ้าหน้าที่อสม.ในเวลาที่กำหนด แสดงให้เห็นถึงความต้องการในการพัฒนาระบบติดตามประเมินที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงเครื่องมือวิจัยจนสมบูรณ์ รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูเวียง กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Wolf SJ, Lo B, Shih RD, Smith MD, Fesmire FM. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patient in the Emergency Department With Asymptomatic Elevated Blood Pressure. Annals of Emergency Medicine. 2013;62(1):59-68.

2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guideline for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension. 2013;31(7):1281-1357.

3. Kumar S, Bhatia T, Kapoor A. Hypertension emergencies and urgencies. Clinical Queries : Nephrology. 2013;2:1-14.

4. ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์. Hypertensive Emergency. ใน: ประดิษฐ์ ปัญจวีณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ , เรวัตร พันธุ์กิ่ง ทองคำ, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2555. น. 229-253.

5. Stafford EE, Will KK. Management of Hypertensive Urgency and Emergency. Clinician Reviews. 2012;22(10):22-25.

6. Grech KA., Hypertensive Crises-the Acute Take. BJMP. 2015;8(3)

7. Patel KK, Young L, Howell EH, Rutecki G, Thomas G, Rothberg MB. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting. JAMA Intern Med. 2016;176(7):981-988.

8. Pak KJ, Hu T, Fee C, Wang R, Smith M, Bazzano LA. Acute Hypertension:A Systematic Review and Appraisal of Guideline. The Ochsner Journal. 2014;14:655-663.

9. van den Born BJH, Beutler JJ, Gaillard CAJM, de Gooijer A, van den Meiracker AH, Kroon AA. Dutch guideline for the management of hypertensive crisis – 2010 revision. Netherlands The Journal of Medicine. 2011;69(5):248-255.

10. พีระ บูรณกิจเจริญ. ความดันโลหิตสูง. ใน: พรชัย จรัสเจริญวิทยา, วันรัชดา คัชมาตย์, พจมาน พิศาลประภา (บรรณาธิการ). อายุรศาสตร์ทันยุค ๒๕๕๗. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2557. น. 11-14.

11. Alhalaiqa F, Deane KHO, Nawafleh AH, Clark A, Gray R. Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomized controlled trial. Journal of Human Hypertension. 2012;26:117-126.

12. Salkic S, Batic-Mujanovic O, Ljuca F, Brkic S. Clinical Presentation of Hypertensive Crises in Emergency Medical Services. Mater Sociomed. 2014;6(1):12-16.

13. อัมพรพรรณ ธีรานุตร, เพลินตา ศิริปการ, อำพน นวลโคกสูง. คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา; 2554.

14. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์:หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี-วัน; 2551.

15. ฉวีวรรณ ธงชัย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก Clinical Practice Guideline Development. วารสารสภาการพยาบาล. 2548;20(2):63-76.

16. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.

17. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. การจัดทำและการใช้ Clinical Practice Guideline (CPG). ใน: จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ, เกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์, บรรณาธิการ. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: การจัดทำและนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ดีไซร์; 2543. น. 7-12.

18. วราภรณ์ สิงห์ศรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลท่าอุเทน จังหวัดนครพนม. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [ขอนแก่น]:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.

19. พยอม บุญสุด, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2554;29(4):50-57.

20. เรณู แบนสุภา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการบาดแผลอุบัติเหตุแผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลลี้ จังหวัดลำพูน: รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [เชียงใหม่]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

21. ฉวีวรรณ ธงชัย, พิกุล นันทชัย. การใช้ Evidence Best Practice. เอกสารประกอบคำบรรยาย ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 13 มกราคม. [ม.ป.ท.:ม.ป.พ.]. (เอกสารอัดสำนำ); 2547.

22. Muiesan ML, Salvetti M, Amadoro V, di Somma S, Perlini S, et al. An update on hypertensive emergencies and urgencies. Journal of Cardiovascular Medicine. 2015;00(00):1-11.

23. อินทนนท์ อิ่มสุวรรณ. การดูแลรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในห้องฉุกเฉิน. ธรรมศาสตร์เวชสาร. 2556;13(1):109-123.

24. Grassi D, O'Flaherty M, Pellizzari M, Bendersky M, Rodriguez P, Turii D, et al. Hypertensive Urgencies in the Emergency Department : Evaluating Blood Pressure Response to Rest and to Antihypertensive Drugs With Different Profile. The Journal of Clinical Hypertension. 2008;10(9):662-667.

25. Kazerani H, Hajimoradi B, Amini A, Naseri MH, Moharamzad Y. Clinical efficacy of sublingual captopril in the treatment of hypertensive urgency. Singapore Med J. 2009;50(4):400-402.

26. ศศิธร นนทภา, พัทยา งามหอม. พัฒนาแนวทางการดูแลและทักษะการดำเนินชีวิตผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติประเภทเร่งด่วน(Hypertensive Urgencies). URL http://113.53.236.26/box/data/06.pdf สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2558.

27. Vaidya KC, Ouellette RJ. Hypertensive Urgency and Emergency. Hospital Physician. March 2007. 2007;43-50.

28. Pinna G, Pascale C, Fornengo P, Arras S, Piras C, Panzarasa P, et al. Hospital Admission for Hypertensive Crisis in the Emergency Departments: A Large Multicenter Italian Study. PLOS ONE. 2014;9(4).

29. Souza LM, Riera R, Saconato H, Demathe A, Atallah AN. Oral drugs for hypertensive urgencies: systematic review and meta-analysis. Sao Paulo Med J. 2009;127(6):366-372.

30. Taskett LK, Lancaster S. Hypertensive Crisis in the Setting of Non-Compliance. Ann Cli Exp Hypertension, 2015;3(2):1021-1021.

31. Siqueire DS, Riegel F, Tavares JP, Oliveira C, Oliveira de Goes MG, Arruda LS. Characterisation of patients with hypertensive crisis admitted to an emergency hospital. Journal of Nursing Referencia. 2015;4(5):27-36.

32. กรพินธุ์ ลีลาวัฒน์, สิริกัลยา บุญโพธิ์แก้ว, ศิริรัตน์ เจริญราษฎร์, ภาสิกา เขมวรจิตร, วีณ์ณัชชา เกิดแพร, รัชนีวรรณ ห้วยหงษ์ทอง, และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งด่วนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม 2555-2558. URL http://www.huayploohospital.com/km/data_km/2015090156.pdf ค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2558.

33. Nishijima DK, Paladino L, Do RS. Routine test in patient with asymptomatic elevated blood pressure in the ED. The American Journal of Emergency Medicine. 2008;28:235-242.

34. Kessler CS, Joudeh Y. Evaluation and Treatment of Severe Asymptomatic Hypertension. American Family Physician. 2014;81(4):470-476.

35. Duarte M, Aquieri A, Coyle J, Yaryour C, Savio-Galimberti E. Guideline for assessment and management of hypertensive urgencies in a university hospital from Buenos Aires, Argentina. Journal of the American Society of Hypertension. 2016; 10(4): 43-44.

36. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์:หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรี-วัน; 2551.

37. ประไพพรรณ ฉายรัตน์, สุพัตศิริ ทศพรพิทักษ์กุล. ประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):224-231.

38. พิมลพันธ์ เจริญศรี, วาสนา สารการ, บาลียา ไชยรา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(3):48-57.

39. ศิริอร สินธุ, พิเชต วงรอต. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วัฒนาการพิมพ์; 2557.

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

FACTORS AFFECTING THE PARTICIPATION OF HEALTH PERSONNELIN QUALITY IMPROVEMENT AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN KALASIN PROVINCE

นพรัตน์ เสนาฮาด[1] , ประจักร บัวผัน[2]

Nopparat Senahad[1] , Prachak Bouphan[2]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 250 คน โดยวิธีการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากประชากรทั้งหมด 810 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.96 ดำเนินการเก็บข้อมูลวันที่ 20 มีนาคม 2561 ถึง 20 เมษายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

จากการศึกษาพบว่า ภาพรวมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก 3.66 (S.D.=0.56) และพบว่า ภาพรวมแรงจูงใจ และภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.720$, p-value<0.001 และ $r=0.731$, p-value < 0.001 ตามลำดับ) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 61.3

คำสำคัญ : แรงจูงใจ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ABSTRACT

This Cross-Sectional Descriptive Research aimed to study motivation and Key success factors affecting the participation of health personnel in quality improvement at sub-district health promoting hospitals in Kalasin province. The sample were 250 personnel with randomly selected by stratified random sampling techniques from 810 population, Two research instruments used a self-administered questionnaire for the quality data and focus group guideline used to collect the quality data from 12 people's key informants for content validity item objective congruence (IOC) all item were than 0.50. Content validity was examined and verified by three experts and The Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.96. The data collection was carried out from 20th March to 20th April, 2018. Descriptive statistics and Inferential Statistic used to distribute data.

The results showed that the participation of health personnel in quality improvement at sub-district health promoting hospitals was at high level mean 3.66, (S.D.=0.56) . The motivation and key success factors climate was at high positive correlation with the participation

---

[1] นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุขฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

in quality improvement at sub-district health promoting hospitals at statistically significant level (r=0.720, p-value<0.001, r =0.731, p-value < 0.001),respectively. Two key success factors variables: Perception and urge to participation and the connection between sub-district health promoting hospitals team and host hospital. Two hygiene factors**:** Policy and administration and personal life could predict the participation in quality improvement at sub-district health promoting hospitals approximately 61.3 percent.

Keyword: Motivation, Keys success factors, Participation in quality improvement at sub-district health promoting hospitals

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติควบคู่กันมาในแต่ละช่วงปี แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564 โดยมีเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก (Health Promotion, Disease Prevention, Environmental Protection Excellence) 2) สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) 3) พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (People Excellence) และ 4) พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ (Governance Excellence)ซึ่งการพัฒนาระบบบริการทุกระดับให้ได้คุณภาพนั้น ยังได้มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวครบทุกแห่งภายในปี 2564 [1]

หัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้บรรลุความสำเร็จและเกิดความต่อเนื่อง คือ กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคน ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล [2] การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ [3] และ การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ [4] โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งใช้เกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ทั้ง 5 หมวด ประกอบด้วย การนำองค์กรและการจัดการดี การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย และผลลัพธ์ [5] ซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับการส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับมาก [6]

กุญแจสำคัญอันที่ช่วยกระตุ้นให้บุคลากรเกิดการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น คือ ปัจจัยทางด้านแรงจูงใจ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจ (Motivation Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดแรงจูงใจ และพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุน (Hygiene Factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยป้องกันไม่ให้บุคลากรในองค์กรเกิดความไม่พึงพอใจหรือไม่มีความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย เงินเดือนหรือค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหารงาน สภาพการปฏิบัติงาน สถานภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว [7] ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทำการศึกษาปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่สอดคล้องกับตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว

ไม่เพียงแต่ปัจจัยด้านแรงจูงใจเท่านั้นที่จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพปัจจัยแห่งความสำเร็จ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบรรลุเป้าหมาย อีกทั้งยังช่วยเกื้อหนุนให้บุคลากรเกิดสัมพันธภาพที่ดีในการดำเนินงาน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม หน่วยบริการสนับสนุนการ

จัดทำแผน การเริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อม การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีการพัฒนาคุณภาพบริการและภาพลักษณ์ ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย [8]

ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาฬสินธุ์ มีทั้งหมด156 แห่ง [9] จากรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินคำรับรองการปฏิบัติราชการ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 ในด้านการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการทุกระดับ ยังพบว่าบุคลากรบางส่วนขาดการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงในการนำมาพัฒนาและแก้ปัญหาที่ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ ในด้านการประเมินผล สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียน โดยส่วนใหญ่มีเพียงบุคลากรผู้รับผิดชอบเฉพาะงานเป็นผู้สรุป แต่ยังพบว่าบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังขาดการมีส่วนร่วมในด้านการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและประเมินผล เพื่อค้นหาจุดอ่อน จุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอนาคต [10] ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่เพียงแต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้นที่มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ผู้วิจัยสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านอื่นๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. แรงจูงใจ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งรี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross – sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 810 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 250 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen [11] ดังนี้

สูตร $$N = \frac{\lambda(1-R^2_{Y.A,B})}{R^2_{Y.A,B}-R^2_{Y.A}} + w$$ .....(1)

เมื่อ $$\lambda = \lambda_L - \frac{1/v_L - 1/v}{1/v_L - 1/v_U}(\lambda_L - \lambda_U)$$ .....(2)

เมื่อกำหนดให้

$R^2_{Y.A,B}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A,B}$ =0.840

$R^2_{Y.A.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A,B}$ -$R^2_{Y.B.}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A.}$ = 0.835

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการทดสอบ

$R^2_{Y.B.}$ = 0.005

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปรที่ต้องการทดสอบ (เซต A) = 0

u คือ จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการทดสอบ (เซต B) เท่ากับ 1 ตัว แปร

v คือ ค่าที่ได้จาก v= N – u – w - 1

แทนค่าในสูตร $N = \frac{7.80\ (1-0.840)}{(0.840-0.835)} + 0$

$N = 249.6$

ซึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 250 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่งประชากรกรออกเป็นกลุ่มตามตำแหน่ง หลังจากนั้นทำการเทียบสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มประชากรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละตำแหน่งจนกระทั่งได้ตัวอย่างครบตามจำนวน 250 คน ในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดีที่สุด ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงาน สาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องที่ใช้แบ่งเป็น 2ชุด ชุดที่1 แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 5ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 4 เป็นคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่วนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ชุดที่2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 3ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแรงจูงใจ ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ส่วนที่ 3 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยการนำแบบสอบถามและแนวทางในการสนทนากลุ่มที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) หลังจากนั้นผู้เชี่ยวชาญจะประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC)) ซึ่งพบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 รวมถึงการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไข โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2561และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2561 ถึง วันที่ 20 มีนาคม 2561 เลขที่ HE612024

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่(Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน(Median) ค่าสูงสุด(Maximum) และค่าต่ำสุด(Minimum)เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติอนุมานในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)ด้วยการกำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่0.05

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้วยการจัดลำดับ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 5 ลำดับ [12[ดังนี้ น้อยที่สุด(1.00-1.49) น้อย (1.50-2.49) ปานกลาง (2.50-3.49) มาก(3.50-4.49) และ มากที่สุด (4.50-5.00) ตามลำดับ สำหรับเกณฑ์การจำแนกระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์[13] มีดังนี้ ไม่มีความสัมพันธ์(r = 0) มีความสัมพันธ์ต่ำ (r = ±0.01 ถึง ± 0.30) มีความสัมพันธ์ปานกลาง (r = ±0.31 ถึง ± 0.70)มีความสัมพันธ์สูง (r= ±0.71 ถึง ± 0.99) และความสัมพันธ์อย่างสมบูรณ์(r= ±1)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 73.2 โดยช่วงอายุที่มีมากที่สุด คือช่วงระหว่าง 20- 30 ปี จำนวน 109 คน (ร้อยละ 43.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 36.36 ปี (S.D.= 10.90 ปี) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจำนวน 209 คน (ร้อยละ 83.6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 80 คน (ร้อยละ 32.0) โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 26,479.2 บาท (S.D.= 12,150.2 บาท) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 ปี จำนวน 154 คน (ร้อยละ 61.6) และการได้รับการการอบรมเกี่ยวกับการการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 126 คน (ร้อยละ 50.4)

2. ระดับแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.40) ภาพรวมปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D.=0.42) และภาพรวมปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D.=0.45) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.=0.60) รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.84 (S.D.=0.54) ส่วนแรงจูงใจที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.12 (S.D.=0.75) และด้านสภาพการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 3.46 (S.D.=0.59) ตามลำดับ

3. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับ**ปัจจัยแห่งความสำเร็จ**อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.46) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้าน**การ**พัฒนาคุณภาพบริการและภาพลักษณ์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.76 (S.D.=0.57)

รองลงมาคือ ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.74 (S.D.=0.54) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการเริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.57 (S.D.=0.63) และด้านหน่วยบริการสนับสนุนการจัดทำแผน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.68 (S.D.=0.60) ตามลำดับ

4. ระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตำบล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.56) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.62) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.69 (S.D.=0.54) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D.=0.65) และด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.63 (S.D.=0.63) ตามลำดับ

5. แรงจูงใจ และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

5.1 ภาพรวมของแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.720, p-value<0.001) เมื่อพิจาณาแยกปัจจัยพบว่า ภาพรวมปัจจัยจูงใจ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.620, p-value < 0.001) และภาพรวมปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.694, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

5.2 พบว่า ภาพรวมของปัจจัยแห่งความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.731, p-value < 0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง โดยด้านที่พบความสัมพันธ์สูงสุดคือ ด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.658, p-value < 0.001) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือ ด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (r=0.448, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 2

6. แรงจูงใจ และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (p-value = 0.002) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย (p-value <0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value <0.001) และปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (p-value <0.001) จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 61.3

จากผลการศึกษา สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ พบว่า Y = 0.204 + (0.191) (การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ) + (0.267) (ด้านความเชื่อมโยงระหว่าง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย) + (0.237) (ด้านนโยบายและการบริหาร) + (0.236) (ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว)

เมื่อ Y คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

7. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ จากแบบสอบถามทั้งหมด 250 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 76 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 30.4 โดย พบว่า ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะส่วนใหญ่คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาและสาเหตุของปัญหา คิดเป็นร้อยละ 34.2 จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรสาธารณสุขบางส่วนขาดการมีส่วนร่วมในการทำประชาคมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันภาระหน้าที่ที่ปฏิบัติมีมากทำให้ไม่สามารถออกประชาคมได้ทั่วทุกพื้นที่ หรือบางแห่งขาดการประชาคมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ได้มาซึ่งโครงการที่เป็นปัญหาในเชิงนโยบาย ไม่ใช่ปัญหาที่พบในพื้นที่จริง และปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน คิดเป็นร้อยละ 31.5 จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่จัดทำแผนโดยผู้รับผิดชอบหลัก ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนร่วมกัน ทั้งภายในองค์กร และระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้การมีส่วนร่วมดำเนินงานพัฒนาคุณภาพขาดความร่วมมือจากเครือข่ายต่างๆ

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ ขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร และปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ร้อยละ 61.3

จะเห็นได้ว่าตัวแปรทั้ง 4 ตัวมีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากนโยบายและการบริหาร เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องการบริหารของหน่วยงาน หากผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การเปิดโอกาสในการกำหนดนโยบายร่วมกัน มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ และการถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติเกิดความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ และในการดำเนินงานนั้นไม่มีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวของผู้ปฏิบัติ ไม่ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ทางครอบครัวอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน ย่อมส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหารมีผลต่อการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข [14-17] เช่นเดียวกับปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว มีผลต่อการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข [17-19] ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ เป็นกระบวนการถ่ายทอดนโยบายการพัฒนาคุณภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจ และทำให้ได้มาซึ่งความคิดเห็นที่หลากหลาย หรือข้อสรุปของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้ส่วนเสีย และเกิดแนวทางที่

จะแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [14,20-21] และผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่ายมีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[20-21] สามารถร่วมพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ โดยการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการร่วมรับฟังนโยบาย และร่วมเสนอแนะแนวทางการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ได้มาซึ่งความคิดที่หลากหลายและเพื่อให้บุคลากรมีความเข้าใจในทิศทางการพัฒนาไปในแนวทางเดียวกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด คือการพัฒนาอย่างยั่งยืน

2. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ควรส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยการสนับสนุนการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายบริการแบบเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อบนมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเชื่อมโยงสะท้อนกลับระบบข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพระดับตำบล ระดับอำเภอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่การพัฒนาคุณภาพ

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควร ส่งเสริมปัจจัยค้ำจุน ด้านนโยบายและการบริหาร โดยการมีกระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติงานในพื้นที่ ตลอดจนกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนาร่วมกัน เพื่อให้บุคลากรรับทราบนโยบายอย่างทั่วถึง และสามารถพัฒนาคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว จัดระบบการดำเนินงานไม่ให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแม่ข่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ประจักร บัวผัน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รวมถึง คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่าน และขอขอบพระคุณภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.Board of committee National Health Development Plan No.12 .National Health Development Plan No.12(2017-2021).Bangkok: Ministry of Public Health; 2016. Thai.

2.Akin R. People's Participation in development. Bangkok: Health Policy Education Center; 2004. Thai

3.Davis, K. & Newstrom, J.W. (1981). Human behavior at work: Organizational behavior. 7th ed. New York: McGraw–Hill.

4.Cohen, J.M. & Uphoff, N.T. (1986). World management. New York: McGraw- Hill.

5.Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. The Guidelines for development of district health promotion hospitals. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016. Thai.

6.Prachaporn. Factors affecting the participation of personnel in improving the quality of sub-district health promoting hospital, Nakhon Pathom province. Veridian E-Journal, 2014; 8(3), 297-313.

7.Herzberg, F., Mausner, B., &Snyderman, B.B. (2010). The motivation to work. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

8.Choochai S, Somsak C, Suphakit S, Ladda D, Supatra S, Kasem W. Service Manual of the District Health Promoting Hospital. 3rd ed. Bangkok: Organization Veterans; 2010. Thai.

9.Kalasin Provincial Health Office. Evaluation Framework for Certification Practice in Health Office's Kalasin Provincial; 2017. Thai

10.Kalasin Provincial Health Office. Reporting of integrated public health supervision No 1/2017 Kalasin Provincial Health Office; 2017. Thai.

11.Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

12.Chantrasuwan S, Buatuan S. Social science research methodology. Khon Kaen: Department of sociology and anthropology, Faculty of humanities and social science, Khon Kaen University; 2004. Thai.

13.Ellison, K.W. (1990). Fundamental of social statistics. New York: McGraw-Hill.

14.Phetsamorn P, Prachak B. Sub-District Health Service System Development Performance of the Directors at the Sub-District Health Promoting Hospitals, Nong Khai Province. KKU Journal for Public Health Research, 2017; 10(3), 11-22. Thai.

15.Phatcharin S, Chanaphon S. Motivation factors effecting the performance of the responsible officers in reproductive health program for adolescence and youth at Tambon health promoting hospital in Nong Khai Province. J Sakon Nakhon Hospital. 2016; 19(2), 99-109. Thai.

16.Karnwa K, Prachak B. Prevention and control performance of diabetes mellitus among health personnel at primary care units Khon Kaen province. Research and Development Health System Journal. 2015; 8(1), 83-93.Thai

17.Santi T, Prachak B. Surveillance and Rapid Response Performance of Health Personnel at Sub-district Health Promoting Hospitals in Roi Et Province. KKU Res J(GS). 2014; 14(1): 89-104. Thai.

18.Siranee S, Prachak B. The Motivation Factor Affecting Core Competency of Public Health Officer at Sub-District Health Promoting Hospital in Loei Province. Research and Development Health System Journal. 2017; 10(1), 63-73. Thai.

19.Thinnakorn T, Udompanich S. Motivation factors effecting the project implementation in project's goodness, health, and wealthy of Kalasin's people of public health technical officers in sub-district health promoting hospitals of Kalasin Province. (2016), 9(2). Thai

20.Suwichai T, Prachak B. Administrative factors and critical success factors affecting surveillance and rapid response performance of health personnel at sub-district health promoting hospitals, Khon Kaen Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen, 2018; 25(1): 23-34. Thai.

21.Kosol S, Prachak B. Factors affecting the Community Health Center Performance of Sub-District Health Promoting Hospitals, Khon Kaen Province. Research and Development Health System Journal, 2016; 9(2), 268-281. Thai.

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสันระหว่างแรงจูงใจกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

แรงจูงใจ	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
แรงจูงใจ	**0.720****	**< 0.001**	**สูง**
ปัจจัยจูงใจ	**0.620****	**< 0.001**	**ปานกลาง**
ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.446**	< 0.001	ปานกลาง
การได้รับการยอมรับนับถือ	0.556**	< 0.001	ปานกลาง

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.495**	< 0.001	ปานกลาง
โอกาสก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.444**	< 0.001	ปานกลาง
ปัจจัยค้ำจุน	**0.694****	**< 0.001**	**ปานกลาง**
เงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.369**	< 0.001	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.478**	< 0.001	ปานกลาง
การปกครองบังคับบัญชา	0.457**	< 0.001	ปานกลาง
นโยบายและการบริหารงาน	0.650**	< 0.001	ปานกลาง
สภาพการปฏิบัติงาน	0.526**	< 0.001	ปานกลาง
สถานภาพของวิชาชีพ	0.504**	< 0.001	ปานกลาง
ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.588**	< 0.001	ปานกลาง
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.632**	< 0.001	ปานกลาง

** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	**การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	**P - value**	**ระดับความสัมพันธ์**
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	**0.731****	**< 0.001**	**สูง**
ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.448**	< 0.001	ปานกลาง
หน่วยบริการสนับสนุนการจัดทำแผน	0.549**	< 0.001	ปานกลาง

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	**การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	**P - value**	**ระดับความสัมพันธ์**
การเริ่มต้นในพื้นที่ที่มีความพร้อม	0.594**	< 0.001	ปานกลาง
การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.658**	< 0.001	ปานกลาง
การพัฒนาคุณภาพบริการและภาพลักษณ์	0.625**	< 0.001	ปานกลาง
ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.646**	< 0.001	ปานกลาง

** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	B	Beta	T	P-value	R	R^2	R^2adj	R change
การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.191	0.188	3.141	0.002	0.658	0.433	0.430	-
ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยกันและโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.267	0.276	5.329	<0.001	0.734	0.539	0.536	0.107
นโยบายและการบริหาร	0.237	0.250	4.472	<0.001	0.763	0.582	0.577	0.043
ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.236	0.234	4.425	<0.001	0.783	0.613	0.607	0.031
ค่าคงที่ 0.204, F = 97.149, p – value < 0.001, R = 0.783, R^2 = 0.613, R^2adj = 0.607								

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเขตอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร

The Effect of Health Education Program to the Level of Blood Sugar Control with Noninsulin Dependent Diabetes Mellitus Patients at Mahachanachai District, Yasothon Province

สายชล ละครวงษ์[1], มณฑิชา รักศิลป์[2],ธีรวุฒิ เอกะกุล[3]

Saichol Lakhonwong [1], Monthicha Raksilp [2] ,Theerawut Akakul [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และ 4) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน โดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน ซึ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 โปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 แบบวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบอิสระและแบบไม่อิสระ

ผลการวิจัยพบว่า 1.) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2.) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3.) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4.) กลุ่มทดลองมีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : เบาหวาน, โปรแกรมสุขศึกษา

Abstract

The objectives of research were to study, 1) to compare the results of changes in health beliefs about diabetes before and after diabetes education. 2) To compare the results of knowledge change on pre-diabetes education after diabetes education. 3) to compare the effects of self-care change on the control of diabetes before and after diabetes education and 4) To compare the effects of changes in glycemic control prior to diabetes education. The sample consisted of 60 non-insulin dependent diabetes mellitus patients divided into 30 experimental groups and 30 control group by multi-stage random sampling. The program lasts for 12 weeks. The research instrument is divided into 2 sets. The first is a health education program to control the blood glucose level of non-diabetic patients. Insulin Set 2 was used for data collection, a questionnaire. The sentiment was .96. The reliability measure is .88 statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation. Hypothesis testing using Paired samples t-test and Independent t-test.

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[2] อาจารย์ ดร. ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[3] รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

The research findings were as follows. 1.) The experimental group had a statistically significant increase in mean score on health beliefs about diabetes at the .05 level and significantly higher than the control group at the .05 level. 2.) The experimental group had an average score on knowledge of diabetes more than before the experiment and was significantly higher than the control group at the .05 level. 3.) The experimental group had an average score of self-care to control diabetes more than before the experiment and was significantly higher than the control group at the .05 level. 4.) The subjects were able to control blood glucose levels more than before the experiment and significantly higher than the control group at the .05 level.

Keywords : diabetes, health education program

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด จากที่เคยมีการระบาดของโรคติดต่อจนทำให้อัตราป่วยและอัตราตายสูงและมีแนวโน้มจะลดลง แต่โรคที่เป็นปัญหากลายเป็นโรคไม่ติดต่อนับวันจะทวีความรุนแรง จากรายงานขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อร้อยละ 58.5 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกและพบผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อร้อยละ 45.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึงร้อยละ 73.0 และมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อร้อยละ 60.0 โรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะเป็นปัญหาในอนาคตได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บจากการจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน(กระทรวงสาธารณสุข,ออนไลน์. 2556[1])

จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ10.76-12.22 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.62-5.73 ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 3.6-14.4 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,ออนไลน์. 2556[2])

ซึ่งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ ทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยโดยตรง และปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อายุ เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วย ประโยชน์ของการปฏิบัติและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวข้องที่มาก่อน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์ ความรู้สึกสืบเนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเอง (วิทยา ศรีดามา, 2548[3])

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาโดยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเองร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยการประยุกต์แบบจำลองด้านสุขภาพของเพนเดอร์ แรงสนับสนุนทางครอบครัวได้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถปฏิบัติตัวให้มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือในระดับใกล้เคียงปกติมากที่สุดและสามารถรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ศรีได้โดยมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 4) เพื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกับหลังการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ความสำคัญของการวิจัย

1) สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษาไปใช้ไปเป็นแนวทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานอื่น 2) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น 3) เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุดโดยยึดจากลักษณะภูมิศาสตร์ ประชากร โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 141 – 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ศรี อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร 2) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย 3) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทานและไม่ได้รับการรักษาอย่างอื่น 4) มีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้บ้างและสามารถตอบคำถามได้โดยไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ 6) มีสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือ 7) ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือระยะให้นมบุตร 8) สมัครใจให้ไปเยี่ยมบ้าน

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quiasi – experimental research) ชนิดมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและมีการวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Non – equivalent pretest –posttest control groups design)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานการวิจัยครั้งนี้ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีอายุระหว่าง 30-70 ปี ไม่ได้ใช้ยาที่อาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถสื่อสารได้ปกติและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi – Stage Random Sampling) ในเขตอำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ระหว่างเดือน 1 มกราคม 2558 ถึง 31 มีนาคม 2558 จำนวน 1,881 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานการวิจัยครั้งนี้ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีอายุระหว่าง 30 - 70 ปี ไม่ได้ใช้ยาที่อาจมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถสื่อสารได้ปกติและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Multi–Stage Random Sampling) โดยเลือกอำเภอ กลุ่มดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตามเขตการนิเทศงานสาธารณสุข โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อหาอำเภอที่เป็นตัวแทนของจังหวัดยโสธร ด้วยการแบ่งกลุ่มอำเภอในจังหวัดยโสธร เป็น 3 เขต ตามลักษณะทางภูมิประเทศและเขตการนิเทศงานสาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสุ่มอำเภอ ในแต่ละเขตโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลาก ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตำบล โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากจากอำเภอที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 จำนวน 2 ตำบล

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาในด้านต่อไปนี้

2.1) ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน

2.2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

2.3) การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน

2.4) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1)เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองนี้ ได้แก่ โปรมแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับการแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีกิจกรรม 6 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นจำนวน 12 สัปดาห์และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อน – หลัง ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1) สถิติที่ใช้หาคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ วิธี คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richarson Formular 20 : KR-20) และ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2552[4])

2) วิเคราะห์การับรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) เปรียบเทียบการับรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยทดสอบด้วยสถิติที (t-test for independent samples)

4) เปรียบเทียบการับรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองกับหลังการทดลองโดยการทดสอบสถิติที (t-test for dependent samples)

สรุปและอภิปรายผล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คนในด้านเพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ฯลฯ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ				
1. ชาย	11	36.70	9	30.00
2. หญิง	19	63.30	21	70.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2.อายุ				
1. 41-50 ปี	7	23.30	8	26.70
2. 51-60 ปี	13	43.30	9	30.00
3. 61-70 ปี	10	33.30	13	43.30
3.น้ำหนัก				
1. 40-50 กิโลกรัม	6	20.00	4	13.30
2. 51-60 กิโลกรัม	9	30.00	10	33.30
2. 61-70 กิโลกรัม	12	40.00	13	43.30
2. 71-80 กิโลกรัม	3	10.00	2	6.70
2. 81 กิโลกรัมขึ้นไป	0	0.00	1	3.30
4.ส่วนสูง				
1. 140-150 เซนติเมตร	3	10.00	4	13.30
1. 151-160 เซนติเมตร	14	46.70	17	56.70
1. 161-170 เซนติเมตร	10	33.30	7	23.30
4. 171-180 เซนติเมตร	3	10.00	2	6.70
5. สถานภาพสมรส				
1. โสด	2	6.70	3	10.00
2. คู่	24	80.00	26	86.70
3. หม้าย	4	13.30	1	3.30
6. ระดับการศึกษา				
1. ประถมศึกษา	17	56.70	19	63.30
2. มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	8	26.70	5	16.70
3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	5	16.70	6	20.00
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(รวมทั้งคู่สมรถด้วย)				
1. ต่ำกว่า 5,000 บาท	15	50.00	16	53.30
2. 5,001 – 10,000 บาท	9	30.00	8	26.70
3. 10,001 – 15,000 บาท	5	16.70	5	16.70
4. 15,001 – 20,000 บาท	1	3.30	1	3.30
8. อาชีพ				
1. เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ ทำสวน)	17	56.70	21	70.00
2. รับจ้าง	10	33.30	7	23.30
3. ค้าขาย	2	6.70	1	3.30
4. รับราชการ	1	3.30	1	3.30

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่มทดลอง(n=30)		กลุ่มควบคุม(n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน				
1. 1 – 3 ปี	2	6.70	3	10.00
2. 4 – 6 ปี	8	26.70	8	26.70
3. 7 – 9 ปี	15	50.00	16	53.30
4. 10 ปีขึ้นไป	5	16.70	3	10.00
10. จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1. 1 – 2 คน	1	3.30	1	3.30
2. 3 – 4 ปี	12	40.00	10	33.30
3. 5 – 6 ปี	13	43.30	17	56.70
4. 7 คนขึ้นไป	4	13.30	2	6.70
11. ใครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน				
1. ลูกหรือหลาน	17	56.70	20	66.70
2. ลูกเขยหรือลูกสะใภ้	12	40.00	7	23.30
3. อื่น ๆ	1	3.30	3	10.00
12. ญาติสายตรงที่เป็นเบาหวาน (นับเฉพาะสืบสายหิตเท่านั้นไม่นับรวมลูกเขยหรือลูกสะใภ้)				
1. มี	17	56.70	21	70.00
2. ไม่มี	13	43.30	9	30.00
13. การพักผ่อนนอนหลับ				
1. 4-5 ชั่วโมง	0	0.00	2	6.70
2. 6-7 ชั่วโมง	14	46.70	10	33.30
3. 8-9 ชั่วโมง	16	53.30	17	56.70
4. 10 ชั่วโมงขึ้นไป	0	0.00	1	3.30

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่น คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีน้ำหนักตัว 61-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 46.70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 อาชีพหลักคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีระยะการเจ็บป่วยตั้งแต่ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-6 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกหรือหลานเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีเวลานอนหลับพักผ่อน 8-9 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 53.30

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่น คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีน้ำหนักตัว 61-70 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 43.30 มีส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 56.70

มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.30 อาชีพหลักคือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีระยะการเจ็บป่วยตั้งแต่ 7-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 5-6 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกหรือหลานเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีเวลานอนหลับพักผ่อน 8-9 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 56.70

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30)

ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน	3.10	0.27	4.73	0.15	-45.75*	0.01
2.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	27.67	2.02	34.87	1.50	-15.06*	0.01
3.การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน	1.88	0.14	3.91	0.10	-107.13*	0.01
4.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	144.90	7.28	116.11	9.11	18.45*	0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการควบคุมโรค มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน	3.23	0.31	3.26	0.23	-0.58	.57
2.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	26.93	1.86	27.30	1.91	-1.02	.32
3.การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน	1.83	0.15	1.89	0.11	-1.66	.11
4.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	114.52	6.32	145.63	7.27	-0.94	.35

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.3 พบว่า กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการควบคุมโรค ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน	3.10	0.27	3.23	0.31	-1.74	.09
2.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	27.67	2.02	26.93	1.86	1.46	.15
3.การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน	1.88	0.14	1.83	0.15	0.94	.25
4.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	144.90	7.28	144.53	6.32	0.45	.84

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการควบคุมโรค ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปรที่ใช้เปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน	4.73	0.15	3.26	0.04	28.90*	0.01
2.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	34.87	1.50	27.30	1.91	17.03*	0.01
3.การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน	3.91	0.10	1.89	0.11	73.66*	0.01
4.การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	116.20	9.11	145.63	7.28	-13.82*	0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4.5 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และการควบคุมโรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1) ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพโรจน์ ชมชู (2554 : 109-114) [6] ที่พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแรงสนับสนุนทางสังคมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังจากการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญเรือน ทิพย์พูล(2554 : 103-108)[7] ที่พบว่าภายหลังที่ได้รับการสอนโดยกระบวนการกลุ่ม แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน กลุ่มผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าก่อนได้รับความรู้ 3) การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานหลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของนุสรา บุญทศ(2556: 74-75)[8] ที่พบว่าภายหลังได้ทำโครงการสุขศึกษาและได้รับแรงสนับสนุนจากญาติ ผู้ป่วยมีทัศนคติและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเฉลี่ยดีขึ้น เช่นเดียวกับ Wang and Fenske ,1996[9] ที่พบว่าครอบครัวและเพื่อนมีผลกระทบต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน 4) การควบคุมโรคเบาหวาน หลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีจำนวนผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนา บังคะดารา (2554 : 77-81)[10] ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนด้านพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลเท้า ด้านการจัดการอารมณ์ความเครียด และด้านการรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด ดีกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 70 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในระดับดีและ ดีมากและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Maxwell, Hunt และ Bush, 1992[11] ที่พบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมการเรียนรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถควบคุมการเผาผลาญพลังงานได้ดีขึ้น มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานดีขึ้น พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1) จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยได้ทำขึ้นพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี เช่น การออกกำลังกายหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรดำเนินกิจกรรมกลุ่ม มีการส่งเสริมและติดตามอย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืน 2) การทำกิจกรรมหรือการแนะนำเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรคำนึงถึงความต้องการและสภาพร่างกายของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อสามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละคน และเกิดประโยชน์สูงสุด 3) ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการเป็นจำนวนมากนั้น อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบ้างเนื่องจากบุคลากรที่จะดำเนินกิจกรรมกลุ่มมีไม่เพียงพอ เช่น อาจจะใช้จำนวนกลุ่มที่

ใหญ่ขึ้นและเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมมากที่สุด หรืออาจมีการถ่ายทอดทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มให้แก่ผู้ป่วยหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถแล้วนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกติดตามการจัดกิจกรรมกลุ่มด้วยอย่างสม่ำเสมอ 4) การใช้กระบวนการกลุ่มในกิจกรรมสุขศึกษา ต้องมีการควบคุมกำกับความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะถ้าหากสมาชิกกลุ่มมีความคิดเห็นที่ไม่ถูกต้องกันหลาย ๆ คน จะทำให้กลุ่มสรุปแนวทางที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้จัดกิจกรรมจึงต้องเอาใจใส่หาแนวทางป้องกันและวิธีแก้ไขปัญหาไว้ เพื่อให้กิจกรรมกลุ่มดำเนินไปอย่างราบรื่นและไม่เกิดปัญหา ตลอดจนสามารถสรุปแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้เรียนรู้ 5) การจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควรสอดคล้องกับวิถีชีวิต และบริบทของผู้ป่วย เพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสิ่งนั้น ๆ และควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องสอดคล้องความต้องการของแต่ละบุคคลและครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาในรูปแบบเดียวกัน โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่มกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น 2) อาจนำโปรแกรมกระบวนการกลุ่มและคู่มือต่าง ๆ ไปใช้กับกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เช่น ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ หรือเครือญาติเป็นโรคเบาหวาน 3) ควรจะศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดจาก HbA1c เพราะเป็นการประเมินภาวะการควบคุมโรคเบาหวานที่น่าเชื่อถือกว่าผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร 4) การศึกษาที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีขีดจำกัด คือ เมื่อเวลาล่วงเลยไปสักระยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมือนเดิม จะต้องมีการกระตุ้นเป็นระยะเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงที่ จึงควรมีการศึกษารูปแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในระยะยาวเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ดี เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านโพธิ์ศรี อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธรสำเร็จไปได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก อ.ดร.มณฑิชา รักศิลป์และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีรวุฒิ เอกะกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะที่เหมาะสมแก่ผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตาและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจประเมินความสอดคล้องของแบบสอบถามและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ประจำหลักสูตรที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาของการศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งนี้ ขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตรทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในทางธุรการ ขอบคุณเพื่อนนักศึกษาที่ให้ความช่วยเหลือแบ่งปันสิ่งดีระหว่างการศึกษา. และการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์ในการแจกและเก็บแบบสอบถามรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณเพื่อน พี่ น้อง อาสาสมัครทุกท่านที่ใช้ความรู้ความสามารถ ศักยภาพ ให้ความอนุเคราะห์ ให้แรงผลักดัน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อสนับสนุนในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ท้ายสุดขอขอบคุณทุกสรรพสิ่ง ทุกความรัก ทุกกำลังใจที่ให้ความเกื้อกูล ความเมตตา กรุณาในทุกด้าน ทุกระยะของการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ที่มิได้กล่าวในที่นี้ ประโยชน์และคุณค่าที่พึงได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอน้อมบูชาแด่คุณพระรัตนตรัยคุณบิดา มารดา อาจารย์ นักวิชาการ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. **การทบทวนความรู้และเทคนิคการดูแลรักษาโรคเบาหวาน**. (ออนไลน์) 2556.อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก http://www.dms.moph.go.th/Section3/316.htm

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน.(ออนไลน์) 2558.อ้างเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/12

3. วิทยา ศรีดามา. **การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ยูนิตพั้บลิเคชั่น,2548.

4. ธีรวุฒิ เอกะกุล. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6.อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์, 2552.

5. ไพโรจน์ ชมชู.**โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในชุมชนเขต เมืองของสถานีอนามัยบางเขนหมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี**.วิทยานิพนธ์ สม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.

6.ขวัญเรือน ทิพย์กุล.ผลของโปรแกรมประยุกต์การจัดการและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระบบบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษา อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม.วิทยานิพนธ์ สม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554

7.นุสรา บุญทศ.**การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลกระจาย อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธรยโสธร**.วิทยานิพนธ์ สม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.

8.Wang, C.l. and M. M. Fenske. **"Self-Care of Adults with non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus : Influence of Family and Friend,"** Diabetes Educator. 1(22) : 65-70 ; September-October, 1996.

9.รัตนา บังคะดารา.**การมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์**.วิทยานิพนธ์ สม. มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.

10. Maxwell, A.E., I.F. Hunt and M.A. Bush,**"Effects of A Social Support Group, as an Adjunct to Diabetes Training, on Metabolic Control and Psychosocial Outcomes ,"** Diabetes Education. (18) : 303-309 ; June, 1992.

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors Affected Knowledge and Behavior in Household Environmental Management, to control and Prevent Dengue Hemorrhagic Fever of Peoples in Non Na Chan Sob-district, Na Khu District, Kalasin Province

กนกพรรณ ยี่วาศรี [1] ชัยธัช จันทร์สมุด [2] ลำพูน เสนาวัง [3]
Kanokpun Yeewasri [1] Chaitach Jansamood [2] Lumpoon Sanawang [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 296 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. ประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการระบาดและความรุนแรง อยู่ในระดับน้อย ส่วนด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน อยู่ในระดับปานกลาง 2. ประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครัวเรือน มีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ กับความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เมื่อนำเข้าสู่สมการพยากรณ์ สามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังนี้ $Y_1 = 62.122 - 3.497$ (เพศ) – 4.139 (อายุ) +2.097 (รายได้ครัวเรือน) – 2.107 (ระดับการศึกษา) 4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ กับพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก เมื่อนำเข้าสู่สมการพยากรณ์ สามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังนี้ $Y_2 = 1.923 - 0.050$(ระดับการศึกษา) – 0.061(อายุ)

คำสำคัญ: การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This research aimed to study factors affected knowledge and behavior in household environmental management to control and prevent dengue hemorrhagic fever of people in Non Na Chan sub district, Na khu district, Kalasin province. The samples consisted of 296 peoples selected by using the stratified sampling technique. The questionnaire form developed in this study was used to collect data. The data were analyzed with percentage, mean, and standard deviation, multiple regression analysis, by stepwise, was employed to test the hypotheses.

The research results revealed the following: 1. People in Non Na Chan sub district, Na khu district, Kalasin province, showed knowledge in household environmental management to control and prevent dengue hemorrhagic fever in overall and in each aspect, household environmental management were at the low level, but outbreak and violence were at the medium level. 2. People in Non Na Chan sub district, Na khu district, Kalasin province, showed behaivior in household environmental management to control and prevent dengue hemorrhagic fever in overall were at the low level. 3. Regarding relations among predictive variables, gender age education level and and household income, had positive and negative relations with knowledge in household environmental management to control and prevent dengue hemorrhagic fever. However, when put into the predictive equation, it can be written in the form of raw score as follow: $Y_1 = 62.122 - 3.497$

[1] วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน
[2] ผศ.ดร. หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
[3] อาจารย์ ดร. หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

(gender) – 4.139 (age) +2.097 (household income) – 2.107 (education level) 4. Regarding relations among predictive variables, age and education level, had positive and negative relations with knowledge in household environmental management to control and prevent dengue hemorrhagic fever. However, when put into the predictive equation, it can be written in the form of raw score as follow: Y2 = 1.923-0.050(education level) – 0.061(age)

Keywords: Household Environmental Management, Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นตัวนำสำคัญจัดอยู่ ในกลุ่ม Mosquito bonedisease เป็นเชื้อไวรัสเดงกี่ ที่ระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ ใน ปี พ.ศ. 2497 สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีรายงานการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ.2501 ที่กรุงเทพมหานคร มีรายงานผู้ป่วย 2,706 ราย เสียชีวิต 296 ราย คิดเป็นอัตราป่วยและอัตราตาย 2 เท่ากับ 10.6 และ 1.2 ต่อแสนประชากร ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้นมาก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปีและได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่น และการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในทุกจังหวัดของประเทศไทย รูปแบบการระบาดเป็นแบบ 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือ ลดต่ำลง 2 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น [2]

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2556 มีการระบาดต่อเนื่อง ต่างไปจากทฤษฎีเดิมที่เคยระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี ซึ่งเหตุอาจมาจากภาวะโลกร้อน ทำให้ไข้ยุงฟักเป็นตัวเร็วขึ้น นายแพทย์ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า จากการติดตามผู้ที่ป่วยด้วยไข้เลือดออกตั้งแต่ต้นปี 2556 จนถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2556 รวม 40 วัน ทั่วประเทศ มีรายงานผู้ป่วยสะสมแล้ว 2,824 ราย เสียชีวิต 4 รายผู้ป่วยร้อยละ 70 อยู่ในภาคกลาง มีทั้งเด็ก ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุเมื่อเทียบช่วงเดียวกัน ในปี 2555 ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 1,702 ราย ไม่มีรายงานเสียชีวิต พบว่า จำนวนผู้ป่วยปีนี้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 66 โดยตลอดปี 2555 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกประมาณ 60,000 ราย เสียชีวิต 29 ราย และมีสัญญาณว่าโรคน่าจะพบในเด็กโตมากขึ้น การพบผู้ป่วยเพียง 1 ราย เป็นสัญญาณบอกเหตุว่าในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้นๆ อาจมีคนติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการอีกนับ 100 คน แนวโน้มโรคนี้รุนแรงและจะมีการระบาดในวงกว้างเนื่องจากผลจากโลกร้อนสภาพอากาศเปลี่ยน ทำให้ยุงลายพัฒนาตัวเองไข่จะฟักเป็นตัวเร็วขึ้นและทนแล้งได้นานขึ้น จากปัญหาภาวะโลกร้อน ทำให้วงจรการเจริญเติบโตของยุงลายเร็วขึ้นเป็นเท่าตัว จากเดิมที่ใช้เวลา 10-14 วัน ในการพัฒนา จากไข่เป็นตัวแก่ แต่ปัจจุบันใช้เวลาแค่ 7 วัน ก็พร้อมแพร่พันธุ์ได้ทันที ปกติยุงลาย 1 ตัว สามารถออกไข่ได้อย่างน้อย 200 ฟอง แต่เมื่อระยะเวลาวงจรชีวิตลดน้อยลง ยุงลายสามารถฟักไข่ได้เพิ่มขึ้นเป็นล้านๆ ฟอง [1]

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการจัดการสภาพแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เช่น ปิดฝาโอ่งน้ำกินน้ำใช้ เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้าไปวางไข่ ส่วนในภาชนะเล็กๆ ในบ้านเรือน เช่น แจกันไม้ประดับต่างๆ น้ำหล่อขาตู้กับข้าว รวมทั้ง น้ำที่อยู่ในจานรองกระถางต้นไม้ น้ำกินในกรงนกสวยงาม น้ำในเล้าไก่เลี้ยงตามบ้าน ให้เปลี่ยนน้ำ โดยวิธีเททิ้ง ทุก 7 วัน โดยเฉพาะจุดเสี่ยงที่สุด คือในห้องน้ำซึ่งโดยทั่วไปจะมีสภาพชื้น เย็น และมีมุมอับมืดจะเป็นที่ซ่อนตัวของยุงลายได้ถ้าพบลูกน้ำยุงลายเพียงแค่ตัวเดียวก็ต้องตักทิ้งไปหรือถ่ายน้ำทิ้ง เป็นวิธีกำจัดยุงลายที่ดีที่สุด การพ้นหมอกควันไม่สามารถป้องกันในระยะยาวเป็นเพียงการควบคุมชั่วคราวเพื่อฆ่ายุงลายตัวแก่ในบริเวณที่มีการระบาดเพื่อไม่ให้ยุงที่มีเชื้อไปกัดหรือวางไข่ต่อที่อื่นๆ อีก ยุงตัวเมียมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 45 วัน หลังผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียว ยุงตัวเมีย สามารถวางไข่ตัวละ 3-4 ครั้ง [2]

สำหรับอำเภอนาคู ในปี พ.ศ.2558 พบว่า มีอัตราป่วยเกิน 50 ต่อแสนประชากร โดยในปี 2558 พบอัตราป่วยของไข้เลือดออกสูงถึง 475.86 ต่อแสนประชากร ตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือที่ตำบลโนนนาจานอัตราป่วยเท่ากับ 726.19 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือตำบลบ่อ

แก้ว ตำบลนาคู ตำบลภูแล่นช้าง ตำบลสายนาวัง อัตราป่วยเท่ากับ 675.9 , 438.77 , 149.51 , 39.59 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดในจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงเป็นจุดที่น่าสนใจว่าการระบาดของไข้เลือดออกในปีที่ผ่านมานั้น เกิดเนื่องจากสาเหตุใด ซึ่งจะช่วย ให้หลายๆ หน่วยงานสามารถวางแผนดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในปีต่อๆ ไป

จากข้อมูลที่กล่าวมานั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรม ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกของตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรม ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรม ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในลักษณะการศึกษา แบบตัดขวาง (Cross Sectional Studies) มุ่งศึกษาระดับความรู้และความถี่ของพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนโดยมีประชาชนที่อาศัยอยู่ที่ตำบลโนนนาจานทุกคนเป็นประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้เป็นเป้าหมายสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกในชุมชน โดยเลือก จากหัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทน ครัวเรือนละ 1 คน จากตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,129 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

1. ตัวแทนครัวเรือน การกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการศึกษาครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน่ [3] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 296 ครัวเรือน วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ คือ นำจำนวนครัวเรือนในตำบลโนนนาจาน ทั้งหมดมาจัดทำเบอร์ประจำบ้านจนครบจำนวนประชากร

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ประกอบด้วย ผู้นำชุมชนจำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 18 คน หัวหน้างานระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาคู จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาคู จำนวน 1 คน หัวหน้างานระบาดวิทยาโรงพยาบาลนาคู จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 31 คน เพื่อสอบถามข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยัง ประชาชน การตรวจสอบผลที่เกิดขึ้นในชุมชน การระบาดของโรค การเพิ่มขึ้นของยุงลายพาหะนำโรค และอื่นๆ

เครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การควบคุม การป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก พาหะยุงลาย การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อลดแหล่ง แพร่กระจายของพาหะยุงลาย เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช่	1 คะแนน	0 คะแนน
ไม่ใช่	0 คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ข้อที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมาก หมายถึง มีผู้ตอบถูก ร้อยละ 81-100

ข้อที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างตอบถูกปานกลาง หมายถึง มีผู้ตอบถูก ร้อยละ 61-80

ข้อที่ประชากรกลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อย หมายถึง มีผู้ตอบถูก $\leq$ ร้อยละ 60

1.2 แบบสอบถามความถี่ของพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วยข้อคำถาม ที่ต้องการทราบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังการ รับรู้ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายของโรคไข้เลือดออก การจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกแล้ว มีการปฏิบัติหรือแสดงออกในพฤติกรรมอย่างไรบ้าง ลักษณะของคำถามการประเมินความถี่ของพฤติกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) กำหนดค่า 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน

ทำเป็นประจำ (ทุกสัปดาห์)	ให้ 3 คะแนน
ทำบ่อย (ทุกเดือน)	ให้ 2 คะแนน
ทำนานๆ ครั้ง (หลาย ๆ เดือน)	ให้ 1 คะแนน
ไม่ได้ทำเลย	ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

ค่าเฉลี่ย 2.26-3.00	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.25	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 0.76-1.50	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 0.00-0.075	หมายถึง	ไม่เคย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ไปทำการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถาม โดยได้นำไปทดลองใช้ (TRY OUT) กับประชากรตำบลนาคู จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ให้เป็นผู้ทดลองตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้เพื่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และหาข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อจะได้นำข้อบกพร่องที่ค้นพบมาปรับปรุง แบบสอบถามเพื่อใช้ใน กลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป นำแบบสอบถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอนบาค์ (Cronbachs, s Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 และนำแบบทดสอบ (ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้ง ความรู้ต่อการระบาดและความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก) ไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 21 (Kuder–Richardson Formula 21) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ เท่ากับ 0.52

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ แบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ประชาชนผู้ตอบแบบสอบถามตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.1) อายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 49.0) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 40.9) และมีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 3,001-5,000 บาท (ร้อยละ 34.5)

2. ประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$ =1.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\overline{X}$ =1.45) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์ ($\overline{X}$ =1.25)

3. ประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 60.92) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.17) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ ถ้าไม่มีทรายกำจัดลูกน้ำ สามารถใช้ปลากินลูกน้ำใส่ในภาชนะขังน้ำ เช่น อ่างซีเมนต์ แทนได้ (ร้อยละ 100) และข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ โอ่งน้ำที่มีการใช้น้ำบ่อย ๆ ไม่ต้องมีฝาปิด และ ไม่ต้องใช้วิธีกำจัดลูกน้ำวิธีอื่น เพราะ ลูกน้ำยุงลายจะถูกตักออกเองในขณะที่มีการใช้น้ำ (ร้อยละ 9.5)

ด้านการระบาดและความรุนแรง โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 55.67) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การถูกยุงกัดเพียงครั้งเดียวก็อาจทำให้ป่วยเป็นไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 100) และข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ โรคไข้เลือดออกจะไม่เป็นในผู้ใหญ่ (ร้อยละ 3.4)

4. ประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =1.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ มีการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดแมลงในบ้านเรือน (เช่น ไบกอน อาทิ คินโช ฯลฯ) ($\overline{X}$ =2.67) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ให้เด็กนอนในมุ้งในเวลากลางวัน (กรณีบ้านไม่มีมุ้งลวด) ($\overline{X}$ =1.10)

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรม ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

5.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาวิจัยได้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เป็นแบบขั้นตอน (Stepwise) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ (X1) อายุ (X2) ระดับการศึกษา (X3) ระดับการศึกษา (X4) รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และ(X5) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม (ความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก; B) รวมถึงวิเคราะห์ว่าตัวแปรอิสระ จะอธิบายค่าของตัวแปรตามได้ในสัดส่วนเท่าใด โดยเริ่มจากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correletions) ภายในระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 4 ตัว มีผลต่อความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกและเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$Y1 = a - b1(X1) – b2(X2) – b4(X4) – b3(X3)$$

ตาราง 1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (ความรู้)

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	p	VIF
ค่าคงที่ (Y1)	62.122	4.734		13.121	0.000*	
เพศ	-3.497	1.291	-0.155	-2.708	0.007*	1.127
อายุ	-4.139	0.825	-0.323	-5.016	0.000*	1.418
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน	2.097	0.434	0.296	4.837	0.000*	1.286
การศึกษา	-2.107	0.515	-0.292	-4.090	0.000*	1.748

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 4 ตัว เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่ามีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการทุกตัว เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบทุกตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y1 = 62.122 - 3.497 (X1) – 4.139 (X2) +2.097 (X4) – 2.107 (X3)$$

5.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาวิจัยได้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เป็นแบบขั้นตอน (Stepwise) เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ (X1) อายุ (X2) ระดับการศึกษา (X3) ระดับการศึกษา (X4) รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และ(X5) การได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม (ความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก; B) รวมถึงวิเคราะห์ว่าตัวแปรอิสระ จะอธิบายค่าของตัวแปรตามได้ในสัดส่วนเท่าใด โดยเริ่มจากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correletions) ภายในระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยแสดงผลการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 2 ตัว มีผลต่อความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกและเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ ตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$Y2 = a + b3(X3) + b2(X2)$$

ตาราง 2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (พฤติกรรม)

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	p	VIF
ค่าคงที่ (Y2)	1.923	0.115		16.767	0.000*	
การศึกษา	-0.050	0.012	-0.267	-4.114	0.000*	1.305
อายุ	-0.061	0.022	-0.182	-2.804	0.005*	1.305

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 2 ตัว เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่ามีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการทุกตัว เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบทุกตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 13 ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y2 = 1.923- 0.050(X3) – 0.061(X2)$$

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน เพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยได้แบ่งเนื้อหาการอภิปรายผลไว้ดังนี้

1. ความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน โดยรวมพบว่า โอ่งน้ำที่มีการใช้น้ำบ่อย ๆ ไม่ต้องมีฝาปิด และไม่ต้องใช้วิธีกำจัดลูกน้ำวิธีอื่น อาจเป็นเพราะประชาชนเข้าใจว่า ลูกน้ำยุงลายจะถูกตักออกเองในขณะที่มีการใช้น้ำ ซึ่งหลักความเป็นจริงแล้วสำหรับโอ่งน้ำใช้ที่ต้องใช้น้ำอยู่เป็นประจำ ให้หุ้มฝาอะลูมิเนียมด้วยผ้ามุ้งอย่างหลวมๆ เวลาปิดฝา ชายผ้าจะกรอมลงไปกับตัวโอ่ง ช่วยป้องกันไม่ให้ยุงลายเล็ดลอดเข้าไปวางไข่ในโอ่งได้ ด้านการระบาดและความรุนแรง

โดยรวมพบว่า โรคไข้เลือดออกจะไม่เป็นในผู้ใหญ่ อาจเป็นเพราะ ประชาชนเข้าใจว่าแต่ก่อนโรคไข้เลือดออกพบได้ในเด็กเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี แต่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของ โรคไข้เลือดออก ทำให้ไข้เลือดออกเป็นกันมากขึ้นในผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สีลม แจ่มอุลิตรตัน และคณะ (2556) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงในหมู่บ้านชนบท ในจังหวัดสงขลา พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ ไม่ทราบอาการของโรคไข้เลือดออกเลย ร้อยละ 40.7 ไม่ทราบการติดต่อของโรค ร้อยละ 25 ไม่สามารถบอกแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ถูกต้องแม้แต่แหล่งเดียว ร้อยละ 72.5 ไม่เคยทราบเกี่ยวกับทรายอะเบท (ทรายทีมีฟอส) ที่ใช้สำหรับฆ่าลูกน้ำ และมีผู้ที่เคยใช้ ทรายนี้เพียงร้อยละ 17.7 เท่านั้น นอกจากนี้แล้วยังพบว่าการปฏิบัติเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่ำด้วย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัว และจากการสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านพบค่า CI และHI (ดัชนีลูกน้ำยุงลาย) สูงเกินมาตรฐาน

2. พฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดแมลงในบ้านเรือน (เช่น ไบกอน อาทิ คินโช ฯลฯ) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า ประชาชนรู้จักวิธีการกำจัดยุงลายในบ้านเรือน โดยการใช้สเปรย์กระป๋องฉีดพ่นเพราะได้ผลดีกว่าการใช้เครื่องพ่นสารเคมีชนิดหมอกควัน แนะนำให้ปิดประตูหน้าต่างให้มิดชิดสัก 10-15 นาทีหลังจากฉีดพ่นจะให้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมภพ แพทย์รักษ์ (2555)[4] ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของแม่บ้านใน ตำบลท่าตูม อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า แม่บ้านที่มีระดับ ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม่บ้านเคยได้รับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่เห็นความสำคัญ ในการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้เลือดออก อีกทั้งยังไม่มี ประสบการณ์ที่รุนแรง ทำให้คิดว่าเมื่อเจ็บป่วยก็มีเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขดูแลรักษาพยาบาลให้อยู่แล้ว จึงไม่ค่อยให้ความสำคัญ ในการป้องกันโรคเท่าที่ควร

3. ประชาชนในตำบลตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับความรู้ของประชาชนทั้งเพศชาย หรือหญิงนั้น ไม่มีข้อจำกัดสามารถรับความรู้ได้เท่าเทียมกัน รวมถึงสามารถปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนารถลดา ขันธิกุล และคณะ (2558)[5] ศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของ ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 71.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่างกัน ก็จะมีความรู้เรื่องการควบคุม และป้องกันโรคต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ประชาชนในตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีการศึกษา และอายุต่างกัน ส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะประชาชนตำบลโนนนาจาน อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีการศึกษา และอายุต่างกัน ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่างๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว และมาจากโทรทัศน์/เคเบิลทีวี เท่าๆกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปทุม คำวิเศษณ์ (2553)[6] ศึกษาเรื่องความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกเป็นสิ่งที่น่าสนใจ พบว่าความรู้เรื่องไข้เลือดออก ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากถึงแม้ประชาชนจะมีความรู้ในเรื่องของไข้เลือดออกดี แต่ก็ยัง

ขาด ความตระหนักในเรื่องของการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำให้ไม่สนใจในการจัดการสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนให้ปลอดภัยจากการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ซึ่งสามารถที่จะทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้งบประมาณมาก เพียงแต่ต้องอาศัยความยั่งยืนและสม่ำเสมอในการปฏิบัติ การศึกษาครั้งนี้จะได้มีการศึกษาถึง พฤติกรรมภายหลังจากเกิดการรับรู้และเข้าใจอันตรายที่เกิดจากไข้เลือดออก ตลอดจนศึกษาเกี่ยวกับการจัดการสภาพแวดล้อมภายในครัวเรือน ทั้งภายในบ้าน และบริเวณรอบๆ เพื่อมิให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย รวมทั้งจะได้มีการศึกษาถึงสภาพของปัญหา และอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนหรือหมู่บ้านที่ส่งผลต่อการจัดการสภาพแวดล้อมภายในครัวเรือนเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และจะได้นำเสนอผลการศึกษาแก่องค์กรท้องถิ่น เพื่อนำไปจัดทำแผนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกนอกจากจะเน้นเรื่องการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายแล้วควรเสริมเรื่องการระบาดและความรุนแรงของโรคลงไปด้วย

2. ควรมีการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ทุกสื่อทั้งรายการวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน โปสเตอร์ แผ่นพับ ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในชุมชนแออัด พื้นที่เสี่ยงสูง วัด โรงเรียน

3. ควรมีการบูรณาการกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เข้ากับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดและทำลายขยะในชุมชน เพื่อช่วยเพิ่มความครอบคลุมครบถ้วนของกิจกรรม

4. การประชาสัมพันธ์ข่าวสารเรื่องไข้เลือดออกกับชาวบ้านโดยอาจจะเป็นรูปแบบใหม่ที่ไม่ซ้ำแบบเดิม ซึ่งจะทำให้ได้รับความสนใจจากประชาชนมากขึ้น ในส่วนของสื่อบุคคล ต้องพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คอยสอดส่องและให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องไข้เลือดออกกับชาวบ้านให้มากขึ้น ทั้งนี้อาจจะเป็นแบบพูดคุยกันธรรมดา แต่เสริมความรู้เรื่องไข้เลือดออกลงไปโดยเฉพาะช่วงที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก

5. ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

6. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบและนโยบายของการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

7. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้สภาพปัญหาและการควบคุม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน

8. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการหรือวิธีการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี่**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556.

2.กองสนับสนุนภาคประชาชน. พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้านในตำบลท่ามะตูม. **วารสารสุขภาพภาคประชาชน**, ฉบับที่ 4: 2: 9-19, 2557.

3.พวงรัตน์ ทวีรัตน์. **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543.

4.นารถลดา ขันธิกุล และคณะ. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในเขตภาคเหนือตอนบน. **วารสารสาธารณสุขล้านนา.** ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2548) : 63-74, 2557.

5.ปทุม คำวิเศษณ์. "**ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชาวบ้านหมู่บ้าน อรุโณทัย ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่**". วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.

6.สมภพ แพทย์รักษ์, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแม่บ้านในตำบลท่าตูม อำเภอศรี มหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี. **วารสารสุขภาพภาคประชาชน.** ฉบับที่ 4 (เมษายนพฤษภาคม 2550) : 9-19, 2555.

ความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์

Satisfaction of the Officers Toward the Environment Influences the Motivation in the Work, Under Kalasin Provincial Office of the Non-Formal and Informal Education

ชลลดา พูลแก้ว[1] ชัยธัช จันทร์สมุด[2] ธีรพัฒน์ สุทธิประภา[3]

Chollada Phoolkaew [1] Chaitach Jansamood[2] Teerapat Suttiprapa [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ แบบ Enter

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1. บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล ด้านเพื่อนร่วมงาน และด้านผู้บังคับบัญชา อยู่ในระดับมาก 2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล ด้านเพื่อนร่วมงาน และด้านผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ทางบวกและทางลบ กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เมื่อนำเข้าสู่สมการพยากรณ์ สามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบ ได้ดังนี้ Y = 4.483-0.147(ด้านกายภาพ) + 0.077(ด้านการเรียนการสอน) - 0.168(ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล)- 0.008(ด้านเพื่อนร่วมงาน) + 0.082(ด้านผู้บังคับบัญชา)

คำสำคัญ: สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน, สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย

Abstract

This research aimed to study satisfaction of the officers toward the environment influences the motivation in the work, under Kalasin provincial office of the non-formal and informal education. The sample consisted of 235 officers selected by using the stratified sampling technique. The questionnaire form developed in this study was used to collect data. The data were analyzed with percentage, mean, and standard deviation, multiple regression analysis, by enter, was employed to test the hypotheses.

The research results revealed the following: 1. Officers under Kalasin provincial office of the non-formal and informal education, showed satisfaction toward on the environment influences the motivation in the work in overall and in each aspect physical, teaching, welfare and benefits, colleagues and supervisor were at the high level. 2. Regarding relations among predictive variables, physical, teaching, welfare and benefits, colleagues and supervisor, had positive and negative relations with motivation in the work. However, when put into the predictive equation, it can be written in the form of raw score as follow: Y = 4.483-0.147(physical) + 0.077(teaching) - 0.168(welfare and benefits)- 0.008(colleagues) + 0.082(supervisor)

Keywords: Environment Influences the Motivation in the Work, Non-Formal and Informal Education

[1] วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

[2] ผศ.ดร. หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

[3] อาจารย์ ดร. หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

การที่องค์กรจะผลักดันและกระตุ้นให้พนักงานในองค์กรทำงานกันอย่างขยันขันแข็งรวมถึงทุ่มเทแรงกายแรงใจให้กับองค์กรอย่างเต็มที่เพื่อจะมีส่วนผลักดันให้องค์กรเจริญก้าวหน้าจะต้องทำให้พนักงานรู้สึกว่าเขาเป็นผู้มีคุณค่าและองค์กรจะต้องอาศัยการสร้างแรงจูงใจ [2] ได้กล่าวว่า “ถ้ายิ่งมีแรงจูงใจมากเพียงใดคนก็ยิ่งจะมีผลงานที่เกิดจากการกระทำที่มีแต่การสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดขึ้นต่อตนเองและสังคม” ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการสร้างแรงจูงใจในการทำงานเป็นสิ่งที่ควรทำให้เกิดขึ้นองค์กรและจากการดำเนินธุรกิจที่มีการแข่งขันกันมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาด้านมนุษยธรรมเช่นผลผลิตและคุณภาพของงานลดลงโดยไม่คำนึงถึงความรู้สึกทางด้านจิตใจตลอดจนการคิดหาวิธีการในการสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับพนักงานเสถียรภาพหรือความเป็นปึกแผ่นของหน่วยงานจะเกิดขึ้นไม่ได้ฉะนั้นองค์กรจึงต้องสร้างแรงจูงใจเพื่อทำให้พนักงานมีความตั้งใจในการปฏิบัติงานทำงานให้สำเร็จลุล่วงโดยไม่รู้สึกว่าตนเองถูกบีบบังคับให้ทำงานและพร้อมที่จะทำงานด้วยความเต็มใจจึงทำให้งานที่ออกมามีคุณภาพและสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและรวดเร็ว

แรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญมากอย่างหนึ่งต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร ถ้าองค์กรใดบุคลากรมีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงเสมอก็จะมีความเต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างจริงจังมีความอดทนมีปัญหาขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงานน้อยมากและไม่คิดหนีงาน ดังนั้นการบริหารบุคลากรจะต้องพิจารณาและคำนึงถึงความบริสุทธิ์ยุติธรรมความเสมอภาคเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่ดีในการปฏิบัติงานจะทำให้บุคลากรในองค์กรตั้งใจ

ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอกมลาไสยเป็นหน่วยงานหนึ่งของรัฐที่มีหน้าที่ต่อสังคมในการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการศึกษาในชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ สำหรับประชาชนเพื่อประชาชนได้ใช้ในการแสวงหาความรู้เพื่อให้เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยมุ่งหวังให้ กศน.ตำบลเป็นกลไกในการสร้างโอกาสทางการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยในปีพ.ศ. 2552 สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานสนองนโยบายกระทรวงศึกษาธิการ โดยการจัดตั้ง กศน.ตำบลทุกตำบลทั่วประเทศ และให้ความสำคัญกับการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย เท่าเทียมกับการศึกษาในระบบเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตและสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ การศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชน เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ในศูนย์การเรียนชุมชน โดยมุ่งหวังให้ กศน.ตำบล เป็นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและเพื่อให้การดำเนินการพัฒนา กศน.ตำบล เป็นแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิตของชุมชนได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ สำนักงาน กศน.จึงกำหนดให้การพัฒนา กศน.ตำบลเป็นนโยบายด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของชุมชนต่อเนื่องที่จะต้องพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางการสร้างโอกาสและกระจายโอกาสทางการศึกษาให้กับประชาชนในชุมชน และกำหนดหลักการการดำเนินงาน กศน.ตำบล บทบาทหน้าที่ของ กศน. ตำบลให้มีบทบาทสำคัญในการจัดและส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตของประชาชนเพื่อสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ในชุมชนโดยมีหัวหน้ากศน.ตำบลเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานกศน.ตำบลโดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน กศน.ตำบล ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ 2) กิจกรรมหลักของ กศน.ตำบล 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน 4) การนิเทศติดตามและการรายงาน [5] ซึ่งสอดรับกับมาตรฐาน กศน.ตำบลที่สำนักงาน กศน.ได้จัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานและตัวบ่งชี้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านการติดตามประเมินผลและรายงาน เพื่อให้คณะกรรมการ กศน.ตำบล หัวหน้า กศน.ตำบล และผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา กศน.ตำบลให้ไปสู่มาตรฐาน กศน.ตำบลส่งเสริมให้ กศน.ตำบลเป็นกลไกในการสร้างโอกาสทางการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ [4]

ดังนั้น ผู้ศึกษาในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตาม

อัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาเกี่ยวกับ “สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ของ ครู กศน.ตำบล และเจ้าหน้าที่ทางการศึกษา สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์” เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปหาเทคนิคการจูงใจที่จะช่วยตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของ ครู กศน.ตำบล และเจ้าหน้าที่ทางการศึกษา และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานของครู กศน.ตำบล และเจ้าหน้าที่ทางการศึกษาให้มีคุณภาพมากขึ้น มีกำลังใจในการปฏิบัติงาน เกิดความพึงพอใจในงาน มีความรักในองค์กร ทำงานด้วยความเต็มใจ และลดการกระทำผิดวินัย อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของครู กศน.ตำบล และเจ้าหน้าที่ทางการศึกษาและเกิดกลไกในการสร้างโอกาสทางการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร สังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจในลักษณะการศึกษา แบบตัดขวาง (Cross Sectional Studies)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 567 คน

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้ง ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 235 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ Taro Yamane ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของการทำการวิจัยครั้งใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ตอนโดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจของบุคลากรถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็น จำนวน 5 ด้าน 33 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ [1] เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยแบ่งเป็นจำนวน 10 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้ [1] เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีแรงจูงใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีแรงจูงใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีแรงจูงใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีแรงจูงใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีแรงจูงใจน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำสร้างแบบสอบถามตามกรอบเนื้อหา เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ภาษา และความถูกต้อง (IOC) จำนวน 3 ท่าน เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้หลักเกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งพบว่า ข้อคำถามทุกข้อในทุกตอนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้เชี่ยวชาญมีรายชื่อดังต่อไปนี้ นำนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Item-total Correlation) และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ แบบ Enter

ผลการวิจัย

1. บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.9) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 35.3) มีระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 61.3) และตำแหน่งครู กศน. ตำบล (ร้อยละ 36.6)

2. บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.13) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านกายภาพ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ แสงสว่างภายในห้องเรียนเพียงพอกับการใช้สายตา ($\overline{X}$=4.45) และข้อที่มีข้อเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการจราจร เช่น ทางเท้า ถนนสำหรับรถยนต์ รถจักรยาน และที่จอดรถเป็นสัดส่วน ($\overline{X}$=3.99)

ด้านการเรียนการสอน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.24) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สถานศึกษาจัดเตรียมอุปกรณ์การสอนแต่ละวิชาได้ครบถ้วน ($\overline{X}$=4.40) และข้อที่มีข้อเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สถานศึกษาจัดวัสดุฝึกเพียงพอ ($\overline{X}$=3.85)

ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.11) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ สถานศึกษามีการจัดบริการเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสาร ($\overline{X}$=4.37) และข้อที่มีข้อเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สถานศึกษาให้การสนับสนุนในการอบรมเพื่อพัฒนาการสอนของครูอย่างสม่ำเสมอ ($\overline{X}$=3.90)

ด้านเพื่อนร่วมงาน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.04) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ เพื่อนร่วมงานพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน ($\overline{X}$=4.41) และข้อที่มีข้อ

เฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เพื่อนร่วมงานยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ($\overline{X}$ =3.71)

ด้านผู้บังคับบัญชา มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ =4.15) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาให้ครูมีส่วนร่วมในการจัดแผนการเรียนการสอน ($\overline{X}$ =4.36) และข้อที่มีข้อเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้รักงานและอุทิศเวลาให้กับงาน ($\overline{X}$ =3.98)

3. บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ปฏิบัติงานได้สำเร็จด้วยความรู้ความสามรถของตนเอง ($\overline{X}$ =4.27) และข้อที่มีข้อเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ประสบความสำเร็จในชีวิตทั้งด้านการงานและส่วนตัว ($\overline{X}$ =3.33)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานผู้ศึกษาวิจัยได้วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) เป็นแบบ Enter เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระได้แก่ ด้านกายภาพ (X1) ด้านการเรียนการสอน (X2) ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล (X3) ด้านเพื่อนร่วมงาน (X4) และด้านผู้บังคับบัญชา (X5) ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม(แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน; B)รวมถึงวิเคราะห์ว่าตัวแปรอิสระ จะอธิบายค่าของตัวแปรตามได้ในสัดส่วนเท่าใด โดยเริ่มจากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ภายในระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยแสดงผลการวิเคราะห์ในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
Y	1.00					
X1	0.001*	1.00				
X2	0.038*	0.000*	1.00			
X3	0.000*	0.000*	0.000*	1.00		
X4	0.148	0.000*	0.000*	0.000*	1.00	
X5	0.002*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	1.00

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ 4 ตัว ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล และด้านผู้บังคับบัญชา มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ ตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$Y = a + b1(X1) + b2(X2) + b3(X3) + b5(X5)$$

เมื่อนำตัวแปรทั้ง เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Enter พบว่ามีตัวแปรอิสระที่เข้าสู่สมการเมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกและลบ ดังรายละเอียดในตารางที่ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = 4.483 - 0.147(X1) + 0.077(X2) - 0.168(X3) - 0.008(X4) + 0.082(X5)$$

ตาราง 2 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ตัวแปร	B	Std.Error	Beta	t	p	VIF
ค่าคงที่ (Y)	4.483	0.312		14.380		
ด้านกายภาพ (X1)	-0.147	0.191	-0.154	-0.767	0.103	9.689
ด้านการเรียนการสอน (X2)	0.077	0.109	0.082	0.708	0.312	3.201
ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล (X3)	-0.168	0.120	-0.215	-1.398	0.175	5.719
ด้านเพื่อนร่วมงาน (X4)	-0.008	0.094	-0.007	-0.083	0.545	1.834
ด้านผู้บังคับบัญชา (X5)	0.082	0.173	0.093	0.472	0.106	9.394

*มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจถึงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ด้านกายภาพ บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยบุคลากรมีความพึงพอใจแสงสว่างภายในห้องเรียนที่เพียงพอกับการใช้สายตามากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีมูลเหตุจูงใจ ที่ว่า การทำงานของแต่ละคนย่อมขึ้นอยู่กับมูลเหตุจูงใจที่เป็นแรงกระตุ้นให้คนแต่ละคนทำงานผลงานจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น สิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น สถานที่ แสงสว่าง กฎระเบียบกฎเกณฑ์ของสถานที่ทำงาน บรรยากาศในการทำงาน เป็นต้น

ด้านการเรียนการสอน บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจในสถานศึกษาที่จัดเตรียมอุปกรณ์การสอนแต่ละวิชาได้ครบถ้วนมากที่สุด แต่มีบางส่วนที่เป็นว่าสถานศึกษาจัดวัสดุฝึกเพียงพอ

ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจที่สถานศึกษามีการจัดบริการเครื่องอำนวยความสะดวกในการทำงาน เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องถ่ายเอกสารมากที่สุด และมีบางส่วนอยากให้สถานศึกษาให้การสนับสนุนในการอบรมเพื่อพัฒนาการสอนของครูอย่างสม่ำเสมอเพิ่มมากขึ้น

ด้านเพื่อนร่วมงาน บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากเพื่อนร่วมงานพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน แต่เพื่อนร่วมงานยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันน้อย

ด้านผู้บังคับบัญชา บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องผู้บังคับบัญชาให้ครู
มีส่วนร่วมในการจัดแผนการเรียนการสอน แต่บุคลากรยังคิดว่าผู้บังคับบัญชาเป็นผู้รักงานและอุทิศเวลาให้กับงานน้อย

2. บุคลากรสังกัดสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ มี

แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ได้ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานธนาคารออมสินในสังกัดธนาคารออมสินเขตบางแค ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พนักงานมีแรงจูงใจในการทำงานโดยรวมในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติวัฒน์ ถมยา (2553)[3] ได้ทำการวิจัยเรื่องแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลการฝ่ายกลยุทธ์และวางแผนสายออกบัตรธนาคารแห่งประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า มีแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ในสังกัดธนาคารออมสินภาค 14

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านการเรียนการสอน ด้านสวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูล ด้านเพื่อนร่วมงาน และด้านผู้บังคับบัญชา มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวกและลบ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1.ด้านความสำเร็จในการทำงาน สถานศึกษาต้องเน้นการส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ตลอดจนการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

2. สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดกาฬสินธุ์ ควรให้การส่งเสริมสนับสนุน ให้บุคลากรได้มีโอกาสเลื่อนตำแหน่ง และขั้นเงินเดือนที่สูงขึ้น ตลอดจนการเข้ารับการฝึกอบรม และศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถเพิ่มเติม ในการปฏิบัติงานใหม่ๆ ที่ต้องใช้ทักษะความรู้ความสามารถเพิ่มขึ้น

3. ควรศึกษาระดับผู้บริหารถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่จะช่วยสร้างความพึงพอใจในการ
ปฏิบัติงานของบุคลากรภายในองค์กร เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในปีต่อไป

4. ควรศึกษากับบุคลากร ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบแรงจูงใจ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1.บุญชม ศรีสะอาด. **วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย.** เล่ม 2. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์, 2532.

2.พวงเพชร วัชรอยู่. **แรงจูงใจกับการทางาน**. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮ้าส์. 2537

3.กิตติวัฒน์ ถมยา. แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรฝ่ายกลยุทธ์และวางแผน สายออกบัตรธนาคารแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร .2553

4.สำนักงาน กศน. กระทรวงศึกษาธิการ. **มาตรฐาน กศน.ตำบล ปี 2554**. กรุงเทพฯ : 2559

5.สำนักงาน กศน. กระทรวงศึกษาธิการ. **ยุทธศาสตร์และจุดเน้นฯ กศน. ประจำปี 2559**.
กรุงเทพฯ : 2559

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ผลของการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hand ต่อการส่งแสริมความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Effect of Protect You with Your Hand Application to Promoting Knowledge about Breast Self-Exam (BSE)

ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ[1], ปริทัศน์ ทองทั่ว[2], ปวีณา ทาทอง[2], ปาริชาติ ผาดี[2], ปิยะวัลย์ อ่วมพิน[2], เปรมปรีดิ์ กลางประพันธ์[2], พรทิพย์ เซ็นตะคุ[2], เปรมปรีดิ์ กลางประพันธ์[2], พรนิภา พรมเกษ[2], พัชรินทร์ นาคทอง[2]

Natthaya chabuakam[1], Paritat thongtua[2], Paweena thathong[2], Parichat phadee[2], Piyawan oumpin[2], Prempree klangprapun[2], Pornthip sentakhu[2], Pornnipa promket[2], Patcharin nakthong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ต่อการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความพึงพอใจหลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากโดยไม่ใส่คืนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งสัดส่วนจากจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 4 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 11 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 10 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 9 คน รวม 34 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และแบบสอบถามความรู้ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 2) แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ผู้วิจัยพัฒนาแอพพลิเคชั่นตามรูปแบบ ADDIE MODEL ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 3) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 63.9 เคยตรวจมะเร็งด้วยตนเอง ร้อยละ 30.6 หลังกลุ่มตัวอย่างใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = -12.39$) ด้านความพึงพอใจต่อการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands พบว่าอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 คะแนน (SD=0.65)

คำสำคัญ: การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, นักศึกษาพยาบาล, แอพพลิเคชั่น

ABSTRACT

This quasi experimental research aims to compare knowledge on pre and post use of the Protect you with your hands application in promotion of knowledge on the breast self-exam (BSE) as well as nursing students' satisfaction after

[1] อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

[2]นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Corresponding Author, Sappasithiprasong Nursing College, E-mail. uangtit@hotmail.com Tel: 080-7302779.

the use. The samples include female students aged over 20 years old of Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong. This research used simple random sampling by drawing lots and selected participants from dividing students by the year of study. Of all the total of 34 student participants, 4 are studying in the first year; 11 in the second year; 10 in the third year and 9 in the fourth year. The data were collected during November-December 2018. Research tools include 1) a questionnaire on general information, on BSE done by each of the participants, and on knowledge about breast cancer and BSE. All passed quality assurance by three specialists and presented confidence value of 0.81; 2) the Protect you with your hands application developed under the Addie Model with confidence value of 0.94; 3) an evaluation form on satisfaction with using the application with confidence value of 0.70. All data was analyzed by statistical description, a paired t-test and an independent t-test.

The research's results implied that 63.9% of the participants had never before done the BSE while 30.6% of them had already done it. After using the said application, the participants had more knowledge on breast cancer and the BSE than before as it was indicated by statistical significance of $p < .05$, $t = -12.39$. Concerning satisfaction with the application, the participants were highly satisfied since the average scores are equal to 4.49 (SD=0.65).

Keywords: Breast self-examination, Student nurse, Application

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในสตรีทั่วโลก พบว่าในทุกปีมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของสตรี สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมตั้งแต่ ปี ค.ศ.2015 เป็นต้นมา พบอัตราการตายถึงร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง[1] สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558-2560 พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 11.3, 12.4 และ 12.6 ตามลำดับ[2] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งโรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากตรวจพบในระยะเริ่มแรกและทำให้มีอัตราการรอดชีวิตในระยะเวลา 5 ปีได้ถึงร้อยละ 99 ดังนั้นการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรกจึงเป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั้งด้านการตอบสนองต่อการรักษา ลดค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตที่ดี การตรวจหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่นิยมในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast self-examination) การตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Clinical breast examination) และการตรวจเต้านมด้วยรังสี (Mammography) การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการที่ง่าย และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย สมาคมโรคมะเร็งแห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนะ ให้สตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทุกคน ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้ง[3] เวลาที่เหมาะสมที่สุดในการตรวจ คือ หลังหมดประจำเดือน 4-10 วัน อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอในสตรีไทยยังค่อนข้างต่ำ สาเหตุที่สตรีไม่ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ กลัวและวิตกกังวลว่าจะเป็นโรคมะเร็งเต้านม และขาดความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง[4]

แม้ปัจจุบันจะมีการรณรงค์ให้ประชาชนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่พบว่าการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ถ้ามีการส่งเสริมสุขภาพ การค้นหา การป้องกัน และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ตั้งแต่ระยะแรกจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพราะสตรีสามารถกระทำได้เองเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก หากมีการตรวจอย่างถูกต้อง และถ้าพบความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรกจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้า

นมมีอายุที่ยืนยาวมากขึ้น แม้จะมีการรณรงค์ และส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าสตรีส่วนใหญ่ยังคงตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อย หรือไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย[5] โดยเฉพาะในช่วงอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เริ่มให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากช่วงอายุนี้เป็นวัยที่กำลังศึกษาในระดับอุดมศึกษา จึงสนใจในการเรียนและกิจกรรมอย่างอื่น ทำให้การใส่ใจ เรื่องสุขภาพ รวมทั้งการตรวจเต้านมด้วยตนเองลดน้อยลง และสตรีระดับอุดมศึกษาคิดว่าตนเองอายุยังน้อย ยังไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเต้านม จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สาเหตุของการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีหลายสาเหตุ เช่น ไม่มีความรู้ ไม่ทราบวิธีการตรวจ ไม่รับรู้ความรุนแรง ไม่รับรู้ประโยชน์ และการไม่รับรู้ความสามารถของตนเอง[6,7,8] จึงทำให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองต่ำในสตรีระดับอุดมศึกษา จากการศึกษาในประเทศไนจีเรีย พบว่า สตรีระดับอุดมศึกษาตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 10.1[9] ในประเทศมาเลเซียตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 55.4[10] และในประเทศไทยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 17.3 -26.6 เท่านั้น[11] จากผลวิจัยดังกล่าว ได้มีการศึกษาวิจัย เพื่อจัดกิจกรรมให้ความรู้ สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการสาธิตกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีระดับอุดมศึกษา พบว่า หลังได้รับการจัดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้น และตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง และสม่ำเสมอมากขึ้น จะเห็นได้ว่าหากมีการกระตุ้นหรือให้ความรู้จะทำให้สตรีระดับอุดมศึกษาหันมาสนใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น[12,13]

ปัจจุบันการสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศพัฒนาอย่างรวดเร็ว ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะมือถือแบบสมาร์ทโฟน (Smartphone) สามารถติดตัวไปได้ทุกที่ ใช้อำนวยความสะดวกต่างๆในชีวิตประจำวันของคนยุคปัจจุบัน ทำให้ง่ายและสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพในการถ่ายทอดความรู้ซึ่งมีในหลายรูปแบบ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้เหมาะกับช่วงวัย โดยเฉพาะระดับอุดมศึกษาที่ใช้สื่อทางโซเชียล (Social) ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งการศึกษาหาความรู้ หากมีการสร้างหรือพัฒนาแอปพลิเคชั่นสำหรับส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นช่องทางหนึ่งให้บุคคลทุกเพศทุกวัย สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา โดยไม่มีข้อจำกัด ผ่านการนำเสนอที่น่าสนใจ ได้แก่ ภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียง และวิดีทัศน์ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคคลอยากเรียนรู้ ส่งเสริมความเข้าใจได้ดีขึ้น มีการออกแบบให้ใช้งานได้ง่าย ผู้เรียนสามารถโต้ตอบสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อในระหว่างการเรียนรู้ มีอิสระในการเลือกเรียน รวมทั้งสามารถประเมินข้อมูลย้อนกลับได้ทันที น่าจะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ช่วยในการรณรงค์ให้สตรีในระดับอุดมศึกษาหันมาสนใจตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้แอปพลิเคชั่นในการเข้ามามีบทบาทด้านการดูแลสุขภาพทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น[14,15] ดังนั้นหากมีการพัฒนาแอพพลิเคชั่น เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยผ่านการใช้งานทางโทรศัพท์มือถือ สามารถเชื่อมต่ออินเตอร์เน็ต เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบทเรียนได้สะดวก และลดอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา โดยไม่จำเป็นต้องเรียนในห้องเรียนหรือโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถใช้ทบทวนเนื้อหาผ่านทางระบบมือถือได้ทุกเวลา ซึ่งการให้ความรู้ผ่านแอพพลิเคชั่นนี้น่าจะเป็นช่องทางหนึ่งในการรณรงค์ให้สตรีระดับอุดมศึกษาซึ่งอยู่ในวัยที่มีสนใจสื่อทางโซเชียล เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร รวมทั้งมีความจำเป็นในการใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชั่น น่าจะทำให้ดึงดูดความสนใจสตรีในระดับอุดมศึกษาให้มีความสนใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญ และส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกวิธี และสม่ำเสมอ อันจะเป็นผลดีต่อการคัดกรอง ค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะแรกเริ่มได้ โดยนำเอาเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง และเชื่อมต่อกับข้อมูลทางสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ต่อการส่งเสริมความรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ต่อการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม จี พาวเวอร์ (G* Power 3.0.10) ขนาดอิทธิพล (Effect side) = 0.5 ใช้สถิติแบบ T-test โดยให้ค่านัยสำคัญความคลาดเคลื่อนเป็น .05[18] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากโดยไม่ใส่คืน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งสัดส่วนจากจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปี ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 4 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 11 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 10 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 9 คน ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยการลงนาม เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็ง อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด ประวัติการมีบุตร การเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมตนเอง ให้เลือกตอบว่า ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะสาเหตุใด และถ้าเลือกตอบเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนหรือไม่ พร้อมระบุเหตุผลที่ตรวจ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สร้างโดย ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ (2561)[4] เกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษา และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบจำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบว่าใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ถ้าคะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน (>ร้อยละ 80) แปลว่า มีความรู้ในระดับดี คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน (ร้อยละ 60-79) แปลว่า มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน (<ร้อยละ 60) แปลว่า มีความรู้ระดับต่ำ นำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ในกลุ่มสตรีซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา จำนวน 20 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2. แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ผู้วิจัยได้พัฒนาแอพพลิเคชั่นตามรูปแบบ ADDIE MODEL[19] โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์ (Analysis) ศึกษาเอกสารงานวิจัย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษา วิธีการตรวจคัดกรองโรคการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กำหนดองค์ประกอบในการสร้างแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้ เพื่อให้ได้เครื่องมือในการสร้างและพัฒนาที่เหมาะสม

ขั้นที่ 2 ขั้นการออกแบบ (Design) ออกแบบและจัดทำโครงสร้างเนื้อหาของแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้เรื่ององค์ประกอบของระบบสารสนเทศ รวมถึงเขียนบทดำเนินเรื่องสตอรี่บอร์ด นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง ให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นปรับปรุงแก้ไข

ขั้นที่ 3 ขั้นการพัฒนา (Development) ดำเนินการสร้างแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้บนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ตามขั้นตอนที่ได้วางแผนออกแบบไว้ข้างต้นพร้อมนาแอพพลิเคชั่นที่พัฒนาขึ้น นำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและประเมินคุณภาพของแอพพลิเคชั่นและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 4 ขั้นทดลองใช้ (Implementation) ผู้ศึกษานำแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลาก

ขั้นที่ 5 ขั้นประเมินผล (Evaluation) เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และความพึงพอใจของผู้เรียนมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ผ่านการทดสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74

3. แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความพึงพอใจด้านเนื้อหา มีจำนวน 5 ข้อ และความพึงพอใจด้านการนำเสนอ มีจำนวน 5 ข้อ แบบประเมินมี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผ่านการทดสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 25/2561 ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโดยสมัครใจด้วยวิธีการลงนาม พร้อมอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าจะรักษาข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน สามารถถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ทุกเมื่อ หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ทีมผู้วิจัยยินดีให้ข้อมูลหรือรายละเอียดตามที่ต้องการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่องานวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ 2. หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ และวิธีการที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2561

3. ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทำแบบสอบถามผ่านทางโปรแกรมแอปพลิเคชั่น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมตนเอง และแบบสอบถามความรู้ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามก่อนการใช้โปรแกรมแอปพลิเคชั่น Protect you with your hands ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 10-20 นาที หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะทราบผลคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองทันที หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาความรู้จาก แอปพลิเคชั่น Protect you with your hands ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งอาจศึกษาในทันที หรือในเวลาที่สะดวกได้ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

4. หลังจากศึกษาความรู้จาก แอปพลิเคชั่น Protect you with your hands ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วย

ตนเอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชั่น Protect you with your hands กลุ่มตัวอย่างจะทราบผลคะแนนความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองทันที พร้อมกับให้ทำแบบประเมินความพึงพอใจการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ใช้เวลาประเมิน 5 -10 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทำการประมวลข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการตรวจมะเร็งเต้านมตนเอง และความพึงพอใจต่อการใช้แอพพลิเคชั่นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands โดยใช้สถิติ Dependent T-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 21.38 ปี (SD = 1.5) มีช่วงอายุ 21 ปีมากที่สุด (27.8%) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 93.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 88.9 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 5.6 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 33.3 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 27.8 ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 27.8 ส่วนใหญ่มีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี ร้อยละ 33.3 มีบุตร ร้อยละ 5.6 เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง ร้อยละ 2.8 ใช้ยาคุมกำเนิดร้อยละ 5.6 ประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 13.9 การได้รับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมตนเองจาก อินเตอร์เน็ต เพื่อน/ญาติ/สามี/คนใกล้ชิด และโทรทัศน์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0, 17.1 และ 11.4 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 สาเหตุที่ไม่ตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจาก ตรวจไม่เป็น/ไม่ทราบวิธีการตรวจ ร้อยละ 38.9 ไม่มีเวลาตรวจ คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านม และไม่สะดวกที่จะตรวจ ร้อยละ 16.7 เท่ากัน ญาติหรือคนใกล้ชิดไม่ให้ทำ และกลัวเป็นการกระตุ้นให้เกิดโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจมะเร็งด้วยตนเองจำนวน 11 คน ร้อยละ 30.6 เมื่อศึกษาสาเหตุการตรวจเต้านม พบว่าเหตุผลในการตรวจ เนื่องจาก ช่วยป้องกันมะเร็งเต้านม ร้อยละ 33.3 รองลงมา คือ ต้องการค้นหาความผิดปกติของเต้านม ร้อยละ 27.8 และ กลัวเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 22.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสม่ำเสมอในการตรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ตรวจไม่สม่ำเสมอทุกเดือน ร้อยละ 19.4 และตรวจสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 11.1

3. ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ในเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การได้รับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมตนเองจาก อินเตอร์เน็ต เพื่อน/ญาติ/สามี/คนใกล้ชิด และโทรทัศน์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.0, 17.1 และ 11.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองจากแหล่งใดเลย คิดเป็นร้อยละ 11.4 เมื่อวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 12.44 (SD=1.9) หลังการใช้มีความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 17.68 (SD=1.2) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ก่อน และหลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands โดยใช้สถิติ Paired t- test กำหนดค่า α เท่ากับ .05 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้แอฟพลิเคชั่น Protect you with your hands แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = -12.39$)

4. ความพึงพอใจต่อการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 คะแนน (SD=0.65) มีความพึงพอใจด้านเนื้อหา คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 คะแนน (SD=0.64) พิจารณาความพึงพอใจรายข้อด้านเนื้อหา พบว่า ความชัดเจนในการอธิบายเนื้อหามีความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมา คือ ความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของเนื้อหา และเนื้อหามีสาระและประโยชน์

สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานได้ในชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59, 4.53 และ 4.50 ตามลำดับ ส่วนความพึงพอในด้านการนำเสนอ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 (SD=.66) พิจารณาความพึงพอใจด้านการนำเสนอรายข้อพบว่า การใช้ภาษาถูกต้องเหมาะสมมีความพึงพอใจมากที่สุด รองลงมา คือ ความชัดเจนของภาพ เสียง หรือตัวอักษร และการดำเนินเรื่องอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับเวลา และการจัดวางองค์ประกอบเหมาะสม มีคะแนนเท่ากับ 4.53, 4.50 และ 4.47 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ต่อการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ก่อนและหลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพบว่าหลังใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 12.44 และ หลังการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 17.68 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ เรื่อง โรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น มีความตระหนัก และเล็งเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ และตัดสินใจที่จะเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองมากขึ้น[20] จากผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่เคยตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 23 คน ร้อยละ 63.9 อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการใฝ่หาความรู้ ตื่นตัวในการหาความรู้ในสิ่งที่ตนเองพร่องความรู้จากแอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ซึ่งเป็นสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีในระดับอุดมศึกษาที่สะดวก และง่ายจากการหาความรู้จากสื่อทางอินเตอร์เน็ต หากไม่เข้าใจยังสามารถทบทวนได้ นอกจากนี้ แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมแล้ว ยังมีภาพสอนวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ภาพเคลื่อนไหว เกิดการปฏิสัมพันธ์กับสื่อ ทำให้จดจำได้ง่าย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปวณา ยนพันธ์, จุฬาลักษณ์ กวีวิวิธ และนรีมาลย์ นีระไพจิตร (2559)[21] ศึกษาเรื่อง บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาสายอาชีพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนหลังทดลองมากกว่าก่อนการทดลองในเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา จันทร์เต็ม, สรัญญา เชื้อทอง และ ปกรณ์ สุปินานนท์ (2561)[14] ศึกษา เรื่อง การพัฒนาแอพพลิเคชั่นโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกันเรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์หลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ Athilingam และคณะ[15] พบว่าการให้ความรู้และข้อความผ่านทางแอพพลิเคชั่น ที่ประกอบด้วยข้อมูลสุขภาพและการติด ตามอาการภาวะหัวใจวาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และมีทักษะในการจัดการภาวะโรคของตนเองเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน มีผลทำให้ความรู้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของพิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์[22] ที่พบว่า การใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบสะท้อนคิดเรื่องการพยาบาลเด็กป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจต่อความรู้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ทำให้คะแนนความรู้และคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากกว่าก่อนเรียน ซึ่งบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้จดจำ เข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น จากหลายการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การบูรณาการหลากหลายวิธีเพื่อถ่ายทอดความรู้โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ส่ง

ข้อมูลย้อนกลับได้ทันที เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ มีอิสระในการเลือกเรียน สามารถประเมินผลการเรียนได้ทันที ส่งเสริมให้มีความเข้าใจได้ดีขึ้น ในปัจจุบันจึงมีการพัฒนาสื่อการเรียนรู้โดยการพัฒนาแอพพลิเคชั่น จากเดิมที่เป็นเพียงสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งอาจทำให้ไม่สะดวกในการเข้าถึงสตรีกลุ่มที่เป็นเป้าหมาย เนื่องจากมีหลากหลายช่วงอายุ โดยเริ่มให้สตรีเริ่มตรวจเต้านมด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป เพื่อช่วยค้นหาการเกิดมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก ซึ่งสตรีในวัย 20 ปี อยู่ในระดับอุดมศึกษา อาจยังอยู่ในช่วงที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพ จึงเป็นสาเหตุให้ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง [12,13] สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจาก ตรวจไม่เป็น/ไม่ทราบจะตรวจอย่างไร ถึงร้อยละ 38.9 และไม่มีเวลาตรวจ คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งเต้านม และไม่สะดวกที่จะตรวจ ร้อยละ 16.7 เท่ากัน ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนาแอพพลิเคชั่นเพื่อให้สตรีเข้าถึงง่าย สะดวก เหมาะกับทุกช่วงวัย จึงเป็นช่องทางให้สตรีระได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ตลอดเวลา เพื่อช่วยค้นหาความผิดปกติของเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้

ด้านความพึงพอใจต่อการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ซึ่งออกแบบและพัฒนาตามแนวคิดของ ADDIE Model 5 ขั้นตอนได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 คะแนน (SD=0.65) ซึ่ง เมื่อพิจารณาด้านความพึงพอใจด้านเนื้อหา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 คะแนน (SD=0.64) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีระดับอุดมศึกษา มีความสนใจด้านเทคโนโลยี โดยผ่านการใช้แอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ผู้วิจัยสร้างจากกรอบแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนให้ความรู้ของโอเร็ม[16] นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ได้มีการออกแบบแอปพลิเคชั่นตามทฤษฎีการเรียนรู้โดยมัลติมีเดียของเมเยอร์[17] ที่ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากประสาทรับความรู้สึก (Sensory memory) ผ่านภาพเคลื่อนไหว และเสียงจากแอปพลิเคชั่นจะถูกเก็บเป็นความจำในช่วงที่ทำงานหรือความจำระยะสั้น (Working memory or short term memory) ทำให้เกิดความรู้ใหม่ในรูปแบบของภาพและเสียง โดยข้อมูลเหล่านี้จะเชื่อมโยงกับความรู้เดิมเกิดเป็นระบบความจำระยะยาว (long- term memory) ทำให้การนำเสนอสาระเนื้อหาของบทเรียนทั้งรูปแบบ ลำดับขั้นการนำเสนอ มีความน่าสนใจชวนให้ติดตาม เป็นการดึงดูดความสนใจ ทำให้มีความตั้งใจในการเรียนรู้เพื่อตรวจเต้านมด้วยตนเอง การทราบผลการเรียนรู้ของตนเองโดยทันที ยังเป็นการจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดาราวรรณ นนทวาสีและคณะ[23] ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้บนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็นของผู้ใช้ที่มีต่อแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้บนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์อยู่ในระดับที่มากที่สุดเช่นกัน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวณา ยนพันธ์ และคณะ (2559) [21] ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน พบว่า การนำทฤษฎีการเรียนรู้โดยมัลติมีเดียมาใช้สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนรับรู้ความสำคัญของโรคมะเร็งเต้านมผ่านประสาทสัมผัสหลายด้านประกอบด้วยภาพการ์ตูน ภาพเคลื่อนไหว และวิดีทัศน์ เกิดการปฏิสัมพันธ์กับสื่อ ทำให้จดจำได้ง่าย แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยควรเพิ่มการสอนที่เป็นคลิปวิดิโอสั้นๆ ให้มีเสียงและภาพเคลื่อนไหว เพื่อเพิ่มการรับรู้ และความน่าสนใจในการใช้งานมากขึ้น ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าแอพพลิเคชั่น Protect you with your hands ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง รับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยสอดคล้องกับความต้องการและความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลเพื่อพัฒนาความรู้และศักยภาพในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสามารถพิจารณา

ตัดสินใจ และกระทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. แอพพลิเคชั่นแม้ว่าระดับความพึงพอใจจะอยู่ในระดับมาก แต่ควรพัฒนาด้านเนื้อหา ภาพ และมีวิดิโอประกอบการสาธิตตรวจเต้านมเต้านมด้วยตนเองที่มีคุณภาพ ประกอบเนื้อหาร่วมด้วย เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการดำเนินการวิจัย และงบประมาณ นอกจากนี้ควรออกแบบให้แอปพลิเคชั่น Protect you with your hands สามารถดาวน์โหลดได้ใน App Store และสามารถให้ผู้ใช้โทรศัพท์ระบบ IOS สามารถดาวน์โหลดโปรแกรมแอปพลิเคชั่น protect you with your hands มาใช้ได้ด้วย

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังใช้แอปพลิเคชั่น Protect you with your hands เป็นระยะๆ เช่น 1-6 เดือน หรือติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบพฤติกรรมก่อน และหลังการใช้แอปพลิเคชั่น Pprotect you with your hands เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการศึกษาวิจัย และควรมีการติดตามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3. ควรนำ แอปพลิเคชั่น protect you with your hands ขยายผลในกลุ่มตัวอย่างระดับอุดมศึกษาของสถานบันการศึกษาอื่นๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวโรคมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อเป็นการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ที่สนับสนุนทุนการวิจัยประจำปีงบประมาณ 2560 ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามวิจัย และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้เสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณประโยชน์จากงานวิจัยในครั้งนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ เพื่อนร่วมวิชาชีพ และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Breast cancer. URL http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis screening/breast-cancer/en/. Retrieved July 22, 2018.
2. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. สถิติสาธารณ พ.ศ. 2560. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน จังหวัดนนทบุรี, 2560.
3. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society; 2013.
4. ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยผู้ใหญ่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 36(3): 166-176, 2561.
5. Akhtari-Zavare M, Latiff LA, Juni MH, Said SM, et al. Knowledge of female undergraduate students on breast cancer and breast self-examination inklang valley, Malaysia. **Asian Pac J Cancer Prev**; 16(15): 6231-5. 2015.
6. Birhane K, Alemayehu M, Anawte B, et al. Practices of breast self-examination and associated factors among female debre berhan university students. Int J Breast Cancer. 2017 May 17;2017:Article
7. Didarloo A, Nabilou B, Khalkhali HR. Psychosocial predictors of breast self-examination behavior among female students: an application of the health belief model using logistic regression.**BMC Public Health**, 17(1), 861-8, 2017.
8. นวรัตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, เปรียบเทียบ ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาหญิงระหว่างกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 38(4), 68-78, 2561.

9. Ahmed, A. B., Awareness and practice of breast cancer and breast-self-examination among University students in Yemeni. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,** 11(1): 101-105, 2010.

10. Al-Naggar, R. A., Al-Naggar, D. H., Bobrysher,Y. V., Chen, R., & Assabri, A., Practice and barriers toward breast self-examination among young Malaysian Women. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, 12(5):1173-1178, 2011.

11. เอมอร ชินพัฒนะวงศา, และ กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถกับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษา พยาบาล. **วารสารสาธารณสุข,** 28(3): 14-26, 2557.

12. กันยา นันต๊ะแก้ว และคณะ, ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา. **วารสารสภาการพยาบาล**, 31(2): 69-80, 2559.

13. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ,นวรัตน์ โกมลวิภาต, ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, **สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี**, 7(1): 57-60, 2561.

14. อนุชา จันทร์เต็ม, สรัญญา เชื้อทอง และปกรณ์ สุปินานนท์, การพัฒนาแอปพลิเคชันโดยใช้การเรียนรู้ร่วมกันเรื่อง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. **วารสารฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ**, 11(1): 1371-1385, 2561

15. Athilingam P, Labrador MA, Remo EF,Mack L, San Juan AB, Elliott AF, Features and usability assessment of apatient-centered mobile application (Heart Mapp) for self-management of heart failure. **Appl Nurse Res**, 32: 156-63, 2016.

16. Orem DE. Nursing Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001.

17. Mayer RE. Multimedia Learning. 2nd ed. New York: Cambridge Univ, 2009.

18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 2003.

19. มนต์ชัย เทียนทอง, การออกแบบและพัฒนาคอร์สแวร์ สำหรับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน. กรุงเทพฯ :ภาควิชาคอมพิวเตอร์ศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2548.

20. Hanucharurnkul S. Nursing: Science of practice. 2nd ed. Bangkok: V. J. Printing: 115-36, 2001.

21. ปวณา ยนพันธ์,จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย และนรีมาลย์ นีละไพจิตร, บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาสายอาชีพ, **วารสารสภาการพยาบาล**, 31(4), 91-103, 2559.

22. พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. ผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนร่วมกับการสอนแบบสะท้อนคิดเรื่องการพยาบาลเด็กป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจต่อความรู้ และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. **วารสารโรคหัวใจและทรวงอก**, 24(2): 17-28, 2556.

23. ดาราวรรณ นนทวาสี, วิวัฒน์ มีสุวรรณ์, เอกสิทธิ์ เทียมแก้ว. การพัฒนาแอพพลิเคชั่นเพื่อการเรียนรู้บนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ : กรณีศึกษาสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 4 โรงเรียนทาขุมเงินวิทยาคาร, **การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15**: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2562

ความรู้และพฤติกรรมในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Knowledge and Behavior for Acne Treatment of Undergraduate Students in Khon Kaen University

วาสิฏฐี ตั้งสัตยาธิษฐาน[1], สุธาสินี ทัพพสารพงศ์[2]

Vasitthee Tangsattayathisathan[1] , Suthasinee Thapphasaraphong[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมในการรักษาสิวกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 421 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีแหล่งรับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิวจากอินเตอร์เน็ตมากที่สุดกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนความรู้ระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ คือ 9.06 ± 2.70 คะแนน พฤติกรรมในการรักษาสิวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วิธีการรักษาสิวที่พบมากที่สุด คือ การพักผ่อนให้เพียงพอและการรักษาความสะอาด ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเอง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเองของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญเรื่องการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่กลุ่มนักศึกษา ซึ่งนำไปสู่การรณรงค์บทบาทจากเภสัชกรร้านยาและหน่วยงานการคุ้มครองผู้บริโภค

คำสำคัญ : ความรู้ พฤติกรรม ความสัมพันธ์ นักศึกษาระดับปริญญาตรี การรักษาสิว

Abstract

The aim of this research is to study the relationship between knowledge and behavior in acne treatment by the survey research. The 421 undergraduate students in KKU were selected as the subjects in this study. The study was storage by questionnaires, using the purposive sampling method. The statistic which used in the analysis included : descriptive statistics and Inferential statistics.

The results of this research found that mode of the study group were females. The sources of knowledge acne treatment were found mostly on the internet. The most subjects had low knowledge level and the average knowledge score for acne treatment of students was 9.06 ± 2.70 points. The most common acne treatments behavior were to relax, and to keep hygienic. The knowledge and the self-administered acne treatment product was significantly correlated with acne treatment products by themselves (p-value=0.008).Therefore, it is important to focus on the correct knowledge for students. This result leads to the campaigning role of pharmacists in drugstores and consumer protection board.

Keyword : Knowledge, Behavior in acne treatment, Relationships, Undergraduate students, Acne treatment

บทนำ

ในกลุ่มวัยรุ่นสิวจัดว่าเป็นโรคที่พบบ่อย พบถึงร้อยละ 85 ของคนในวัยที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี มักจะปรากฏอาการในผู้หญิงช่วง 14-17 ปี และ ในผู้ชายช่วงอายุ 16-19 ปี หลังจากเริ่มเป็นสิว ความรุนแรงจะมากขึ้นเป็นเวลา 3-5 ปี สิวจะเริ่มลดลงไปช่วงอายุ 20-25 ปี กรณีสิวชนิดที่ไม่รุนแรงลดลง ร้อยละ 85 และกรณีสิวชนิดรุนแรงลดลงร้อยละ 15 ในบางคนมีอาการเป็นๆหายๆ จนกระทั่งอายุ 40 ปี[1] หลังจากอายุ 40 ปี สิวยังคงพบในเพศหญิง ร้อยละ 5 และในเพศชาย ร้อยละ 1[(2)] จากรายงานข้อมูลทางสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาและหลายประเทศทั่วโลก พบว่าสิวจัดเป็นโรคผิวหนังอันดับหนึ่งซึ่งนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ผิวหนัง มีจำนวนประชากรร้อยละ 85-100 เคยเป็นสิวในช่วงหนึ่งของชีวิต โดยที่ในช่วงวัยรุ่นชายเป็นสิวมากกว่าหญิงแต่ในวัยผู้ใหญ่หญิงเป็นสิวมากกว่าชาย และข้อมูลรายงานทางสถิติของสถาบันโรคผิวหนังในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นสิวมาพบแพทย์ผิวหนังเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยทั้งหมด คิดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67 และ เป็น

1 นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Ph.D.

เพศชายร้อยละ 33 [3] แม้ว่าสิวจะเป็นโรคที่ไม่ร้ายแรง แต่มักส่งผลถึงลักษณะผิวหน้าที่ผิดปกติไป มีการอักเสบเกิดรอยแผลเป็นเกิดความไม่สวยงาม ส่งผลต่อจิตใจ การเข้าสังคม และความเขินอาย สิวจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นสิวหาวิธีการรักษาในปัจจุบันพบว่า มีคนจำนวนมากที่ให้ความสำคัญเรื่องการดูแลสุขภาพผิวหน้ามากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเรื่องสิว การรักษาสิวแม้ว่ามีแนวทางมาตรฐานที่ระบุไว้ อย่างชัดเจน แต่เนื่องจากความรู้ของแต่ละคนนั้นแตกต่างกัน บางคนคิดว่าสิวเป็นโรคผิวหนังชนิดหนึ่งซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่จำเป็นต้องรักษาและได้รับการดูแลอย่างถูกต้องโดยแพทย์ผิวหนังผู้เชี่ยวชาญ แต่บางคนอาจคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยที่สามารถดูแลจัดการเองได้ เพราะมีข้อมูลแสดงว่า ผู้เป็นสิวชนิดไม่รุนแรงถึงร้อยละ 90 จะรักษาด้วยตนเองและไม่ไปพบแพทย์ [3] นอกจากนี้การเกิดสิวและระดับความรุนแรงของสิวยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ เครื่องสำอาง อาหาร ความเครียด แสงแดด อาชีพ การใช้ยา การพักผ่อนและการทำความสะอาดผิว เป็นต้น [4]

ในปัจจุบันการเข้าถึงสื่อทางอินเตอร์เน็ต การโฆษณาเรื่องการรักษาสิวและมีผลิตภัณฑ์รักษาสิวออกมามากขึ้นทั้งมีความปลอดภัยและไม่ปลอดภัย การหลงเชื่อการโฆษณาโดยปราศจากความรู้จึงเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อผู้บริโภค เนื่องจากความง่ายต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ที่มากขึ้น ซึ่งสามารถซื้อได้ทั่วไป เช่น คลินิกแพทย์ ร้านยา สถาบันความงาม ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น จากทฤษฎี KAP เชื่อว่า ความรู้จะส่งต่อพฤติกรรม [5] การมีความรู้ที่ดีและถูกต้องจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาสิว ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมในการรักษาสิวที่มีความถูกต้องและปลอดภัย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาในด้านความรู้เรื่องสิว ในนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุเกิดสิวได้มากว่ามีความรู้ที่ถูกต้องมากน้อยเพียงใดเพื่อทราบถึงระดับความรู้ของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย พฤติกรรม การรักษาสิว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความรู้แก่นักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปวางแผน เรื่องความปลอดภัยในการใช้ผลิตภัณฑ์ของนักศึกษาได้และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้บริโภคต้องการ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในด้านความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและเป็นแนวทางสำรวจความต้องการของผู้บริโภคเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการสร้างผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษาสิวสำหรับภาคธุรกิจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ พฤติกรรม และ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Cochran [6] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือ ความคลาดเคลื่อน 0.05 โดยวิธีเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 421 คน

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1.นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2.เป็นนักศึกษาที่เป็นสิวเป็นระยะเวลา 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือนที่ผ่านมาในช่วงที่วิจัย

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria)

นักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ยังไม่เคยเป็นสิวเลย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ คณะที่กำลังศึกษา ชั้นปี รายรับทั้งหมดต่อเดือน ความถี่การเกิดสิวระดับความรุนแรงของสิว แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสิว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสิว

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมในการรักษาสิว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อดูความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาและ ได้ทดสอบความเชื่อถือได้ (reliblility) ของเครื่องมือมีค่า cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.713

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูลนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยทางผู้วิจัยจะดำเนินการขอรับการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นตามใบอนุญาตเลขที่ HE 602230

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สาขาวิชาที่กำลังศึกษา ชั้นปี รายรับทั้งหมดต่อเดือน ความถี่การเกิดสิว ระดับความรุนแรงของสิว แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสิว ด้านความรู้เกี่ยวกับสิว และด้านพฤติกรรมการรักษาสิว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับกับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ Chi–square (χ^2)

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่นทั้งหมด 421 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 29.0 และ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 มีอายุเฉลี่ย 20.22 ± 1.35 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-22 ปี ร้อยละ 63.9 กำลังศึกษาในกลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ร้อยละ 49.6 กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีร้อยละ 33.5 และกลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 16.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 26.6 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 25.7

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสิว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความถี่การเกิดสิวทุกสัปดาห์ ร้อยละ 39.2 รองลงมาคือ 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 30.9 ระดับความรุนแรงของสิวส่วนใหญ่อยู่ระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 65.1 รองลงมา คือ รุนแรงปานกลาง ร้อยละ 16.6

แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสิว

แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสิวที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกตอบมากที่สุด คือ อินเตอร์เน็ต ร้อยละ 73.2 รองลงมา คือ บุคคลอื่นที่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 37.1 แพทย์ ร้อยละ 24.5 เภสัชกร ร้อยละ 19.0 โทรทัศน์ ร้อยละ 15.7 เจ้าหน้าที่ในคลินิกที่เข้ารับบริการ ร้อยละ 14.3 นิตยสารหรือวารสาร ร้อยละ 12.8 และ วิทยุร้อยละ 0.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ (n=421)		
เพศชาย	122	29.0
เพศหญิง	299	71.0
อายุ (n=421)		

น้อยกว่า 20 ปี	136	32.3
20-22 ปี	269	63.9
22 ปีขึ้นไป	16	3.8
ค่าเฉลี่ย 20.22 S.D.=1.35		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาขาวิชาที่ศึกษา (n=421)		
กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	71	16.9
กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	141	33.5
กลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	209	49.6
ชั้นปีที่กำลังศึกษา (n=421)		
ชั้นปีที่ 1	107	25.4
ชั้นปีที่ 2	111	26.4
ชั้นปีที่ 3	112	26.6
ชั้นปีที่ 4	81	19.2
ชั้นปีที่ 5	2	0.5
ชั้นปีที่ 6	8	1.9
รายรับทั้งหมดต่อเดือน (n=421)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	108	25.7
5,001-6,000 บาท	81	19.2
6,001-7,000 บาท	66	15.7
7,001-8,000 บาท	46	10.9
8,000 -9,000 บาท	31	7.4
9,001-10,000 บาท	43	10.2
มากกว่า 10,001 บาท	46	10.9
ความถี่การเป็นสิว (n=421)		
ทุกสัปดาห์	165	39.2
1–2 ครั้งต่อเดือน	130	30.9
ทุกเดือน	84	20.0
ทุก 3 เดือน	20	4.7
ทุก 6 เดือน	16	3.8
ปีละครั้ง	6	1.4
ระดับความรุนแรงของสิว (n=421)		
mild	274	65.1
moderate	70	16.6
severe	33	7.8

ไม่เป็นสิว	44	10.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสิว (ตอบมากกว่า 1 ตัวเลือก) (n=421)		
แพทย์	103	24.5
เภสัชกร	80	19.0
เจ้าหน้าที่ในคลินิกที่เข้ารับบริการ	60	14.3
บุคคลอื่นที่เคยรักษามาก่อน	156	37.1
อินเตอร์เน็ต	308	73.2
โทรทัศน์	66	15.7
วิทยุ	2	0.5
นิตยสาร / วารสาร	54	12.8
อื่นๆ โปรดระบุ	14	3.3

2.ความรู้ในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จากการศึกษาเรื่องความรู้ในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่นของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 421 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการรักษาสิวของนักศึกษา คือ 9.06 ± 2.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน เมื่อแบ่งกลุ่มคะแนนของนักศึกษา เป็น 3 กลุ่ม พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ โดยภาพรวมมีค่าคะแนนความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60) จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 52.7 คะแนนความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79) จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 27.8 และคะแนนความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 19.5

ตารางที่ 2 ความรู้ในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น (n=421)

ความรู้ในการรักษาสิว	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ	หมายเหตุ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	0-9 คะแนน	222	52.7	ค่าเฉลี่ย=9.06 คะแนน
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 61-79)	10-11 คะแนน	117	27.8	S.D.=2.70
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	12-15 คะแนน	82	19.5	
รวม		**421**	**100.0**	

3.พฤติกรรมในการรักษาสิว

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 421 คน พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ มีวิธีการดูแลรักษาสิวโดยการปรับพฤติกรรม คือ การพักผ่อนให้เพียงพอและการรักษาความสะอาดมากที่สุด ร้อยละ 79.8 รองลงมา คือ ใช้ผลิตภัณฑ์หรือยาเพื่อการรักษาสิวประเภทผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหน้า ร้อยละ 68.6 ใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิว ร้อยละ 50.4 และ ปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 65.8 ตามลำดับ

สำหรับสถานที่เลือกรักษาสิวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกไม่ไปรักษามากที่สุด โดยจะมีพฤติกรรมใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเองมากที่สุด คือ ร้อยละ 46.3 และปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 28.5 รองลงมา คือ ไปรักษาสถานที่อื่น โดยมีพฤติกรรมเลือกใช้ผลิตภัณฑ์หรือยารักษาสิวจากร้านยาที่มีเภสัชกรแนะนำ ร้อยละ 11.9 และ รักษาที่คลินิกผิวหนังโดยแพทย์เฉพาะทาง ร้อยละ 9.7 ตามลำดับ โดยมีเหตุผล คือ มีความสะดวกในการรักษา ร้อยละ 56.5 และ ราคาประหยัด ร้อยละ 35.6 เมื่อแบ่งผลการรักษาตามสถานที่เลือกรักษาสิวโดยส่วนใหญ่แล้ว พบว่า ผลการรักษาสิวดีขึ้นจากการใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเอง ร้อยละ 39.4 ผลการรักษาสิวเท่าเดิมจากการปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 20.2 และผลการรักษาสิวแย่ลง จากการปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 0.2

ตารางที่ 3 พฤติกรรมในการรักษาสิว

พฤติกรรมในการรักษาสิว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการดูแลรักษาสิว (n=421) เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
ปรับพฤติกรรม		
พักผ่อนให้เพียงพอ	336	79.8
รักษาความสะอาด	336	79.8
ลดความเครียด	126	29.9
งดการใช้เครื่องสำอาง	125	29.7
ปรับพฤติกรรมการกิน เช่น ลดการกินอาหารมัน อาหารหวาน ช็อคโกแลต	84	20.0
อื่นๆ (กดสิวเอง ดื่มน้ำเปล่า)	10	2.4
ใช้ผลิตภัณฑ์หรือยาเพื่อการรักษาสิว		
ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหน้า	289	68.6
ใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิว	212	50.4
ใช้ยารักษาสิว	164	39.0
ทำ TREATMENT ในสถาบันความงาม	36	8.6
ปล่อยให้หายเอง		
ปล่อยให้หายเอง	277	65.8
สถานที่เลือกรักษาสิว (n=421)		
ไม่ไปรักษา		
ใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเอง	195	46.3
ปล่อยให้หายเอง	120	28.5
ไปรักษาสถานที่อื่น		
ใช้ผลิตภัณฑ์หรือยารักษาสิวจากร้านยาที่มีเภสัชกรแนะนำ	50	11.9
รักษาที่สถาบันความงาม	10	2.4
รักษาที่คลินิกทั่วไป	5	1.2
รักษาที่คลินิกผิวหนังโดยแพทย์เฉพาะทาง	41	9.7

ตารางที่ 3 พฤติกรรมในการรักษาสิว (ต่อ)

พฤติกรรมในการรักษาสิว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เหตุผลที่เลือกสถานที่รักษาสิว (n=421) เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
เห็นผลในการรักษาชัดเจน	104	24.7
ราคาประหยัด	150	35.6
มีความปลอดภัย	148	35.2
ความสะดวกในการรักษา	238	56.5
ตามคำบอกเล่าของคนรู้จักหรือมีผู้แนะนำมา	107	25.4
อื่นๆ (สิวสามารถหายเองได้จึงปล่อยให้หายเอง)	10	2.4

ตารางที่ 4 ผลการรักษาสิว แบ่งตามสถานที่เลือกรักษาสิว (n=421)

ผลการรักษาสิว	สถานที่เลือกรักษาสิว					
	ไม่ไปรักษา		ไปรักษาสถานที่อื่น			
	ใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเอง จำนวนคน (ร้อยละ)	ปล่อยให้หายเอง จำนวนคน (ร้อยละ)	ใช้ผลิตภัณฑ์หรือยารักษาสิวจากร้านยาที่มีเภสัชกรแนะนำ จำนวนคน (ร้อยละ)	รักษาที่สถาบันความงาม จำนวนคน (ร้อยละ)	รักษาที่คลินิกทั่วไป จำนวนคน (ร้อยละ)	รักษาที่คลินิกผิวหนังโดยแพทย์เฉพาะทาง จำนวนคน (ร้อยละ)
ดีขึ้น	166 (39.4)	74 (17.6)	44 (10.5)	10 (2.4)	5 (1.2)	36 (8.6)
เท่าเดิม	29 (6.9)	45 (10.7)	6 (1.3)	0 (0)	0 (0)	5 (1.2)
แย่ลง	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

พฤติกรรมในการรักษาสิวด้วยตนเองใน 1 ปีที่ผ่านมา

จากการศึกษาพฤติกรรมในการรักษาสิวด้วยตนเองใน 1 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 421 คน เคยซื้อยารักษาสิวหรือเครื่องสำอางรักษาสิวด้วยตนเอง จำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 63.4 และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยซื้อยารักษาสิวหรือเครื่องสำอางรักษาสิวด้วยตนเอง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6

ตารางที่ 5 พฤติกรรมในการรักษาสิวใน 1 ปีที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างเคยซื้อยารักษาสิวหรือเครื่องสำอางด้วยตนเอง (n=421)

พฤติกรรมในการรักษาสิว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใน 1 ปีที่ผ่านมา เคยซื้อยารักษาสิวหรือเครื่องสำอางรักษาสิวด้วยตนเอง (n=421)		
เคย	267	63.4
ไม่เคย	154	36.6

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น (n=267)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบ่งตามระดับคะแนนความรู้ จากการศึกษา พบว่า ในจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 421 คน มีนักศึกษาที่เลือกใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเองใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 267 คน พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเอง (*p*-value=0.008) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเองของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น (n=267)

ผลิตภัณฑ์ที่เลือกใช้	ระดับความรู้				χ^2	*p*-value
	ต่ำ จำนวนคน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวนคน (ร้อยละ)	สูง จำนวนคน (ร้อยละ)	รวม จำนวนคน (ร้อยละ)		
ยารักษาสิว	47 (17.6)	42 (15.7)	33 (12.4)	122 (45.7)	**9.681**	**0.008***
เครื่องสำอาง	83 (31.1)	38 (14.2)	24 (9.0)	145 (54.3)		
รวม	**130 (48.7)**	**80 (30.0)**	**57 (21.3)**	**267 (100.0)**		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลและอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในด้านความรู้พบว่า นักศึกษากลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีค่าคะแนนความรู้ระดับสูง ส่วนนักศึกษากลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และ นักศึกษากลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มีค่าคะแนนความรู้ระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพูลศรี เขตโสภณ พบว่า กลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการรักษาสิวระดับต่ำและพบว่านักศึกษากลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีความรู้เรื่อง การรักษาสิวมากกว่ากลุ่มสาขาวิชามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ [7] นักศึกษาส่วนใหญ่จะสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง เกี่ยวกับความรู้สาเหตุการเกิดสิว ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดสิว เนื่องจากเป็น ข้อคำถามพื้นฐานที่มีการให้ความรู้โดยทั่วไป เมื่อมีการสืบค้นข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต หนังสือ หรือ บทความจะมีการให้ความรู้หัวข้อดังกล่าวเป็นพื้นฐาน แต่ในด้านความรู้เรื่องยาและข้อควรระวังเรื่องการใช้ยามากกว่านักศึกษากลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพจะสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องมากกว่าสาขาวิชาอื่นเนื่องจากมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับด้านยาในหลักสูตรการเรียนในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ด้านพฤติกรรมในการรักษาสิวของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีวิธีการดูแลรักษาสิวโดยการปรับพฤติกรรม คือ การพักผ่อนให้เพียงพอและการรักษาความสะอาดมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ เรืองสุริยะพงศ์ เรื่องผลของความถี่ในการล้างหน้าต่อสิวและความมันบนใบหน้าในผู้ป่วยสิว พบว่า ในกลุ่มที่มีสิวระดับรุนแรงน้อย ความถี่ในการล้างหน้า 3 ครั้งต่อวันทำให้จำนวนสิวอักเสบลดลง [8] รองลงมา คือ การใช้ผลิตภัณฑ์หรือยาเพื่อการรักษาสิวประเภทใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหน้า ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของปรารถนา พรหมสาขา ณ สกลนคร พบว่า ความชุกของ

นักเรียนหญิงที่ใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสำหรับสิวส่วนใหญ่เป็นประเภททำความสะอาดใบหน้า[9] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tan et al.ทำการศึกษาในประเทศแคนาดากับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อเพื่อพบแพทย์ผิวหนัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้ผลิตภัณฑ์ ทำความสะอาดผิวหน้ามากที่สุด [10] โดยสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดใบหน้า ในการรักษาสิว เนื่องจากเป็นวิธีที่เข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่ายสามารถหาได้โดยทั่วไป เนื่องจากการเกิดสิวและระดับความรุนแรงของสิวยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการพักผ่อนและการทำความสะอาดผิว การพักผ่อนที่เพียงพอมีความสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากช่วงเวลาที่ร่างกายได้พักผ่อน ร่างกายจะซ่อมแซมตนเอง และช่วยให้เซลล์ต่างๆ ทำงานได้ดีขึ้น [11] การพักผ่อนให้เพียงพอจึงเป็นวิธีที่มีความสะดวกและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และ การปล่อยให้หายเอง พบว่าเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมซึ่งนักศึกษาเลือกปฏิบัติโดยมีความสอดคล้องผลการศึกษาของวิทวัส กิจจาทิป คือ กลุ่มตัวอย่างปล่อยให้สิวหายเองมากที่สุด [12]โดยเหตุผลที่เลือกคือ ความสะดวกและมีความประหยัดเป็นหลักแต่ถ้าต้องการด้านความปลอดภัยที่มากขึ้นจะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์รักษาสิวในร้านยาที่มีเภสัชกรแนะนำ และ หากต้องการเห็นผลการรักษาที่ชัดเจน นักศึกษาบางส่วนจะเลือกวิธีการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนัง โดยใช้บริการจากคลินิกที่มีแพทย์ผิวหนัง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบ่งตามระดับคะแนนความรู้ จากการศึกษา พบว่า ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 421 คน มีนักศึกษาที่เลือกใช้ผลิตภัณฑ์รักษาสิวด้วยตนเองใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 267 คน โดยพบว่านักศึกษาที่มีระดับความรู้ปานกลางกับนักศึกษาที่มีระดับความรู้สูงจะเลือกใช้ยารักษาสิวมากกว่าเครื่องสำอาง และนักศึกษาที่มีระดับความรู้ต่ำจะเลือกใช้เครื่องสำอางมากกว่ายารักษาสิว จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเองของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่นโดยใช่ค่าไคว์สแคว์ (χ^2) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับผลิตภัณฑ์รักษาสิวที่เลือกใช้ด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) โดยนักศึกษาที่มีระดับความรู้ปานกลางกับนักศึกษาที่มีระดับความรู้สูงจะเลือกใช้ยารักษาสิวมากกว่าเครื่องสำอาง และนักศึกษาที่มีระดับความรู้ต่ำจะเลือกใช้เครื่องสำอางมากกว่ายารักษาสิว เป็นเพราะว่า นักศึกษาที่มีความรู้สูงจะมีความรู้เรื่องยารักษาสิวมากกว่า ซึ่งความรู้ ด้านการใช้ยารักษาสิวเป็นความรู้ที่มีความเฉพาะ โดยพบว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้สูงจะมีความรู้ในด้านการใช้ยามากกว่ากลุ่มที่มีระดับความรู้ต่ำ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สูงจึงเลือกใช้ยามากกว่าและเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ต่ำไม่เลือกใช้ยารักษาสิวด้วยตนเอง อาจเนื่องด้วยการคำนึงถึงด้านความปลอดภัยเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

1.ควรมีการเพิ่มข้อมูลการรักษาสิวที่ถูกต้อง ปลอดภัย เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานที่ถูกต้อง ในการพิจารณาจาก สื่ออินเตอร์เน็ตในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสิว ตลอดจนผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับการรักษาสิว ร้านยา คลินิก และสถาบันความงาม

2.การวางแผนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา โดยเฉพาะด้านการโฆษณา ให้มีการโฆษณาที่เป็นข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงตามหลักวิชาการและมีความปลอดภัยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์โฆษณาความเชื่อที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจผิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร. วรรณี ชัยเฉลิมพงษ์ ผศ. ดร. กฤษณี สระมุณี นายแพทย์ณัฐพล ละครมูล ในการตรวจสอบแบบสอบถามในการวิจัยและให้คำแนะนำในการทำการศึกษา และ ผศ. ดร. สุพัตรา ปรศุพัฒนา ที่ท่านสละเวลาในการให้คำแนะนำเรื่องการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำหรับการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณนักศึกษากลุ่มตัวอย่างจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นและนักศึกษากลุ่มทดลองแบบสอบถามจากมหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ทำให้การศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.เจริญ ชุณหกาญจน์. Rational treatment of acne. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 16(ฉ.พิเศษ), 2544: 125-131.

2.กนกวลัย กุลทนันท์. **ตจวิทยาทันยุค.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,2547

3.ประวิตร พิศาลบุตร.โรคสิวในเวชปฏิบัติ: ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคสิวและยาทารักษาโรคสิว. **วารสารคลินิก**, 2551 : 24(1), 7-15.

4.นภดล นพคุณ, เพ็ญวดี ทิมพัฒนพงศ์, วัณณศรี สินธุภัค, เพ็ญพรรณ วัฒนไกร, รัศนี อัครพันธ์, นลินี สุทธิไพศาล, และคณะ.**แนวทางการวินิจฉัยและรักษาสิว.** ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ). Clinical practice guideline 2010. (หน้า 111-122). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

5.สุรพงษ์ โสธนะเสถียร.**การสื่อสารกับสังคม.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

6.บุญชม ศรีสะอาด.**การวิจัยเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2535

7.พูลศรี เขตโสภณ. **ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ในการรักษาสิวของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2549.

8.สุภาภรณ์ เรืองสุริยะพงศ์.**การศึกษาเปรียบเทียบผลของความถี่ในการล้างหน้าต่อสิวและความมันบนใบหน้าในผู้ป่วยสิว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัญฑิต สาขาวิชาตจวิทยา สำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 2553.

9.ปรารถนา พรหมสาขา ณ สกลนคร.**พฤติกรรมการใช้เครื่องสำอางสำหรับสิวและการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ของนักเรียนหญิงวิทยาลัยอาชีวศึกษาขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคและการจัดการด้านสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.

10.Tan, J.K.L., Vasey, K., & Fung, K.Y. Beliefs and perceptions of patients with acne. **Journal of the American Academy of Dermatology**, 44(3), 439–445,2001.

11. อรชุน เรียววัฒนผล.**สิวกับธรรมชาติบำบัด.** กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์, 2536

12.วิทวัส กิจจาธิป. **พฤติกรรมการรักษาสิวของวัยรุ่นในมหาวิทยาลัยกรุงเทพ.** รายงานการศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์เครื่องสำอาง สำนักวิชาวิทยาศาสตร์เครื่องสำอาง มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง, 2553