



วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 VOL.12 NO.2 May - August 2019

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กิริณา แด่อารักษ์	1
ผลของแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ปริญญา ดวงศรี	9
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงหลังคลอด อำเภอขมิ้นบุรี จังหวัดพิจิตร ณัฐพร ชาวนัญญกรรม, พัฒนาวดี พัฒนาศุภ, จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ	21
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัวของช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ลักขณา ชิตพันธ์	29
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้ อารยา ปานนิล	37
การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร ลักขณา กองมณี	45
การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย“แม่รัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย ในจังหวัดอำนาจเจริญ ฤดีวรรณ วงศ์เจริญ	55
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต วรภรณ์ ทินวัช, รุ่งนภา สุนันทน์โอภาส, เกศสุรินทร์ เทือกถา	66
ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกฟรีเมียมในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กัญปวีร์สุ ชัยพิริว	75
ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยา จังหวัดยโสธร ประเทศไทย ธนุดม ก้วยเจริญพานิช	83
ระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสกลชัย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อนรรักษ์ ปิ่นทอง, นิภารัตน์ นาสีแสน, สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ	91
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ชมพูนุท สิริพรหมภัทร, กิริณา แด่อารักษ์	97
ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะพบเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น อุรต สิงห์งาม	107
การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มะลิวรรณ พรเงิน, อัญชลิดา ดิษฐ์มหาผล	114
ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง ปี 2561 สมพร กิจสุวรรณรัตน์, ถาวร ล่อกา, ณัฐฐาภรณ์ ปัญจพันธ์	127
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, เทพไทย โชติชัย, ยลฤดี ดัฒนาสิทธิ์	141

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ไอโตรีควโนนป็นเปื้อนในเครื่องสำอาง ในจังหวัดกาฬสินธุ์	148
ธีรนาถ สุวรรณเรือง	
การรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน	153
อรุณศรี ผลเพิ่ม, ลักขณา ขอบเสียง, จริญญา มีหนองหว้า, อรทัย พรหมแก้ว	
ความผันแปรของสมบัติดินในรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินที่แตกต่างกันในพื้นที่ต้นน้ำลุ่มน้ำห้วยหลวง	165
อริดา อินทสิน, เพ็ญใจ สมพงษ์ชัยกุล, ปัทมา สิงห์รักษ์	
ปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตาก	174
หนึ่งฤทัย อนุเมธางกูร, เพ็ญประภา ศิวโรจน์, รัตนา พันธุ์พานิช	
ชาวไทยหลากหลายป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)	182
ระพีพรรณ ประจันตะเสน	
แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี	189
เกวณีน ปัญโญ, สุภาวดี พุฒิน้อย, สุจิตพร เลอศิลป์	
การใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพดพหลังสูง	203
อัจฉริยา ปัญญาแก้ว, สุภาวดี พุฒิน้อย, สุจิตพร เลอศิลป์	
คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ	216
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ	
พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์, ประจักษ์ บัวผัน, ชัญญา อภิบาลกุล	
ความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	230
บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี	
สมจิต บุญพา, พรพรรณ สกุลกู	
อิทธิพลของระบบปรับอากาศที่มีผลต่อปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย	236
ปิยพร ศิริคำกร, พรพรรณ สกุลกู	
ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ	245
ของพนักงานในโรงงานน้ำตาล ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย	
พรพรรณ สกุลกู, วิภาดา พนาทอภกิจ	
การวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร	252
ขจรศักดิ์ สีวาทิ, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เกษราวัลย์ นิลวางกู	
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง	267
อรรพรรณ พุนศรี, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เกษราวัลย์ นิลวางกู	
คุณภาพชีวิตของเกษตรกรปลูกสับปะรด ในจังหวัดหนองคาย	275
ปรีชาดิ สนิท, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, เกษราวัลย์ นิลวางกู	
การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	
โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย	283
ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล, ธีรชัย เนตรนอมศักดิ์, วชิรินทร์ ลอยลม	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy	295
อชรา แคนแก้ว, บุญบา สมใจวงษ์	
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ	305
นลินี พรโสภณ, กาญจนา นาคะพินธุ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	318
พรทิพา พรรณา, วรรณชนก จันทุม	
การศึกษาความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วย	
และญาติโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน	327
สายทิพย์ จ้ายพงษ์, วิรุทธ ศรีทุมสุ	
การพัฒนาแบบแผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	336
ทัศนีย์ กลั่นหอม, ศศ.ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, ศศ.ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ มารู โอ	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	347
ขงยุทธ วัฒนาไชย, รสวลีย์ อักษรวงศ์, วิวัฒน์ กิตติพิชัย	
ความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	355
กริช เรืองไชย, อภิญา อุตระชัย, นัชชา ยันติ	
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในจังหวัดบุรีรัมย์	361
อัครเดช ดีอ้อม, อัญชลี เหมชะญาติ, อารี พุ่มประไพ	
ผลของการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัดคนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี	370
วรัทกานันท์ กุลวิโรจน์โสภณ, ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบีย	
การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบสะทอนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการ ปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล	380
พรพิมล โคตรมรงค์	
ระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จังหวัดหนองคาย	387
ธนกร สนั่นเอื้อ	
ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในจังหวัดนครปฐม	399
จุฬามาศ เวชพานิช	
ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม	414
จุฬามาศ เวชพานิช	
การพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม	423
ทินกร ชื่นชม	
การวิจัยประเมินผลโครงการสร้างครอบครัวสุขภาพดีวิถีธรรมเพื่อชาวร้อยแก่นสารสินธุ์ไร้พุงไร้โรค	429
สม นาสอ้าน และคณะ	
ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ	440
ฤดีวรรณ วงศ์เจริญ	
การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชชดยา จังหวัดหนองบัวลำภู	455
รวมพล เหล่าหวาน	
ความเชื่อมั่นในหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารและการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาลของสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ	466
อวิรุทธิ์ สิงห์กุล, นุชิตา สาเม	
คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย	457
ธีรศักดิ์ พานจันทร์, สุพัฒน์ อาสนะ, ประทีป กาลเขว้า, วรรณภา สระทองน	
การพัฒนากายภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงานของพนักงาน ในสถานประกอบการ จังหวัดศรีสะเกษ	484
ศรุตดา มีธรรม	
การพัฒนารูปแบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ	497
ศรุตดา มีธรรม	
ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี	513
ศิวาภรณ์ เงินราง	
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์	525
พิษณุ โชติประไพ, สุวารี ศรีบุณะ, ประภาพร ชูลีลัง, พมพอมเชิด โกทา	
รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ	541
นาขรเศรษฐ์ ขอร่ม, อนุชา เพียรชนะ, รสวลีย์ อักษรวงศ์	

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย	หน้า
ความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ภูษิต ภูบุย, ชัยรัช จันทร์สมุด, ลำพูน เสนาวัง	554
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกระบวนการ PAORของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชาตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อารีย์ ภูถูกใจ, ชีรนาถ สุวรรณเรือง	563
การจัดการขยะมูลฝอยของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพระพนชัยการ ตำบลหนองแวงอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดกาฬสินธุ์ สุวิมล คอบบุตร, ชันวา ใจเที่ยง, ชีรนาถ สุวรรณเรือง	571
ผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลคงมูล อำเภอนองนงบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ยุพาภรณ์ ญาณศิริ, ชัยรัช จันทร์สมุด, ชีรนาถ สุวรรณเรือง	580
ระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จังหวัดหนองคาย ชนกร สนั่นเอื้อ	587
ค่านิยมหลัก 12 ประการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เบญญาภา กาลเขว้า , ประทีป กาลเขว้า	600

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านการสาธารณสุข และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางด้านการบริหาร, วิชาการ ในทุกระดับ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศ และต่างประเทศ ในรูปแบบรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรม นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 35 (ปีที่ 12 ฉบับที่ 2) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ ผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลของแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงหลังคลอด อำเภอชिरบารมี จังหวัดพิจิตร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงของชาวชนบทจังหวัดบุรีรัมย์ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาสองผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย“แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย ในจังหวัดอำนาจเจริญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกฟรีเมียมในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยา จังหวัดยโสธร ประเทศไทย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ไฮโดรคิโนนบนแป้นในเครื่องสำอาง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ การรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ความผันแปรของสมบัติดินในรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินที่แตกต่างกันในพื้นที่ต้นน้ำลุ่มน้ำห้วยหลวง ปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตาก ชาวไทยหลากสีป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานในโรงงานน้ำตาล ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

**ผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**

**The Effectiveness of Basic Life Support Program on Knowledge and Skills Toward Basic Life Support
among Grade 10 High School Students of Khon Kaen Wittayayon School, Maung District, Khon Kaen
Province, Thailand**

กิริณา เต๋ออารักษ์¹

Kirana Taearak

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ศึกษาจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ repeated measure ANOVA ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน เท่ากับ 5.90 คะแนน (S.D.= 1.58) 9.06 คะแนน (S.D.= 1.01) และ 9.13 คะแนน (S.D.= 1.16) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F = 73.83$, $df = 2$, $p \text{ value} < 0.001$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.16 คะแนน (95% CI= 2.50 to 3.83, $p\text{-value} < 0.001$) และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.23 คะแนน (95% CI= 2.57 to 3.89, $p\text{-value} < 0.001$)

คะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน 1.50 คะแนน (S.D.= 0.50) 11.00 คะแนน (S.D.= 1.11) และ 10.90 คะแนน (S.D.= 0.88) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F = 1147.70$, $df = 2$, $p \text{ value} < 0.001$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที มีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้น 9.50 คะแนน (95% CI= 9.07 to 9.92, $p\text{-value} < 0.001$) และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน มีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้น 9.40 คะแนน (95% CI= 9.05 to 9.74, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน, โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of Basic Life Support Program among the 10th-grade high school students of Khon Kaen Wittayayon School, Maung District, Khon Kaen Province to gain knowledge and skills on basic life support (BLS). The total of 30 samples was selected applying simple random sampling. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and repeated measure ANOVA at 0.05 level of significance.

The findings demonstrated that before joining the program, immediately after participating in and after 1 month, the students' knowledge scores on Basic Life Support were 5.90 (S.D. = 1.58), 9.06 (S.D.= 1.01) and 9.13 (S.D.= 1.16) respectively. The results showed that the knowledge on BLS before, immediately after participating in the program, and after receiving 1-month intervention are different at least 1 point statistically significant ($F = 73.83$, $df = 2$, $p \text{ value} < 0.001$). After the intervention, the students' knowledge scores increased significantly in an

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.

instant with a mean difference of 3.16 (95% CI: 2.50 to 3.83, p-value<0.001) and after 1-month post intervention, the students' knowledge scores increased significantly with a mean difference of 3.23 (95% CI: 2.57 to 3.89; p-value<0.001). The results also revealed that with students' BLS skills before, immediately after participating in the program, after receiving 1-month intervention are dissimilar at least 1 pair statistically significant ($F = 1147.70$, $df = 2$, p value <0.001). The students' BLS skills scores before, immediately after participating in the program, after 1 month were 1.50 (S.D. = 0.50), 11.00 (S.D.= 1.11) and 10.90 (S.D.= 0.88) respectively. A significant increase in students' skills scores, with a mean difference of 9.50 (95% CI: 9.07 to 9.92; p-value<0.001), was immediately noted after the intervention. Subsequently, the students' knowledge scores increased significantly with a mean difference of 9.40 (95% CI: 9.05 to 9.74; p-value<0.001) after a month post-intervention.

Keywords: Basic life support, Effect of Basic Life Support Program

บทนำ

ประเทศไทยในแต่ละปีมีประชาชนเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันกว่า 54,000 คน หรือใน 1 ชั่วโมงมีคนเสียชีวิตจากโรคหัวใจมากถึง 6 คน หากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและถูกวิธีจะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของประชาชนที่หัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกสถานพยาบาลได้⁽¹⁾

จากสถิติมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เสียชีวิตกว่า 80 เปอร์เซ็นต์นอกโรงพยาบาล โดยเราสามารถช่วยผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลา 4 นาทีเท่านั้น ดังนั้นประชาชนทุกคนจึงควรที่จะเรียนรู้แนวทางในการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และหมั่นตรวจสอบสุขภาพของตนเองอยู่เสมอ⁽²⁾ และในกรณีหัวใจหยุดเต้นที่เกิดนอกโรงพยาบาลนั้นพบว่าร้อยละ 70 เกิดที่บ้าน⁽³⁾

ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหรือ Basic Life Support ที่ใช้สำหรับสอนแนะแก่ประชาชนในปัจจุบันมีขั้นตอนที่ไม่ยากนักแต่จำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติให้ถูกต้องด้วยจึงจะได้ผลดีและไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย และหากผู้รับการฝึกอบรมมีศักยภาพในการเรียนรู้จดจำที่ดีและมีโอกาสได้ช่วยเหลือคนอื่นได้ง่ายนั้นก็จะเป็นการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้มากขึ้น ซึ่งกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาน่าจะเป็นกลุ่มที่เหมาะสมที่สุดที่มีโอกาสได้ใช้ความรู้ทักษะที่ได้มากที่สุด ในหลายๆโอกาส และน่าจะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเรียนรู้และจดจำได้ดี⁽⁴⁾ และมีความสามารถในการคงทักษะที่ถูกต้องได้ยาวนาน⁽⁵⁾ แนวทางในการฝึกอบรมที่ตรงกันในหลายประเทศ ส่วนหนึ่งคือ การเน้นอบรมในกลุ่มนักเรียน

ระดับมัธยมศึกษาที่สามารถจะครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มาก⁽⁶⁾ โดยมีการศึกษาได้ศึกษาถึงความพร้อมด้านสรีรวิทยาที่จะรับการฝึกทักษะด้านนี้ได้ดี ควรมีอายุไม่น้อยกว่า 13 ปี⁽⁷⁾ ซึ่งกลุ่มนักเรียนมัธยมปลายจะเหมาะสมที่สุด

จากเหตุผลดังกล่าวนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) ต่อความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเพื่อให้ความสามารถในการด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติ ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ One group ทดลอง วัดผลก่อน

เข้าร่วมโปรแกรม หลังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน ปีการศึกษา 2562 จำนวน 600 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ ไม่เคยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นมาก่อน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ อยู่ระหว่างลาหรือพักการศึกษามีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคซึ่งอาจกำเริบได้ ในขั้นตอนการฝึกทักษะภายใต้โปรแกรมการสอน เช่น โรคหอบหืด โรคหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณีประชากรกลุ่มเดียว⁽⁸⁾

$$n = \frac{\sigma_d^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

σ_d^2 = ความแปรปรวน เท่ากับ 6.6⁽⁹⁾

μ_d = ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง

การทดลอง เท่ากับ 3 คะแนน

Z_α = ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น $\alpha = 0.05$, $Z_\alpha = 1.64$

Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้กำลังปกติ ที่กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ 80%

ความแม่นยำ $\beta = 0.2$, $Z_\beta = 0.84$

$$n = \frac{(6.6)^2 (1.64 + 0.84)^2}{(3)^2}$$

n = 29.76

ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 30

คน

การสุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย โดยการทาสลากรายชื่อผู้เรียนที่มีคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า และจับสลากแบบไม่ใส่คืน ตามจำนวนที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 049/2562 เลขที่ HE621021 เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวในการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และผู้วิจัยยืนยันว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นโปรแกรมที่ประกอบไปด้วย

ด้วย ข้อมูลความสำคัญ ความรู้ และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เอกสารประกอบการสอนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในภาวะหัวใจหยุดเต้น สื่อนำเสนอภาพนิ่ง สื่อวิดีโอ สั้นเรื่องภาวะหัวใจหยุดเต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ความยาว 10 นาที ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) ความหมายของภาวะหัวใจหยุดเต้น 2) สาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 3) ผลกระทบจากภาวะหัวใจหยุดเต้น 4) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 5) อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจหยุดเต้น 6) ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในภาวะหัวใจหยุดเต้นในบุคคลทั่วไป 7) วิธีการกดนวดหัวใจ 8) วิธีการใช้งานเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) หุ่นจำลองฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบอัตโนมัติ (AED) สำหรับการสาธิต และนาฬิกาจับเวลา

1.2 ขั้นตอนการประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประเมินความรู้และทักษะตามแนวทางและปรับให้ทันสมัย (Update) ตามขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ใหญ่ โดยบุคลากรทาง

การแพทย์ ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 2015 ของ สมาคมแพทย์โรคหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ราชูปถัมภ์^(10,11,12) ระยะเวลาการอบรม 1 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพัฒนาข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความถูกต้องในการใช้ภาษาโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างคำถามรายข้อกับความมุ่งหมายของการวิจัย (Item – Objective Congruence; IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน จากนั้นปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง กับนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน 2 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) โดยวิเคราะห์ค่าอัลฟาครอนบาร์ค (Cronbach’s Alpha) พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงหมวดความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.70 ถือว่าเครื่องมือมีคุณภาพ⁽¹³⁾ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) (n=30)

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares (SS)	Degree of freedom (df)	Mean Square (MS)	F	P value
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา*	204.86	2	102.43	73.83	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	80.46	58	1.38		

*ช่วงเวลาหมายถึงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน และความคลาดเคลื่อน Sphericity Assumed

2. แบบวัดความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 15 ข้อๆละ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 15 คะแนน
3. แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 12 ข้อๆละ 1 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 12 คะแนน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้ จากการศึกษาอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยเปรียบเทียบความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ซึ่งในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง 1 กลุ่มวัดซ้ำโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 30 คน เป็น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 19 คน คิดเป็น ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 15.45 ปี (S.D. = 0.28)
2. ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าคะแนนความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F = 73.83$, $df = 2$, $p \text{ value} < 0.001$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน รายคู่ โดยวิธี Bonferroni ($n = 30$)

ความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean difference (95%CI)	P value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.90	1.58	3.16 (2.50 to 3.83)	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	9.06	1.01		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.90	1.58	3.23 (2.57 to 3.89)	<0.001
ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	9.13	1.16		
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	9.06	1.01	0.06 (-0.46 to 0.59)	0.398
ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	9.13	1.16		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 5.90 คะแนน (S.D.= 1.58) หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที เท่ากับ 9.06 คะแนน (S.D.= 1.01) ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน เท่ากับ 9.13 คะแนน (S.D.= 1.16) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที มีคะแนนเพิ่มขึ้น 3.16 คะแนน (95% CI= 2.50 to 3.83, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้าน

การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน มีคะแนนเพิ่มขึ้น 3.23 คะแนน (95% CI= 2.57 to 3.89, $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และการติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.398$)

3. ทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วม โปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ($n=30$)

แหล่งความแปรปรวนภายในกลุ่ม	Sum of Squares (SS)	Degree of freedom (df)	Mean Square (MS)	F	P value
ช่วงเวลา*	1786.20	2	893.10	1147.70	<0.001
ความคลาดเคลื่อน	45.13	58	0.77		

*ช่วงเวลาหมายถึงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

และความคลาดเคลื่อน Sphericity Assumed

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F = 1147.70$, $df = 2$, $p\text{ value} < 0.001$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน รายคู่ โดยวิธี Bonferroni ($n = 30$)

ทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean difference (95%CI)	P value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.50	0.50	9.50 (9.07 to 9.92)	<0.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	11.00	1.11		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.50	0.50	9.40 (9.05 to 9.74)	<0.001
ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	10.90	0.88		
หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที	11.00	1.11	0.10 (-0.69 to 0.49)	0.634
ติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน	10.90	0.88		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 1.50 คะแนน (S.D.= 0.50) หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที เท่ากับ 11.00 คะแนน (S.D.= 1.11) และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน เท่ากับ 10.90 คะแนน (S.D.= 0.88) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที มีคะแนนเพิ่มขึ้น 9.50 คะแนน (95% CI= 9.07 to 9.92, $p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน มีคะแนนเพิ่มขึ้น 9.40 คะแนน (95% CI= 9.05 to 9.74, $p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วม

โปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.634$) ดังตารางที่ 4

สรุปและอภิปรายผล

คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ระหว่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เป็นเพราะกระบวนการจัดการเรียนการสอนมุ่งให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรียนรู้ สื่อวิถีทัศน์ที่ทันสมัย สอนทั้งภาคทฤษฎีและฝึกปฏิบัติจริง อีกทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพอีกทั้งเป็นประเด็นใหม่สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จึงทำให้ผู้เรียนมีความสนใจเรียนเป็นพิเศษ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ พบว่า คะแนนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05^(14,15) และยังพบว่า ความรู้และทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน

ไม่แตกต่างกัน อาจเพราะการเรียนรู้เสริมกิจกรรมการลงมือฝึกปฏิบัติจริง จึงทำให้ความรู้และทักษะจะคงอยู่กับผู้เรียน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาระดับความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายหลังการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงระยะสั้น โดยศึกษาในวิสัญญีพยาบาล 30 คนที่ปฏิบัติงานที่ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าหลังจากอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพระยะสั้นความรู้ไม่สามารถคงอยู่ได้ถึง 3 เดือนแต่ทักษะในการช่วยชีวิตสามารถคงอยู่ได้⁽¹⁶⁾

การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพหรือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานให้แก่กลุ่มนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถขยายจำนวนได้ง่ายและรวดเร็วจะเป็นประโยชน์อย่างมากเมื่อมีผู้ประสบภาวะหัวใจหยุดเต้นก็จะช่วยเหลือในนาทีวิกฤตได้อย่างถูกต้องรวดเร็วไม่เกิดการสูญเสียชีวิต หากผู้ช่วยเหลือให้การช่วยเหลืออย่างถูกวิธี ก็จะมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำ โปรแกรมนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องทุกปีและผลักดันนโยบายให้จัดหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา

2. การวิจัยครั้งนี้ประเมินผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมทันที และติดตามหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ทำให้ทราบผลความแตกต่างทั้งความรู้และทักษะ ในระยะเวลาดังนั้นควรขยายระยะเวลาการประเมินผลซ้ำโดยติดตาม 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลโปรแกรมที่ใช้กับความคงอยู่ของความรู้และทักษะของผู้เรียน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ปริดา เต๋ออารักษ์ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น นพ. พิระ อาริรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นพ.กิตติศักดิ์ ฐานวิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลจังหวัดนครพนม อ.ดร.ธีรศักดิ์ พานจันทร์ อ.ดร.เทพไทย โชติชัย หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน อ.ดร.เพ็ญภา ศรีหรั่ง หัวหน้าฝ่ายวิจัย ผอ.เสาวลักษณ์ ศรีดา เกษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณ คุณครูและนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 โรงเรียนขอนแก่นวิทยายน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2560 ข่าวเด่นประเด็นร้อน. จดหมายข่าว Emergency [วารสารออนไลน์] ฉบับเดือน กุมภาพันธ์ 2560 หน้า1. URL https://www.niems.go.th/th/Upload/File/256103221110152776_r6hQ25Qwwj1Sms2O.pdf สืบค้นเมื่อ (6 เมษายน 2562)
2. ประชาไทย. รายงานพิเศษ. ทุก ๆ 1 ชม. คนเสียชีวิตจากโรคหัวใจ 6 ราย กระจายติดตั้งเครื่อง AED ในพื้นที่สาธารณะ. URL <https://prachatai.com/journal/2016/08/67413> สืบค้นเมื่อ (6 เมษายน 2562)
3. ดันหยง พิกานเมฆาภรณ์ และกฤษณ์ ปัญจสวัสดิ์วงศ์. การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic life support). URL <http://www.med.cmu.ac.th/dept/anes/2012/images/Lecture2018/BasicCPR.pdf> สืบค้นเมื่อ (3 เมษายน 2562)

4. Tiziano Rosafio, et al. Chain of survival: differences in early access and early CPR between policemen and high-school students. *Resuscitation* 2001(49) : 25-31, 2001
5. Konstantina Papalexopoulou, et al. Education and age affect skill acquisition and retention in lay rescuers after a European Resuscitation Council CPR/AED course. *Heart & Lung*. 2014(43) : 66–71.
6. สุนัย จันทรฉาย. ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน. *บทบรรณาธิการ. วารสารแพทย์เขต4-5*. 2017(36) : 204-6, 2017
7. Cristian Abelairas-Gómez et al. Schoolchildren as life savers: At what age do they become strong enough?? *Resuscitation* 2014(85) : 814-9, 2014
8. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์. 2552
9. Chaisongmuang P, Pearkao C. Effects of First Aid to Sudden Cardiac Arrest Program for High-school Students in Northeast Thailand. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 2018; 28(2) : 118-32. (in Thai)
10. คณะทำงานจัดทำมาตรฐาน คู่มือ และหลักสูตรเกี่ยวกับการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันด้วยเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบ อัตโนมัต (AED) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือสำหรับประชาชนในการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นด้วยเครื่อง เอ อี ดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2559
11. กิรณา เต๋ออารักษ์. การปฐมพยาบาล. ปรับปรุงครั้งที่ 2. วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น. 2561.
12. มหาวิทยาลัยมหิดล. การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน Basic Life Support 2015. URL http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u1/02_21_2107_bls2015_05062560.pdf สืบค้นเมื่อ (9 พฤษภาคม 2562)
13. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. สุวีริยาสาส์น กรุงเทพฯ, 2545
14. Tupamongkul S, Ua-kit N. The effects of coaching program on basic cardiopulmonary life support practice in mothers of congenital heart disease children. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2015; 27(1):49-59. (in Thai)
15. Tippayanate N, et al. Capacity building for CPR skill in Mahasarakham Public High Schools, the Northeastern of Thailand . *Perspective in multidisciplinary research & Practice in Health science* 2016. [Proceeding]. Chiangrai: Mae Fah Luang university; 2016. (in Thai)
16. Boonmak P. et al. Knowledge and Skill after Brief ACLS Training. *J Med Assoc Thai* 2004(87) : 1311-4. 2004
17. MGR online. CPR เข้าไม่ถึงคนไทย?! ปัมหัวใจผลิตชีวิต “โจ บอยสเก๊าท์”. URL <https://mgronline.com/live/detail/9600000114418> สืบค้นเมื่อ (1 มิถุนายน 2562)

ผลของแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ

The effect of dental practice guidelines of Dental public health officers working in public health service units in Amnat Charoen Province

ปริญญาดวงศรี¹

Parinya Duangsri¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ต่อการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive sampling) จากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง จำนวน 46 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลจากคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพของจังหวัดอำนาจเจริญ รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก และใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรม ของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการศึกษา 1 มกราคม 2559 – 31 ธันวาคม 2560

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 38 คน ร้อยละ 82.6 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป 8 คน ร้อยละ 17.4 จบหลักสูตรเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (2 ปี) 41 คน ร้อยละ 89.1 และหลักสูตรนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) (4 ปี) 5 คน ร้อยละ 10.9 ส่วนใหญ่ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดระเบียบที่เป็นกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และมีการปฏิบัติงานอย่างถูกต้องตามข้อบัญญัติหรือสั่งการ ที่เป็นการปฏิบัติงานนอกเหนือจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ และพบว่าผู้มารับบริการยอมรับในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีทันตแพทย์ภายในเครือข่ายอำเภอให้คำปรึกษา ส่วนผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติงานนอกเหนือจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ พบว่าไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน จากข้อมูลในคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพ พบว่าในปี 2559 การปฏิบัติงานจริงของกลุ่มตัวอย่างนั้น ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการทันตกรรมที่นอกเหนือจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ร้อยละ 82.46 และมีการให้บริการรักษาพยาบาล ร้อยละ 10.73 ของการให้บริการทั้งหมด ภายหลังจากการใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ในปี พ.ศ.2560 แล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการให้บริการทันตกรรมที่นอกเหนือจากระเบียบกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ลดลงเหลือร้อยละ 65.43 ส่วนการให้บริการรักษาพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 5.44 ของการให้บริการทั้งหมด และสามารถสร้างความเข้าใจกับผู้มารับบริการ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ ดังนั้นควรนำแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ไปใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงานและการปฐมนิเทศทันตบุคลากรใหม่ต่อไป

คำสำคัญ : นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข กรอบการปฏิบัติงาน แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมในหน่วยบริการสาธารณสุข

Abstract

This study aims to To study the effect of using dental practice guidelines of public health officers (dental public health) and dental public health officers To work beyond the framework of dental public health practitioners In the public health service unit Amnat Charoen Province The sample group is public health officers (dental public health) and dental public health officers who perform routine work in the public health service unit. Amnat Charoen Province By selecting purposive sampling from 46 public health care units, collecting data by using questionnaires And information from the central health data warehouse of Amnat Charoen Province Including in-depth interviews And use dental practice guidelines Of public health officers (dental public health) and dental public health officers In the public health service unit

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

Amnat Charoen Province Is a tool to change the behavior of work performance beyond the operational framework of the sample group
Duration of study 1 January 2016 - 31 December 2017.

The study indicated that Samples of work in 38 health promoting hospitals, 82.6%, working in community hospitals Or 8 general hospitals, 17.4 percent completed dental public health courses (2 years), 41 percent, 89.1 percent, and public health academic programs (dental public health) (4 years), 5 people, 10.9 percent, most know that the Ministry of Public Health has established regulations Which is the framework for the practice of dental public health officers And there are some task assignments that the supervisor assigns or orders that is the operation apart from the Ministry of Public Health's regulations And found that the respondents accepted the work performance of the sample group With a dentist within the district network for consultation As for the impact of the sample group, which is not working outside the Ministry of Public Health regulations Found that there was no effect on the operation From the data in the central health data warehouse, it was found that in 2016 the actual operation of that sample group Most of them are dental services that are in operation, apart from the Ministry of Public Health regulations. Including the provision of medical services, 10.73 percent of all services. After using the dental practice guidelines of public health officers (dental public health) and dental public health officers in the public health service unit In Amnat Charoen Province in 2017, and found that the sample group has a medical care service reduced to 5.44 percent of all services and can create understanding with the service recipients Including working confidently Therefore, guidelines for dental practice should be taken. Therefore public health officers (dental public health) and dental public health officers In the public health service unit Amnat Charoen Province To be used as a guide to work and orientation for new dental personnel.

Keyword : Public Health Officers (Dental Public Health) , Dental public health officers , Operational framework , Dental practice guidelines of public health officers

บทนำ

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเริ่มปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2513 เดิมใช้ชื่อว่า ทันตภิบาล ใช้แนวคิดหลักสูตร Dental Nurse จากประเทศนิวซีแลนด์ เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี เพื่อป้องกันและรักษาโรคในช่องปาก โดยใช้รูปแบบทันตกรรมเพิ่มทวิในโรงเรียนประถมศึกษาและกระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเพื่อเป็นข้าราชการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน (นิริมา เสริมสุธิธินวัฒน์, 2553) (สมาคมทันตภิบาลแห่งประเทศไทย, 2553) อีกทั้งช่วงเวลาดังกล่าว ยังขาดแคลนทันตแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนด้วยความคาดหวังของผู้มารับบริการที่ทำให้ต้องปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ การให้บริการทันตกรรมในเด็กและผู้ใหญ่ของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2559) อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นการปฏิบัติงานภายใต้ขอบเขตความสามารถที่จำกัดหากการปฏิบัติงานมีปัญหา มีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียน ในหลักสูตร

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของวิทยาลัยการสาธารณสุขบางแห่งได้เพิ่มพูนทักษะการให้บริการทันตกรรมในผู้ใหญ่ เพื่อให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขได้มีความพร้อมไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้มารับบริการทันตกรรมทุกกลุ่มอายุ ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการบริการนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานที่กระทรวงฯกำหนด อย่างไรก็ตามวิทยาลัยการสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่สอนตามหลักสูตร (ศศิธร ไชยประดิษฐ์ และชัยพลกฤษ์ ตั้งจิตจงพิทยา, 2559) และฝึกทักษะให้นักศึกษาปฏิบัติงานเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี อาจจะทำให้ทันตภิบาลที่จบหลักสูตรดังกล่าวมีปัญหาและเกิดความกดดันในการปฏิบัติงาน เมื่อต้องให้บริการทันตกรรมในผู้ใหญ่ ที่เกิดจากความคาดหวังของผู้มารับบริการและผู้ร่วมงาน แต่ต่อมาเมื่อปีพุทธศักราช 2532 เริ่มมีทันตแพทย์ใช้ทุนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน (นิริมา เสริมสุธิธินวัฒน์, 2553) ได้ช่วยลดความกดดันในการให้บริการ ทันตกรรมของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จากข้อความดังกล่าวข้างต้น เป็นประสบการณ์แลกเปลี่ยนที่ทันตบุคลากรได้มีการพบปะและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน โดยไม่มีงานวิจัยรองรับ

และต่อมาในปี พ.ศ.2539 (นิธิตา เสริมสุธิอนุวัฒน์, 2553) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดอัตรากำลังให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขลงปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) โดยเน้นงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในช่องปากและทันตกรรมบำบัด (ราชกิจจานุเบกษา, 2539) และได้จัดทำเอกสารเรื่อง แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน ในปี 2552 (กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และในปีพ.ศ.2559 เริ่มมีนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) หลักสูตร 4 ปี ออกมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ความคาดหวังด้านการรักษาพยาบาลจากคนในชุมชนนั้น ส่วนใหญ่อยู่นอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานที่เป็นระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ทั้งในปี พ.ศ. 2539 (ราชกิจจานุเบกษา, 2539) และปี พ.ศ.2559 (ราชกิจจานุเบกษา, 2559) ทั้งยังมีความคาดหวังจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ที่คาดหวังว่าเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นหมออนามัยคนหนึ่งที่ทำให้บริการรักษาพยาบาลได้เช่นเดียวกับเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน และปฏิบัติงานอื่นๆ ได้เช่นเดียวกันกับเจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ศิริพร เหลืองอุดม, 2553) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) ทำให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการปฏิบัติงาน(วารสารหมออนามัย, 2553) ที่นอกเหนือจากงานทันตกรรมตามกรอบการปฏิบัติงานตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้แล้ว และอาจเกิดการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนจากผู้รับบริการได้ (นิธิตา เสริมสุธิอนุวัฒน์, 2553) (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551) (เฉลิมศรี เหมาะหาหมย และสงครามชัย ลีทองดี, 2556) และผู้รับบริการมีโอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงานที่ขาดองค์ความรู้และการฝึกทักษะที่ถูกต้องมาก่อน(นิธิตา เสริมสุธิอนุวัฒน์, 2553) (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2551) ทำให้ผู้วิจัยซึ่งเป็นทันตแพทย์ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีหน้าที่ สนับสนุน ควบคุมกำกับ และบริหารจัดการอัตรากำลังทันตบุคลากรในจังหวัด ให้ดำเนินงานทันตสาธารณสุขให้บรรลุตัวชี้วัด และดำเนินงานภายใต้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยต้องการ

ศึกษาการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขของจังหวัดอำนาจเจริญ ว่ามีการปฏิบัติงานที่นอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานตามที่ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในปีพ.ศ. 2559 หรือไม่ อะไรคือปัจจัยที่ทำให้ต้องปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานดังกล่าว และหาวิธีการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้ทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ สามารถให้บริการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตรับผิดชอบได้อย่างมั่นใจ มีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความสุขในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ต่อการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เดือนธันวาคม 2559 ศึกษาการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข การสัมภาษณ์เชิงลึก และนำข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพ (Health Data Center) ของจังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2559 มาวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้และทราบปัจจัยที่ทำให้มีการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบฯ และได้วางแผนแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นโดยการจัดทำ “แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน หน่วยบริการสาธารณสุข

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๒

จังหวัดอำนาจเจริญ” ขึ้น เพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติงาน และป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยที่มารับบริการและผู้ให้บริการ

ระยะที่ 2 เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2560 ประชุมทันตบุคลากรจำนวน 3 ครั้ง เพื่อชี้แจงและใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในการปฏิบัติงาน และชี้แจงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)และเจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบปัญหาจากการใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมฯสร้างความเข้าใจการปฏิบัติงานตามแนวทางรวมทั้งกำกับติดตามการปัญหาจากการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้

ระยะที่ 3 เดือนธันวาคม 2560 นำข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพ (Health Data Center) ของจังหวัดอำนาจเจริญ ระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2560 มาวิเคราะห์ เพื่อศึกษาถึงผลการมีและใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้าน ทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ปฏิบัติงานประจำทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จำนวนทั้งหมด 53 คน จากหน่วยบริการทั้งหมด 46 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive sampling) ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ปฏิบัติงานประจำทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง 46 คน ที่มีการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข การสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพ (Health Data Center) ของจังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยคือแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระยะที่ 1 การปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2559 พบว่า

กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกแห่ง ในจังหวัดอำนาจเจริญ ทั้งหมด 46 คน เป็นเพศหญิง 39 คน ร้อยละ 84.8 เป็นเพศชาย 7 คน ร้อยละ 15.2 อายุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 50 ปี อายุเฉลี่ย 32 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี มีสถานภาพโสด 24 คน ร้อยละ 52.2 สมรสแล้ว 20 คน ร้อยละ 43.5 หย่า 2 คน ร้อยละ 4.3 ตามลำดับ ระดับการศึกษา จบปริญญาตรี 35 คน ร้อยละ 76.1 จบอนุปริญญา 11 คน ร้อยละ 23.9 จบหลักสูตรเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 ปี 41 คน ร้อยละ 89.1 จบหลักสูตรเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 4 ปี 5 คน ร้อยละ 10.9 รายได้ต่ำสุด 9,330 บาท รายได้สูงสุด 33,000 บาท รายได้เฉลี่ย 17,483 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท 15 คน ร้อยละ 32.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ระยะเวลาสั้นที่สุด 6 เดือน ระยะเวลาปานกลางที่สุด 25.7 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 9.6 ปี ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วงเวลาน้อยกว่า 5 ปี 17 คน ร้อยละ 37.0

ในด้านการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ทราบว่ามีกรอบการปฏิบัติงานของตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 46 คน ร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ ทราบว่า กระทรวงสาธารณสุขกำหนดระเบียบที่เป็นกรอบการปฏิบัติงานของตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 45 คน ร้อยละ 97.8 การปฏิบัติงานปกติได้ทำตามระเบียบที่เป็นกรอบการปฏิบัติงานของตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 29 คน ร้อยละ 63.0 ไม่ปฏิบัติตาม 9 คน ร้อยละ 19.6 ไม่แน่ใจว่าตนเองปฏิบัติตาม 8 คน ร้อยละ 17.4 แต่ทราบว่าจะงานประจำที่ปฏิบัติอยู่นอกเหนือที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 41 คน ร้อยละ 89.1 ไม่ทราบว่าตนเองปฏิบัติงานประจำนอกเหนือที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด 5 คน ร้อยละ 10.9

โดยสาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขนอกเหนือที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนใหญ่พบว่า เป็นผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ 6 คน ร้อยละ 13.0 รองลงมาได้แก่ สามารถทำได้ ซึ่งเท่ากับความคาดหวังของผู้มารับบริการ ร่วมกับสาเหตุอื่นคือความคาดหวังของเพื่อนร่วมงานและเป็นการแบ่งเบาภาระงานของทันตแพทย์ รวมทั้งสาเหตุอื่นๆ (ไม่มีผู้ให้บริการคนอื่นอยู่) 5 คน ร้อยละ 10.9

ผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนใหญ่พบว่าผู้มารับบริการยอมรับ 16 คน ร้อยละ 34.8 รองลงมาได้แก่ มีปัญหาบ้างเล็กน้อย 11 คน ร้อยละ 23.9 ไม่มีปัญหาในการปฏิบัติงานเท่ากับ ผู้มารับบริการยอมรับและไม่มีปัญหา 6 คน ร้อยละ 13.0 ผู้มารับบริการยอมรับแต่มีปัญหาล้างเล็กน้อย 4 คน ร้อยละ 8.7

การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ภายใต้การควบคุมของใคร พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ในฝ่ายทันตสาธารณสุขของ โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน 12 คน ร้อยละ 26.1 หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน และทันตแพทย์ในฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน 9 คน ร้อยละ 19.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน ร้อยละ 17.4

กรณีการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบว่า เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขได้ปรึกษาทันตแพทย์ภายในเครือข่ายอำเภอ 18 คน ร้อยละ 39.1 รองลงมา ปรึกษาทันตแพทย์ภายใน

เครือข่ายอำเภอ และไม่ให้บริการ แต่ส่งต่อไปพบทันตแพทย์ 5 คน ร้อยละ 10.9 จากกลุ่มตัวอย่าง 46 คน จำแนกเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 38 คน ร้อยละ 82.6 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป 8 คน ร้อยละ 17.4

สาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ ซึ่งเท่ากันกับสามารถทำได้ 5 คน ร้อยละ 13.2 รองลงมาได้แก่ ความคาดหวังของผู้มารับบริการ ผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงานรวมทั้งผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ สามารถทำได้และผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ ความคาดหวังของผู้บริหารและผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ เท่ากันคือ 4 คน ร้อยละ 10.5

ผลการศึกษาระยะที่ 2 การปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

เมื่อศึกษาข้อมูลการให้บริการในระบบคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพ (Health Data Center) ของจังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีไว้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันในตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลผู้มารับบริการรักษาพยาบาล และจัดส่งข้อมูล 43 แห่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ผลการวิเคราะห์ พบว่า ข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่า ในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจริง และภายหลังจากการนำแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญ มาใช้ในดำเนินการเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 และนำข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลภายในปี 2560 มาวิเคราะห์พบว่าการดำเนินงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานน้อยลง ซึ่งแยกเป็น 2 ประเด็น ตามปี พ.ศ.การให้บริการ ดังนี้

1.การให้บริการทันตกรรมแก่ผู้มารับบริการที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ของผู้มารับบริการ โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ปี พ.ศ. 2559
จำแนกตามกลุ่มอายุ และการให้บริการทันตกรรม (n=4,153)

อายุ (ปี)	บริการทันตกรรม									
	ถอนฟันแท้		อุดฟันแท้		ซุดหินปูน		อื่นๆ		รวมให้บริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<14 ปี	68	1.98	55	30.90	12	5.58	182	56.17	317	7.63
14-20	110	3.20	29	16.29	19	8.84	16	4.94	174	4.19
21-30	145	4.22	10	5.62	18	8.37	19	5.86	192	4.62
31-40	164	4.77	19	10.67	29	13.49	17	5.25	229	5.51
41-50	542	15.77	26	14.61	63	29.30	23	7.10	654	15.75
51-60	884	25.73	17	9.55	42	19.53	36	11.11	979	23.57
61-70	961	27.97	5	2.81	15	6.98	15	4.63	996	23.98
70 ปี ขึ้นไป	562	16.36	17	9.55	17	7.91	16	4.94	612	14.74
รวม	3,436	100.00	178	100.00	215	100.00	324	100.00	4,153	100.00

จากตาราง พบว่า ปี พ.ศ. 2559 การให้บริการทันตกรรมแก่ผู้มารับบริการที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไป ในหน่วยบริการสาธารณสุข ที่เป็นการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด¹¹ ได้แก่ การให้บริการถอนฟัน ซุดหินปูน และอุดฟัน รวมทั้งจำแนกพบว่า การให้บริการทันตกรรมในภาพรวมมากที่สุด เป็นกลุ่มอายุ 61-70 ปี จำนวน 996 คน

ร้อยละ 23.98 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 979 คน ร้อยละ 23.57 และน้อยที่สุดคือ ในกลุ่มอายุ 14-20 ปี จำนวน 174 คน ร้อยละ 4.19 ส่วนอายุในกลุ่มต่ำกว่า 14 ปี ที่เป็นไปตามระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีเพียงจำนวน 317 คน ร้อยละ 7.63

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ของผู้มารับบริการ โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ปี พ.ศ. 2560
จำแนกตามกลุ่มอายุ และการให้บริการทันตกรรม (n=4,967)

อายุ (ปี)	บริการทันตกรรม									
	ถอนฟันแท้		อุดฟันแท้		ซุดหินปูน		อื่นๆ		รวมให้บริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 14 ปี	72	2.78	595	66.48	578	63.45	285	49.83	1,530	30.80
14-20	110	4.25	48	5.36	34	3.73	39	6.82	231	4.65
21-30	185	7.15	35	3.91	67	7.35	56	9.79	343	6.91
31-40	246	9.50	49	5.47	45	4.94	34	5.94	374	7.53
41-50	452	17.46	64	7.15	69	7.57	55	9.62	640	12.89
51-60	601	23.21	25	2.79	72	7.90	65	11.36	763	15.36
61-70	491	18.96	53	5.92	19	2.09	18	3.15	581	11.70
70 ปี ขึ้นไป	432	16.69	26	2.91	27	2.96	20	3.50	505	10.17
รวม	2,589	100	895	100	911	100	572	100	4,967	100

จากตาราง พบว่า ปี พ.ศ. 2560 การให้บริการทันตกรรมแก่ผู้มารับบริการในกลุ่มต่ำกว่า 14 ปี ที่เป็นไปตามระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในภาพรวมมากที่สุด จำนวน 1,530 คน ร้อยละ 30.80 รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 51-60 ปี จำนวน 763 คน ร้อยละ 15.36 และน้อยที่สุดคือ ในกลุ่มอายุ 14-20 ปี จำนวน 231 คน ร้อยละ 4.65 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 14 ปี เป็นการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ การให้บริการถอนฟัน ขูดหินปูน และอุดฟันรวมทั้งจ่ายยา

2.การให้บริการรักษาพยาบาลที่นอกเหนือจากการให้บริการทันตกรรม

ปี พ.ศ. 2559 การให้บริการรักษาพยาบาลที่นอกเหนือจากการให้บริการทันตกรรม ซึ่งไม่เป็นไปตามระเบียบการปฏิบัติงานของ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่

กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น การเย็บแผลตามร่างกาย การล้างแผล การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาโรคโดยการจ่ายยา พบว่า ให้บริการรักษาพยาบาลมากที่สุด คือ ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 145 คน ร้อยละ 29.06 รองลงมา ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 91 คน ร้อยละ 18.24 รายละเอียดตามตารางที่ 7

ปี พ.ศ. 2560 การให้บริการรักษาพยาบาลที่นอกเหนือจากการให้บริการทันตกรรม ซึ่งไม่เป็นไปตามระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดลดปริมาณลง เช่น การเย็บแผลตามร่างกาย การล้างแผล การวินิจฉัยโรค และให้การรักษาโรคโดยการจ่ายยา พบว่า ให้บริการรักษาพยาบาลมากที่สุด คือ ในกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 108 คน ร้อยละ 37.76 รองลงมา ในกลุ่มอายุ 31-40 ปี จำนวน 33 คน ร้อยละ 11.54

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ของผู้มารับบริการ โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ปีงบประมาณ 2559 จำแนกตามกลุ่มอายุ การให้บริการทันตกรรม และการรักษาพยาบาล (n = 4,652)

อายุ (ปี)	บริการทันตกรรม		การรักษาพยาบาล		รวมการให้บริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 14 ปี	317	6.81	145	3.12	462	9.93
≥14 ปี	3,836	82.46	354	7.61	4,190	90.06
รวม	4,153	89.27	499	10.73	4,652	100.00

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์การให้บริการโดยรวมที่เป็นการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว ในปี พ.ศ.2559 พบว่า การให้บริการทันตกรรมกลุ่มอายุ >14 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.46 การให้บริการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 10.73 ของการให้บริการโดยรวมที่เป็นการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ของผู้มารับบริการ โดยเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามกลุ่มอายุ การให้บริการทันตกรรม และการรักษาพยาบาล (n = 5,253)

อายุ (ปี)	บริการทันตกรรม		การรักษาพยาบาล		รวมการให้บริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< 14 ปี	1530	29.13	108	2.06	1638	31.18
≥14 ปี	3437	65.43	178	3.38	3615	68.83
รวม	4,967	94.56	286	5.44	5,253	100.00

จากตาราง เมื่อวิเคราะห์การให้บริการโดยรวมในปี พ.ศ. 2560 พบว่า การให้บริการทันตกรรมกลุ่มอายุ >14 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.43 และการให้บริการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 5.44 ของการให้บริการโดยรวม ที่เป็นการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2559 รายละเอียดตามตารางที่ 10

จากการศึกษาการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงสาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนใหญ่ มาจาก ผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ เช่น การทำหน้าที่ เจ้าพนักงานพัสดุ ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่งานการเงิน การออกสำรวจลูกน้ำ การพ่นหมอกควัน การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ การตรวจหนอนพยาธิ การตรวจหาหนอนพยาธิในอุจจาระโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ ส่วนที่เกิดจากเพื่อนร่วมงาน เช่น การช่วยให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการ การออกสำรวจลูกน้ำ การพ่นหมอกควัน ฯ เพราะต้องพึ่งพาอาศัยกัน หากไม่ช่วยจะทำให้เพื่อนร่วมงานไม่พอใจ เข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ได้ เพื่อนร่วมงานว่าเป็นคนเห็นแก่ตัว ไม่ช่วยเหลือผู้อื่น และอีกหนึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ การอยู่สถานพยาบาลเพียงคนเดียว จำเป็นต้องให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการเพราะผู้ป่วยคาดหวังว่า การมารับบริการที่หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องได้รับบริการ ดังนั้นผู้ให้บริการที่อยู่สถานพยาบาลจึงไม่สามารถปฏิเสธ การให้บริการได้ แม้ว่า จะเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)ก็ตาม ซึ่งปกติพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนจะเป็นผู้ให้บริการหลักของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ(รพ.สต.) และข้อมูลจากการซักถามถึงปัญหาขณะที่ประชุมชี้แจงแนวทางการให้บริการทันตกรรมฯเพื่อตรวจสอบปัญหาจากการใช้แนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมฯ ในการดำเนินศึกษาในระยะที่ 2 เพื่อสร้างความเข้าใจการปฏิบัติงานตามแนวทางรวมทั้งกำกับติดตามการปัญหาจากการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่

กำหนดไว้นั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า มีความกล้าที่จะสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยที่มารับบริการมากขึ้น และชี้แจงให้คนในชุมชนหรือเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชา โดยใช้แนวทางการให้บริการทันตกรรมฯที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ทำให้มั่นใจในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยมีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน ในการให้บริการประชาชนในเขตรับผิดชอบ ซึ่งจะทำให้สามารถปฏิบัติงานและพัฒนางานที่เป็นภารกิจหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทุกคน ทราบว่า การปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข มีระเบียบกำหนดกรอบการปฏิบัติงานของตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขไว้ และทุกคนพยายามที่จะปฏิบัติงานตามระเบียบที่กำหนด แต่สาเหตุที่ทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนั้น ส่วนใหญ่เพราะผู้บังคับบัญชามอบหมายหรือสั่งการ อีกทั้งยังสามารถทำได้ และสามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้มารับบริการได้ ทั้งยังพบว่า ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการยอมรับ ทำให้ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่อื่นนอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุข และยืนยันได้จากข้อมูลการให้บริการแก่ผู้มารับบริการในระบบ Data Health Center พบว่า การให้บริการแก่ผู้มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ แยกเป็นการให้บริการทันตกรรมและการรักษาพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างบอกได้อย่างถูกต้องว่า ต้องปฏิบัติงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ให้อยู่ภายใต้การควบคุมของหัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน และทันตแพทย์ในฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน ซึ่งขัดแย้งกับความเป็นจริงที่การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต้องปฏิบัติงานภายใต้การบังคับบัญชา

ผู้ดูแลสถานพยาบาล (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกเหนือจากงานของทันตสาธารณสุขแล้วยังได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานอื่นๆอีกเช่น งานวิชาการ งานการเงิน งานพัสดุและจัดซื้อจัดจ้าง งานประชาสัมพันธ์ งานสุศึกษา งานยาเสพติด งานคัดกรองโรคเรื้อรัง งานไข้เลือดออก งานตรวจหนองพยาธิ และงานอื่นๆที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย เพื่อช่วยเหลือเพื่อนร่วมงานปฏิบัติงานให้บรรลุตามภาระงานและตัวชี้วัดต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของพิศักดิ์ อังค์สิริมงคล สุณี วงศ์คงคาเทพ สดิกามธนวินและอดิสาศิริเวชสุนทรที่ศึกษาการกระจายทันตภิบาลไทยและภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพ พ.ศ.2549 ที่พบว่า ทันตภิบาลมีการทำงานด้านอื่น เช่น การเยี่ยมบ้านและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล งานสารบรรณ งานพัสดุ และงานการเงิน เป็นต้น ผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ส่วนใหญ่แล้วพบว่า ผู้มารับบริการยอมรับอาจเนื่องจากยังไม่มีปัญหาเกิดขึ้น แต่อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วน ตอบว่ามีปัญหาบ้างเล็กน้อย หากไม่มีวิธีการป้องกันปัญหาจากการปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้แล้วนั้น ไม่ว่าจะเป็นงานทันตกรรม หรืองานรักษาพยาบาลที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ไม่มีองค์ความรู้หรือทักษะในการปฏิบัติงานเพียงพอ เนื่องจากหลักสูตรการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาตามหลักสูตร เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 ปี และนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)หลักสูตร 4 ปี ไม่มีการสร้างองค์ความรู้และทักษะในการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หรืองานอื่นๆที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ต้องปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบการปฏิบัติงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เมื่อมาปฏิบัติงานใน รพ.สต. ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาได้ ทั้งต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการและต่อเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เช่น ผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยมีผลต่อโรคประจำตัวผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยอาการหนักขึ้น หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาจเกิดเรื่องฟ้องร้องหรือร้องเรียนได้

และที่สำคัญไม่มีกฎหมายรองรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในการปฏิบัติงานที่นอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมศรี เหมาะสม และสงครามชัย ลิทองดี ที่ศึกษาสภาพปัญหาและการคงอยู่ปฏิบัติงานของทันตภิบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่พบว่า ทันตภิบาลทำงานเกินขอบเขตหน้าที่ และต้องเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ไม่มี พรบ.วิชาชีพรองรับ และควรทำงานตามกรอบที่กฎหมายกำหนด ทั้งยังสอดคล้องกับ สมนึก ชาญด้วยกิจ ที่กล่าวสรุปไว้ใน การสัมมนาเรื่องบทบาททันตภิบาลไทย ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เมื่อวันที่ 1-2 พฤษภาคม 2551 ว่า สิ่งที่ถูกต้อง ต้องทำ สิ่งที่ไม่ถูกต้อง ต้องไม่ทำ เรื่องที่อยู่ใน Functional Competency มีระเบียบรองรับสามารถทำได้ อะไรที่ไม่มีมีการรองรับควรพิจารณาให้ดี และมีข้อสรุปจากการประชุมกล่าวในการสัมมนาว่า ควรให้บริการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ปี 2539

ผลกระทบกรณีที่เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ปฏิบัติงานนอกเหนือระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ พบว่า ส่วนใหญ่แล้ว ผู้ป่วยไม่ศรัทธา รองลงมาคือ เพื่อนร่วมงานมองว่าไม่ตั้งใจปฏิบัติงาน เพื่อนร่วมงานไม่ศรัทธาและผู้ป่วยร้องเรียน ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะเพิ่มเติมในการศึกษานี้ว่า สาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติงานตามระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยคาดหวังมากในการมารับบริการ ว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องปฏิบัติงานได้ทุกภาระกิจ ไม่ว่าเจ้าหน้าที่คนนั้นจะอยู่ในตำแหน่งใดก็ตาม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริพร เหลืองอุดม ในการศึกษาปรากฏการณ์ความขัดแย้งในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลนักเรียนทุน อบต.ที่พบว่า ทันตภิบาลต้องตรวจรักษาโรค ทำแผลและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน แต่แตกต่างกับข้อเสนอความสามารถที่พึงประสงค์ของทันตภิบาล หลักสูตร 4 ปี พ.ศ.2550 ที่รับรองโดยทันตแพทยสภา ในประเด็นความสามารถอื่นๆที่พึงประสงค์ เช่น การให้การปฐมพยาบาลสำหรับผู้ป่วย

ส่วนการปฏิบัติงานจริงอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การทำงานเฉพาะในกรอบการปฏิบัติงานตามระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จะทำให้เกิดความขัดแย้งกับความต้องการขององค์กร(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และคนในชุมชนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรับผิดชอบ การศึกษาของ สรรรัตน์ เรื่องฤทธิ์, ศรีณญาเบญจกุล, จุฑาธิป ศิลบุตร กล่าวว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของทันตภิบาล จึงควรให้ความสำคัญกับความชัดเจนของคุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และความพึงพอใจของรายได้ ทั้งนี้เพื่อให้ทันตภิบาลคงอยู่ในระบบ และให้บริการทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพแก่ประชาชนต่อไป ซึ่งการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมของนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข ภายในจังหวัด และได้แนะนำระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มาใช้ในการชี้แจงอย่างชัดเจนและอธิบายถึงที่มาและความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและผู้ให้บริการหากไม่ปฏิบัติตามระเบียบ ตลอดจนสร้างความเข้าใจกับผู้บังคับบัญชาในระดับพื้นที่ รวมทั้งสั่งการให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานนอกเหนือกรอบตามระเบียบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เนื่องจากไม่มีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมอบหมายภาระงานให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานตามกรอบที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และสร้างความเข้าใจให้กับผู้มารับบริการในชุมชนและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้าใจถึงบทบาทของ

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพการทำงานของเจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข จึงควรให้ความสำคัญกับความชัดเจนของกรอบการปฏิบัติงาน ความเข้าใจของชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ และให้บริการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพแก่ประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาในภาพกว้างขึ้น เช่น ในระดับเขตสุขภาพ เปรียบเทียบกันระหว่างเขตสุขภาพ หรือในระดับประเทศ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ในเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้าสำหรับมาใช้ในการจัดการทรัพยากรบุคคล (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ในภาพรวม เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในระดับนโยบายเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างชัดเจน ป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยที่มารับบริการและผู้ให้บริการ (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข) โดยมีระเบียบหรือกฎหมายรองรับ หรือมีองค์ความรู้หรือทักษะที่เพียงพอในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้อย่างมีความสุข เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารของทุกหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญทุกท่านที่สนับสนุนการศึกษาและร่วมแสดงความคิดเห็นครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการประชุม โครงการสัมมนาเรื่องบทบาททันตภิบาลไทยในการส่งเสริม

- สุขภาพ 1-2 พฤษภาคม 2551. http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=389 สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
2. กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน 2552, 11-13
 3. กองทันตสาธารณสุข. กรมอนามัย. รายงานผลการประชุม โครงการสัมมนาเรื่องบทบาททันตภิบาลไทยในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก วันที่ 1-2 พฤษภาคม พ.ศ.2551. http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=389 สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
 4. จิราวัฒน์ ชื่นรุ่งโรจน์, ห่อทิพย์ บรรณรัตน์ และวรางคณา จันทรงค์ (2556) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุข เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 17. <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/56/grc14/files/mmp29.pdf> สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559.
 5. เฉลิมศรี เหมะหมาย และสงครามชัย ลีทองดี (2556). ศึกษาสภาพปัญหาและการคงอยู่ปฏิบัติงานของทันตภิบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษา เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 9. http://www.journal.msu.ac.th/index.php?page=show_journal_article&j_id=5&article_id=710 สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
 6. ชงชัย วชิรโรจน์ไพศาล. ทันตภิบาล อดีต ปัจจุบัน และอนาคต.วารสารทันตภูธร.ฉบับที่ 1 :มกราคม 2558 : 30-41
 7. ชงชัย วชิรโรจน์ไพศาล. ปรับหลักสูตรทันตภิบาล ตัดจุดฟัน-ถอนฟันออก เน้นป้องกันส่งเสริมสุขภาพช่องปาก. <https://www.hfocus.org/content/2016/09/12733> สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2559.
 8. นิธิมา เสริมสุธีอนุวัฒน์. 4 ทศวรรษทันตภิบาลไทย วารสารหมออนามัย กค.-สค.2553 17-23. <https://issuu.com/nithimar/docs/p.17-23> สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
 9. พิศักดิ์ อังคีศิริมงคล; Pisak Onksririmongkol; สุณี วงศ์คงคาเทพ; Sune Wongkongkabheb; สาธิตา เมธนาวิน; Salika Methanawin; อลิสา ศิริเวชสุนทร; Alisa Sirivejsuntorn (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2008). การกระจายทันตภิบาลไทย และภาระงานที่ปฏิบัติในศูนย์สุขภาพ พ.ศ.2549. <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/204/p091-098.pdf?sequence=1&isAllowed=y> สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
 10. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาลองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539, ราชกิจจานุเบกษา. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/data/pdf/2539/E/035/25.PDF> , สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
 10. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาลองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559, ราชกิจจานุเบกษา. <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2559/E/155/1.PDF> , สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
 11. ศศิธร ไชยประดิษฐ์ และชัยพฤกษ์ ตั้งจิตจงพิทยา.บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน, เชียงใหม่ทันตสาร, หน้า 145-158, http://www.dent.cmu.ac.th/cmdj/fulltextcmdj/fulltext/fulltext_2558_36_2_397.pdf , สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559.

12. ศิริพร เหลืองอุดม . ปรากฏการณ์ความขัดแย้งในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและทันตภิบาลนักเรียนทุน อบต.: <http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2196/siriporn.pdf?sequence=1&isAllowed=y> สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
13. สมาคมทันตภิบาลแห่งประเทศไทย , ประวัติความเป็นมาทันตภิบาล. http://www.tantathai.org/history_tanta.php สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
14. สุณี ผลดีเยี่ยม กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย , ความก้าวหน้าของทันตภิบาล. http://ruraldent-magazine.blogspot.com/2009/07/blog-post_7510.html สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2559.
- 15.สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.มาตรฐานกำหนดตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข. [,http://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/job_specification/4-6-001-1.pdf](http://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/job_specification/4-6-001-1.pdf) , http://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/job_specification/4-6-001-2.pdf, สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559
16. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. ข้อมูลการให้บริการสุขภาพจากคลังข้อมูลกลางด้านสุขภาพ 2559-2560
17. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ,ความสามารถที่พึงประสงค์ (competence) ของทันตภิบาล หลักสูตร 4 ปี รับรองโดยทันตแพทยสภา 3 พฤศจิกายน 2559 : เข้าถึงจาก http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=389 สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2559

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงหลังคลอด อำเภอชริบารมี จังหวัดพิจิตร

FACTOR PREDICTING BEHAVIORS FOR BREASTFEEDING POSTPARTUM WOMEN IN WACHIRABARAMEE DISTRICT, PHICHIT PROVINCE.

ณัฐพร ขาญชัยกรรม¹, พัฒนาวดี พัฒนถาบุตร², จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ³

Natthaporn Chanthuyakam, Pattanawadee Pattanathaburt, Chakkrapan Phetphum

บทคัดย่อ

การวิจัยศึกษาเชิงพหุปรการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด อำเภอชริบารมี จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงหลังคลอดที่คลอดลูกตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอชริบารมี จังหวัดพิจิตร จำนวน 152 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ.2560 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 74.34 โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 40.88 คะแนน, S.D. = 5.382 และมีตัวแปรอิสระที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรในสมการถดถอยพหุคูณนี้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คิดเป็นร้อยละ 42.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: นมแม่ หญิงหลังคลอด พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

Abstract

This predictive research aimed to study the breastfeeding behaviors of the postpartum women and to examine predictive factors for breastfeeding behaviors of the postpartum women in Wachirabaramее District, Pichit Province. The sample group was 152 postpartum women who gave birth for at least six months but not over one year, and lived in Wachirabaramее District, Pichit Province. They were selected with simple random sampling. The data were collected during October-December, 2017 using the questionnaires. Collected data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The findings indicated that 74.34% of them had breastfed behaviors ($\bar{X}$ = 40.88 scores, S.D. = 5.382), which was in good level. The independent variables that predicted breastfeeding behavior in the multiple regression equation were social support of breastfeeding, attitude towards breastfeeding, knowledge of breastfeeding, and the education higher than High school. These four independent variables in the resulting multiple regression equation were able to predict the breastfeeding behavior at 42.10% with statistical significance level at 0.05

Key words: Breastfeeding, Postpartum, Breastfeeding Behavior

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

² อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

³ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

บทนำ

น้ำนมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่ดีที่สุดสำหรับเด็กทารก เพราะมีผลดีต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก ช่วยเพิ่มความผูกพันระหว่างมารดาและลูก และสร้างความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ ยังมีผลการวิจัยทางการแพทย์ยืนยันว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์มากกว่านมผสมทั้งต่อทารก มารดา ครอบครัว และสังคม (World Health Organization : WHO, 2001; Merewood et al, 2006; American Academy of Pediatrics, 2005) โดยองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ประเมินการว่าทุกๆ ปีมีเด็กทารกเสียชีวิตมากกว่า 10 ล้านคน ด้วยสาเหตุที่มาจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ เช่น อุจจาระร่วง ปอดบวม หัด มาเลเรีย ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถป้องกันได้ง่ายด้วยการได้รับสารอาหารจากน้ำนมแม่เพียงอย่างเดียว นาน 6 เดือน (United Nations Children's Fund : UNICEF, 2005; Lawrence, 1997)

จากความสำคัญของน้ำนมแม่ดังกล่าวข้างต้น องค์การอนามัยโลกและองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงกำหนดให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นนโยบายที่ทุกประเทศทั่วโลกควรนำไปปฏิบัติ ใช้เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับการให้อาหารตามวัยต่อไปจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น (WHO, 2001) อย่างไรก็ตาม นโยบายดังกล่าวก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเมื่อผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเกือบทุกประเทศทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (Lutter, 2000) สอดคล้องกับผลการสำรวจระดับโลกที่ระบุว่า มีทารกถึงร้อยละ 61.00 ที่ไม่ได้เลี้ยงด้วยนมแม่หรือเลี้ยงด้วยนมแม่เป็นเวลาน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (UNICEF, 2006)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และผลักดันให้เกิดนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 เป็นต้นมา โดยในช่วงแรก (พ.ศ. 2513 – 2548) เน้นที่

มาตรการเสริมสร้างความตระหนักและการรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว นาน 4 เดือน ต่อมาในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้ตั้งเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30.00 และขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว โดยดำเนินโครงการ โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่จากการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 14.50 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ในขณะที่ผลการสำรวจขององค์กร UNICEF ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในปีเดียวกันเพียงร้อยละ 5.40 เท่านั้น ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำที่สุดในเอเชีย และเป็นอันดับที่ 3 จากอันดับสุดท้ายของโลก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ และยูนิเซฟ, 2550)

ดังนั้นต่อมาในปี พ.ศ. 2550 จึงได้เปลี่ยนเป็นโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการดำเนินงานในระดับตำบล และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (กรมอนามัย, 2550) ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.50 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 15.10 ในปี พ.ศ. 2552 (กรมอนามัย, 2557) ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน จากร้อยละ 30.00 เพิ่มเป็นร้อยละ 50.00 โดยกำหนดอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ซึ่งผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 ปี พ.ศ. 2556 และปี พ.ศ. 2559 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นเป็นร้อยละ 54.00, 58.80 และ 61.29 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557, 2560) ในขณะที่ผลการสำรวจขององค์กร UNICEF ในปี พ.ศ. 2555 และปี พ.ศ. 2559 พบว่าอัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในประเทศไทย เพียงร้อยละ 12.30 และ 23.10 เท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555, 2559)

จังหวัดพิจิตรได้ดำเนินโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนให้เด็กทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวด้วยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทุกระยะตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงการติดตามเยี่ยมหลังคลอดกับมารดา โดยผลการดำเนินงานของจังหวัดพิจิตร ปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2559 พบว่า มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 58.50, 64.70, 94.23 และ 76.80 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2559) โดยในปีพ.ศ. 2559 ผลการดำเนินงานของอำเภอศรีบารมี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำที่สุดเป็น 1 ใน 3 ของจังหวัดพิจิตร คิดเป็นร้อยละ 60.71 และต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของจังหวัดพิจิตรที่ร้อยละ 76.80 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ความรู้ ทักษะ การศึกษา (อาภาพร เฝ้าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2554; Dennis, 2002; Ryser, 2004; Tinuade, 2010; Dennis, 2002) ปัจจัยทางสังคม - สิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม (ศิริธร พลายชุมพล, เทียมสร ทองสวัสดิ์ และลาวัณย์ สมบูรณ์, 2557; Scott J, Landers, Hughes, Binns, 2001; Swanson & Power, 2005; Falceto, Giugliani and Fernandes, 2004) แต่ยังไม่พบประเด็นการศึกษาดังกล่าวในอำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร ซึ่งยังเป็นพื้นที่ที่พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของจังหวัดพิจิตรตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือน ของหญิงหลังคลอด อำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร โดยผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ออกแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด อำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด อำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด อำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงหลังคลอดที่คลอดลูกตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2560 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 118 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30.00 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 153 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยมีเกณฑ์ การคัดเข้า - คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. หญิงหลังคลอดที่คลอดลูกตั้งแต่ 6 เดือนแต่ไม่เกิน 1 ปีที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีบารมี จังหวัดพิจิตร
2. หญิงหลังคลอดที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criterion)

1. หญิงหลังคลอดที่มีโรคประจำตัวหรืออยู่ในช่วงรับประทานยาที่ทำให้ไม่สามารถให้นมลูกได้
2. ทารกหลังคลอดที่เป็นโรคทางพันธุกรรมเมตาบอลิก หรือมีโรคประจำตัวที่ต้องงดให้นมแม่ เช่น โรคกาแลคโตซีเมีย เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัว แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามทัศนคติทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านพบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.0 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้และทดสอบความเชื่อมั่นโดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้วิธีของครูดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kruder – Richardson Method) โดยใช้สูตร $KR - 20$ ได้เท่ากับ 0.70
2. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติพบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.755, 0.723 และ 0.703 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว) ความรู้

ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว) ความรู้ ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณเชิงเส้น (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

การศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี ร้อยละ 55.92 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 27 ปี (S.D. = 6.530) โดยมีอายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี การศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.13 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.53 โดยมีลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 57.24

ส่วนใหญ่มีกวารู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.03 (S.D. = 1.329) มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 60.53 (S.D. = 4.234) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 74.34

ตาราง 1 แสดงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง (n=152)

ปัจจัยทำนาย	b	Std.Error	Beta	t	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.276	0.050	0.407	5.556	< 0.001*
ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.250	0.093	0.197	2.689	0.008*
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	0.769	0.267	0.190	2.876	0.005*
การศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป	2.372	0.968	0.158	2.450	0.015*
Constant	10.785	3.486		3.094	0.020

R = 0.649 R² = 0.421 F = 26.775 *p-value < 0.05

จากตาราง พบว่า จากการศึกษทั้งหมด 7 ตัวแปร มีตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 4 ตัวแปร ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($Beta = 0.407, b = 0.276$) ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($Beta = 0.197, b = 0.250$) ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($Beta = 0.190, b = 0.769$) และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ($Beta = 0.158, b = 2.372$) ตามลำดับ โดยตัวแปรดังกล่าว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ร้อยละ 42.10 ($R^2 = .421$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาขึ้นชื่อว่า หญิงหลังคลอด ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยเพิ่มโอกาสการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ นอกจากนี้ การให้ความช่วยเหลือ หญิงหลังคลอดให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเป็น รูปธรรมจะช่วยย่นระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ออกไปได้ครบ 6 เดือน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะแรงสนับสนุน ที่ได้รับจากคนในครอบครัวเป็นเสมือนแรงกดดันและ ความคาดหวังที่แม่ต้องแสดงความรับผิดชอบด้วยการเลี้ยง ลูกของตนเองด้วยนมแม่ให้เป็นผลสำเร็จ (Dennis, 2002; Scott et al, 2001; Swanson, Power, 2005; Ryser, 2004; Scott, Shaker, Reid, 2004) นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทาง สังคมที่หญิงหลังคลอดได้รับจากเครือข่ายทางสังคมที่ แวดล้อมหญิงหลังคลอดอยู่ เช่น พ่อแม่ สามีน และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขมีผลโดยตรงต่อระดับความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และมีผลทำให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพียงอย่างเดียวครบ 6 เดือนได้เป็นผลสำเร็จ (Scott et al, 2001; DiGirolamo et al , 2005; Swanson and Power, 2005; Scott , Shaker, Reid; 2004)

ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผล ทางบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของหญิงหลัง คลอด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Scott et al (2001)

DiGirolamo et al (2005) Swanson และ Power (2005) และ Scott, Shaker, Reid (2004) ที่พบว่าทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครบ 6 เดือน ทั้งนี้ก็เพราะระดับทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่มีผลโดยตรงต่อระดับความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และมีผลทำให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพียงอย่างเดียวครบ 6 เดือนได้เป็นผลสำเร็จ ในขณะที่ หญิงหลังคลอดที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะมีระดับความตั้งใจที่ต่ำและไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนม แม่เพียงอย่างเดียวได้ครบ 6 เดือน

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผล ทางบวกต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลัง คลอด อาจเป็นเพราะแม่ที่มีความรู้อยู่ในระดับสูง จะรับรู้ ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนสามารถ วิเคราะห์เปรียบเทียบถึงผลดีและผลเสียระหว่างการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่กับให้ลูกดื่มนมผสมหรืออาหารเสริมอื่นๆ ก่อนอายุ 6 เดือน อาจเนื่องมาจากการส่งเสริมการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้แม่หลังคลอดมี พฤติกรรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริธร พลายชุม และคณะ (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยง บุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ ประโยชน์ของนมมารดาและวิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนม มารดามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระยะเวลาใน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.835, p < 0.01$) และสอดคล้องกับ การศึกษาของธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และคณะ (2557) ที่ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาในจังหวัดนราธิวาส พบว่า ความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่ของมารดาและบิดา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่ของบิดาและการ สนับสนุนของบิดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถ

ร่วมกันทำนุความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือน ได้ร้อยละ 49.00 ($p < 0.001$)

ระดับการศึกษา มีผลทางบวกต่อพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด สอดคล้องกับ การศึกษาของ ภัทรพร ชูประพันธ์ และคณะ (2558) ที่ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง พบว่า ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือน โดยการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือสูงกว่า สามารถร่วมทำนุความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือนได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม่ที่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจะมีความสามารถในการแสวงหา ความรู้ ข้อมูลต่างๆ และหากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องใดก็จะแสวงหาความรู้เพิ่มเติมโดยการ อ่านหนังสือหรือรับฟังสิ่งที่ผู้อื่นถ่ายทอด แล้วนำความรู้ที่ ได้มาปรับใช้ในพฤติกรรมของตนเองได้มากกว่าแม่ที่มี การศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา

อายุ อาชีพ และลักษณะครอบครัว ปฏิเสธ สมมติฐานการวิจัย นั่นคือ ไม่สามารถทำนุพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงหลังคลอด สอดคล้องกับ การศึกษาวรรณญา กมลคร และสันติ กมลคร (2551) และ Rachel Tolbert Kimbro (2006) ที่พบว่าอาชีพของมารดา หลังคลอดไม่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดย การให้นมลูกของแม่ที่ทำงานนอกบ้านไม่แตกต่างกับแม่ที่ ทำงานอยู่ในบ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตินา เงินมาก (2548) และ Tinuade (2010) ที่พบว่าอายุของแม่ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับแรง สนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนุ พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ สูงสุด ดังนั้นจึงเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริม

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในการ สนับสนุนหญิงหลังคลอดในด้านการให้ข้อมูล ความรู้ เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือน

2. จากสมการทำนายพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่อย่างเดียว 6 เดือน พบตัวแปรที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด ดังนั้นจึงเสนอให้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ทักษะคิดให้แก่ประชาชนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาข้อมูลเชิง ลึกเกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ ของพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ โดยเพิ่มความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนทาง สังคม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.พัฒนาดี พัฒนานุตร อาจารย์ ที่ปรึกษา และ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ ร่วมทั้งคณะกรรมการ ทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทาง ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล และดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดร.รุ่งทิพา มโนวชิรสรรค์ นักวิชาการชำนาญการพิเศษ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไขและ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจนขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวชิรบารมีและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอวชิรบารมี ที่อำนวยความสะดวก ให้ ความอนุเคราะห์ ให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ยิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2550). คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ.

กรมอนามัย. (2553). โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทองพัฒนาศักยภาพบริการสถานพื้นสุขภาพแม่และเด็กไทย

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กอบแก้ว พัฒนจันทร์. (1 มิถุนายน 2550). นมแม่. สืบค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2556, จาก <http://hp.suinpho.com/index.php>

จิตรารัตน์ หวังสวัสดิ์, นันทา กาเลียง, อนงค์ ภิบาล, รัตนา ใจสมคม และวนิดา หะยีเชะ. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาในจังหวัดนราธิวาส**. พยาบาลสาร, 41, 123-133.

จิตติมา เงินมาก. (2548). **ศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 4-6 เดือนหลังคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมารดาที่คลอดครบกำหนดในโรงพยาบาลรามาริบัติ**. รายงานการวิจัย: โรงพยาบาลรามาริบัติ, กรุงเทพฯ.

พรณี หาญกิมหันต์, สมหมาย อัครปริดี, รัตนา ทอดสนิท, และกิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. (2554). **ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช**. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 20(5), 766-776.

ภัทรพร ชูประพันธ์, วิภา เทียงธรรม และปานัน พิชยภิญโญ. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง**. การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15 ประจำปี 2557. ขอนแก่น.

วรรณวิมล วิเชียรฉาย, ทิพวรรณ ลิ้มประไพพงษ์, และจันทรามาส. (2549). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 18(1), 1-13.

วรัญญา กมลคร และสันติ กมลคร. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือนของมารดาหลังคลอดในเขตรับผิดชอบสถานอนามัยหนองบัว อำเภอหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์**. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 54-65.

ศิริธร พลายชุม, เทียมสร ทองสวัสดิ์, และลาวัลย์ สมบูรณ์. (2551). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่น**. พยาบาลสาร, 39(2), 79-87.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2559). **สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาธารณสุข ปี 2559**. พิจิตร: ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **รายงานประจำปี 2557**. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละคำปิ่น, และขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ. (2554). **การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนาโนวิทยา.

American Academy of Pediatrics (AAP). (2005). **Breastfeeding and the use of human milk**. Pediatrics, 100, 1035-1039.

Dennis C-L. **Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review**. GOGNN 2002;31(1):12-32.

Dennis C-L. **Breastfeeding peer support: maternal and volunteer perceptions from a randomized controlled trial**. Birth 2002;29:169-76.

DiGirolamo A, Thompson N, MArtoel R, Faden S, Grummer-Strawn L. **Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding**. Health education and Behavior 2005;32(2): 208-26.

- Lawrence, RA. (1997). **A Review of the Medical Benefits and Contraindications to Breastfeeding in the United States**. National Center for Education in Maternal and Child Health, Arlington.
- Lutter, C.K. (2000). **Breastfeeding promotion-Is its effectiveness supported by scientific evidence and global changes in breastfeeding behaviors?**. Advance in Experimental Medicine and Biology, 78, 355-368
- Merewood, A., Chamberlain, LB., Cook, JT., Philipp, BL., Malone, K., & Bauchner, H. (2006). **The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit : results of a randomized controlled trial**. Arch Pediatr Adolesc Med, 160(7), 681-5.
- Ryser F. **Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low income women: the effect of the best start program**. Journal of Human Lactation 2004;20(3):300-5.
- Scott J, Landers M, Hughes R, Binns C. **Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding** . Journal of Paediatrics & Child Health 2001;37(3):254-61.
- Scott J, Shaker M, Reid R. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. Birth 2004;31(June (2)):125-31.
- Swanson V, Power K. **Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior**. Journal of Advanced Nursing 2005;50(3):272-82.
- Unicef. (2005). **Breastfeeding and Family Nutrition with Affection and Hygiene/Giving other foods while Breastfeeding continues**. Press release, Breastfeeding week, 1-7 November 2005.
- Unicef. (2006) **25 th Anniversary of the International Code of Marketing Breastmilk Substitutes**. Press Release, Breastfeeding week, 1-7 November 2006.
- World Health Organization (WHO). (2001) **The optimal duration of Exclusive Breastfeeding: Results of WHO systematic review**. Geneva : World health organization.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัวของช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

Factors Relating Right Ventricular Systolic Pressure Among Furniture Carpenters, Bankluay, Muang, Sukhothai Province

ลักขณา ชิตพันธ์¹

Lakkana Chitpan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (Right Ventricular Systolic Pressure) ของช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ กลุ่มสหกรณ์บริการหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ไม้บ้านขวาง ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 33 คน โดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพปอด (Spirometer) เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography Instrumentation) เครื่องเก็บตัวอย่างอากาศ (Personal Air Sampler) และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) และ ETA

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (P-value 0.046) โดยมีค่า r เท่ากับ 0.676 ในขณะที่ เพศ อายุ คชชนีมวลกาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ ระยะเวลาในการทำงานต่อวัน การสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน ระยะเวลาการสูบบุหรี่ ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กที่สามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจ สมรรถภาพปอด และความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value > 0.05)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดื่มสุรามีผลเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัวสูงขึ้นเนื่องจากแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความเสียหายกับโครงสร้างของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองอย่างถูกป้อนเหมาะสมร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอันอาจนำไปสู่การเกิดโรคโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ: ความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว ช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ สมรรถภาพปอด ฝุ่นที่สามารถผ่านเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้

Abstract

This cross sectional study aimed to study factors relating right ventricular systolic pressure (RVSP) among furniture carpenters working in Bankuang wood product Cooperative group, Bankluay sub-district, Muang, Sukhothai Province. The 33 workers were conducted with purposive sampling and collected data using Spirometer, Echocardiography Instrumentation, personal air sampler, and questionnaire. The data were analyzed using Correlation and ETA.

The statistical significance was found duration of drinking related to RVSP with 95%CI (P-value 0.046, $r = 0.676$). In the other hand, gender, age, body mass index (BMI), monthly income, duration of occupation, working hours, smoking, quantity of respirable dust (RD), lung function, and total ejection fraction (EF) were not related to RVSP (P-value > 0.05).

The results revealed that long-term alcohol consumption could damage the structure of the heart muscle cells. This caused right ventricular systolic pressure increasing. Thus, the related organization should promote workers on personal protective equipment use and improve their behavior to prevent the chronic non-communicable diseases.

Keyword : Right Ventricular Systolic Pressure, Furniture Carpenters, Lung Function, Respirable Dust

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดเกาะ

บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากมลภาวะทางอากาศที่มีสาเหตุมาจากการประกอบอาชีพมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีผู้เสียชีวิต จำนวนประมาณ 7 ล้านคน นับเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Diseases) ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมจากการทำงาน ได้แก่ โรคหอบหืด (Asthma) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary disease: COPD) โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) เป็นต้น (World Health Organization, 2011) จากรายงานของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังรายใหม่ในประเทศไทย จำนวน 26,514 ราย และอัตราความชุก 165.01 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยมลภาวะทางอากาศนั้นได้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด (S.A. MEO, F. SURAYA., 2015)

จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ.2555 – 2558 เกี่ยวกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนราย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยในปี พ.ศ.2558 พบอัตราการตายเท่ากับ 22.88 ต่อประชากรแสนราย หรือเท่ากับ 18,922 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (ณัฐวิธรรม พันธุ์มั่ง และคณะ, 2559) ซึ่งระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดเชื่อมโยงกับการทำงานของปอด โดยหัวใจห้องล่างขวามีหน้าที่นำเลือดดำจากร่างกายเข้าสู่ระบบหลอดเลือดของปอดเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ ซึ่งต่อมาจะเปลี่ยนเป็นเลือดแดง เลือดแดงจะไหลออกจากปอดเข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย และไหลลงสู่หัวใจห้องล่างซ้าย ก่อนที่หัวใจห้องล่างซ้ายจะบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย (กรองกาญจน์ สุทธิพิทย์ และคณะ, 2550) ทั้งนี้ค่าความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (RVSP) จะสามารถบอกถึงความดันที่ปอดได้ หากปอดมีการทำงานผิดปกติ จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง โดยปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคระบบทางเดิน

หายใจและปอด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ มลภาวะของฝุ่นละออง ควัน สารเคมีที่ถูกสูดเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ และสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน (Chen H. et.al, 2008)

ฝุ่นละอองเป็นอนุภาคของแข็งหรือของเหลวเส้นผ่านศูนย์กลาง 0.3-100 ไมโครเมตร ฝุ่นกระจายในบรรยากาศ ฝุ่นละอองที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 10 ไมโครเมตร (PM10) สามารถผ่านเข้าไปในทางเดินหายใจได้ลึกกว่าจมูกและคหอย และอนุภาคที่มีขนาดระหว่าง 0.5-2.5 ไมโครเมตร จะติดค้างอยู่ในปอดได้ อนุภาคที่มีขนาดเล็กกว่า 0.5 ไมโครเมตร จะลอยเข้าออกจากร่างกายอย่างเสรี (สมชัย บวรภักติ และ รังสรรค์ บุญปาคม, 2542)

จากการศึกษาของ Alberto Dominguez-Rodriguez และคณะ ศึกษาผลของผู้ที่ได้สูดดมฝุ่นควันที่มีสารไนโตรเจนไดออกไซด์ (Nitrogen Dioxide) ต่อความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย (Ejection Fraction) พบว่าความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง อย่างมีนัยสำคัญ (Alberto Dominguez, 2013) นอกจากนี้ S.A. MEO และคณะ พบว่าฝุ่นละอองที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 2.5 ไมโครเมตร (PM2.5) มีผลทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และผู้สัมผัส PM2.5 เป็นเวลานานโดยไม่มีการป้องกันทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) และโรคหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ได้ (S.A. MEO, F. SURAYA., 2015) หลายงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสฝุ่นละอองเป็นระยะเวลานานมีความเสี่ยงที่จะทำให้สมรรถภาพปอดลดลงและเมื่อสมรรถภาพปอดลดลง อาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตที่สำคัญ คือ ภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว เนื่องจากหัวใจห้องล่างขวามีหน้าที่ในการนำเลือดดำจากร่างกายเข้าสู่ระบบหลอดเลือดของปอดเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซ (กรองกาญจน์ สุทธิพิทย์ และคณะ, 2550) ดังนั้นอาจทำให้เกิดอาการผิดปกติทั้งในระบบหัวใจและหลอดเลือด สมอ กล้ามเนื้อ และระบบปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา ร่วมกับมีภาวะแรงดันในหลอดเลือดที่ปอดสูงขึ้น ซึ่งมักเกิด จาก

กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตาย จึงทำให้ไม่สามารถสูบน้ำเลือดไปฟอกที่ปอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิรัชมา อุดมชัยสกุล, 2561)

ในประเทศไทยมีการประกอบกิจการหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพของแรงงาน นับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Diseases) ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมในการทำงานมากเป็นอันดับ 1 จากรายงานสถานการณ์ โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 947,328 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 17,909.19 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ที่พบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 933,096 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 16,342.92 ซึ่งมีสาเหตุมาจากฝุ่นและหมอกควัน จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจจากการประกอบอาชีพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยโรคระบบทางเดินหายใจที่สามารถพบได้มากจากการประกอบอาชีพ เช่น โรคปอดจากฝุ่นหินหรือซิลิโคสิส เป็นโรคปอดจากการทำงานที่มีสาเหตุจากการการสัมผัสฝุ่นละออง (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2559) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจและปอด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ มลภาวะของฝุ่นละออง ควัน สารเคมีที่ถูกสูดเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Chen H.et.al., 2008)

จังหวัดสุโขทัย เป็นพื้นที่ในเขตภาคเหนือ มีทรัพยากรป่าไม้จำนวนมาก โดยเป็นพื้นที่ป่าสงวน เขตอุทยานแห่งชาติ เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า และพื้นที่อุตสาหกรรมป่าไม้ ขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ กรมป่าไม้ ทำให้มีการส่งเสริมการปลูกไม้เศรษฐกิจที่สำคัญแก่ประชาชน โดยเฉพาะไม้สักทอง ที่มีพื้นที่การปลูกมากที่สุด ในจังหวัด โดยมีการปลูกในหลายอำเภอ เช่น อำเภอศรีสัชนาลัย อำเภอทุ่งเสลี่ยม อำเภอบ้านด่านลานหอย อำเภอกิ่วมาศ และอำเภอเมืองสุโขทัย เนื่องจากเป็นพื้นที่สัมปทานป่าไม้ที่ได้รับอนุญาตให้มีการปลูกและการแปร

รูปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยสำนักงานอุตสาหกรรมป่าไม้จังหวัดสุโขทัย ทำให้เกิดอุตสาหกรรมเฟอร์นิเจอร์ไม้สักทอง ของผู้ประกอบการหลายราย โดยผู้ประกอบการจะซื้อไม้สักทองที่ได้จากการแปรรูปมาผลิตเป็นเครื่องเฟอร์นิเจอร์ไม้สักทอง ต่างๆ เช่น ตู้ไม้สักโบราณ เตียงนอนไม้สัก บานกระจกลดวดยุติภัย โดยว่าจ้างช่างไม้สกุลสุโขทัย ที่มีองค์ความรู้ในภูมิปัญญาในสาขานี้มาทำตามที่ถูกคำสั่ง ตามบ้านที่มีช่างเหล่านี้อาศัยอยู่ (สำนักงานป่าไม้จังหวัดสุโขทัย, 2560) จนเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2538 ได้มีการรวมกลุ่มของผู้ประกอบการเฟอร์นิเจอร์ไม้สักทองหลายรายเป็นสหกรณ์บริการหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ไม้บ้านขวาง ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.สุโขทัย โดยใช้ไม้สักทองที่ถูกตัดตามกฎหมายเป็นวัตถุดิบในการผลิต นำไม้สักทองแปรรูปที่โรงเลื่อยของกิจการอุตสาหกรรมป่าไม้ (อ.อ.ป.) หรือโรงเลื่อยเอกชน จากนั้นนำไม้สักที่แปรรูปแล้วส่งจังหวัดสุโขทัยให้สมาชิกสหกรณ์ฯ ที่สั่งซื้อนำไปแปรรูปเป็นหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ต่างๆ ต่อไป เช่น ตู้โบราณ เตียงนอนไม้สัก กรอบรูปไม้สัก บานกระจกไม้สัก (สำนักสารสนเทศ, 2546) ลักษณะการทำงานของช่างไม้ในสหกรณ์ฯ คือ ช่างทุกคนมีหน้าที่หลายอย่าง เช่น ไล่ไม้ ขัดไม้ เรียงไม้ เป็นต้น โดยปฏิบัติงานประมาณวันละ 8 ชั่วโมง ซึ่งลักษณะงานที่อาจจะก่อให้เกิดฝุ่นละอองลอยอยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานภายในโรงงาน ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นฝุ่นละอองที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 10 ไมโครเมตร

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการรายงานการวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาความสัมพันธ์ของฝุ่นละอองไม้และมลภาวะในโรงงานของช่างไม้กับสมรรถภาพปอดและโรคหัวใจเป็นจำนวนมาก แต่เป็นการศึกษาความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกจากห้องล่างซ้ายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของฝุ่นไม้กับความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (Right Ventricular Systolic Pressure) น้อย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพปอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับการทำงานของความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วง

หัวใจบีบตัว (Right Ventricular Systolic Pressure; RVSP) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันหัวใจห้องล่างขวา ช่วงหัวใจบีบตัว (Right Ventricular Systolic Pressure) ของช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ กลุ่มสหกรณ์บริการหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ไม้บ้านขวาง ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.สุโขทัย เนื่องจากอาชีพนี้มีโอกาสเสี่ยงในการได้รับสัมผัสกับฝุ่นละอองไม้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ระดับการทำงานของ ความดันหัวใจห้องล่างขวาขณะหัวใจบีบตัว (Right Ventricular Systolic Pressure) ความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย (Ejection Fraction) สมรรถภาพปอด และปริมาณฝุ่นละอองที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 10 ไมโครเมตร ของช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ กลุ่มสหกรณ์บริการหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ไม้บ้านขวาง ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (Right Ventricular Systolic Pressure) ของช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ กลุ่มสหกรณ์บริการหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ไม้บ้านขวาง ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ช่างไม้ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในกลุ่มสหกรณ์บริการหัตถกรรมผลิตภัณฑ์ไม้บ้านขวาง ต.บ้านกล้วย อ.เมือง จ.สุโขทัย จำนวน 38 คน เนื่องจากประชากรทั้งหมดมีคุณลักษณะที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่ เป็นผู้ประกอบอาชีพช่างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้มาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ประกอบกับประชากรมีจำนวนน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือวิทยาศาสตร์ แบบสอบถาม และ แบบบันทึกข้อมูล

1. เครื่องมือวิทยาศาสตร์ การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์สำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและสิ่งคุกคามสุขภาพ ได้แก่

เครื่องเก็บตัวอย่างอากาศแบบติดตามตัว (Personal Air Sampler) ยี่ห้อ SKC รุ่น 224-43 XR และ ยี่ห้อ Gillian รุ่น GilAir 5 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่ผ่านการสอบเทียบ โดยบริษัท วิ.แอนดีวี.เพาเวอร์ อินเตอร์เนชันแนล จำกัด

เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด การวิจัยนี้ใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ (Spirometer) รุ่น Pony Spirometer Graphic ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ที่ผ่านการสอบเทียบ โดยบริษัท วิ.แอนดีวี.เพาเวอร์ อินเตอร์เนชันแนล จำกัด

เครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง การวิจัยนี้ใช้เครื่อง Echocardiography Instrumentation ยี่ห้อ Phillip รุ่น HD6 ของสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจประจำ

2. แบบสอบถาม การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักร่างกาย ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิต สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย จำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการเป็นโรคหัวใจ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการสัมผัสฝุ่นละอองและการประกอบอาชีพ ประกอบด้วย การทำงานอยู่ในโรงงาน จำนวนชั่วโมงการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานล่วงเวลา การใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเองจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด

3. แบบบันทึกข้อมูลการตรวจวัดที่ได้จากเครื่องมือวิทยาศาสตร์ ได้แก่ ปริมาณฝุ่นละอองที่ตรวจวัด ผลการ

ตรวจวัดการทำงานของหัวใจและปอด (สำหรับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ที่คำนวณได้ต้องมีค่าเฉลี่ยมากกว่า 0.5 สำหรับงานวิจัยนี้ มีค่าเฉลี่ยมากกว่า 0.5 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วมาทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มช่างเฟอร์นิเจอร์ไม้ หมู่ 1 ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา Cronbach's Alpha ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้เกณฑ์สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เพื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นว่าสูงพอหรือไม่ ซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นที่ 0.7 ขึ้นไป แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นระดับสูง สามารถนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.813 จึงจะถือได้ว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเตรียมความพร้อม แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ การปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ก่อนออกจากพื้นที่ศึกษา

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography Instrumentation)

ผู้วิจัยประสานกับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนด้วยตนเอง ซึ่งมีแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจประจำ เพื่อนำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมายังสถานพยาบาลเพื่อทำการตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) โดยมีนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกเป็นผู้ทำการตรวจวัด แปลผลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ มีขั้นตอนดังนี้

2.1. ผู้วิจัยทำการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ออกกำลังกายก่อนการตรวจวิเคราะห์อย่างน้อย 30 นาที ไม่ควรสวมเสื้อที่รัดทรวงอก ก่อนการตรวจวัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพัก 10 นาที จากนั้นทำการวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนัก

2.2. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกทำการอธิบายขั้นตอนการตรวจวัดแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งเตรียมความพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการตรวจวัดด้วยวิธีมาตรฐานตามหลักสากลต่อไป

2.3. บันทึกผลการตรวจการทำงานของหัวใจ และแปลผลการตรวจโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ

3. การเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometer) ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือในการตรวจสมรรถภาพปอด ได้แก่ เครื่องสไปโรมิเตอร์ (Spirometer) โดยผู้เชี่ยวชาญจะดำเนินการตรวจวัดสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา ซึ่งในวันที่ทำการตรวจวัดผู้วิจัยไม่สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เข้ารับการตรวจวัดได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด มีจำนวน 33 คน มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำการเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำกลุ่มตัวอย่างงดการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนการตรวจวัด อย่างน้อย 30 นาที ไม่ออกกำลังกาย ไม่ควรสวมเสื้อที่รัดทรวงอกและท้อง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อใหญ่ อย่างน้อย 2 ชั่วโมง และต้องไม่เป็นโรคติดต่อเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

3.2 ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจเช็คความพร้อมของเครื่อง Spirometer พร้อมทั้งเก็บข้อมูลที่จำเป็นของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย

3.3 ผู้เชี่ยวชาญทำการอธิบายและสาธิตวิธีการตรวจวัดที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อให้การตรวจวัดมีประสิทธิภาพและได้ค่าการตรวจวัดที่แม่นยำ

3.4 ผู้เชี่ยวชาญเตรียมความพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการตรวจวัดด้วยวิธีมาตรฐานตามหลักสากลต่อไป

3.5 ทำการตรวจวัดซ้ำอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ไม่เกิน 8 ครั้ง เพื่อให้กราฟที่ได้เป็นไปตามเกณฑ์

3.6 ผลการตรวจวัดจะถูกบันทึกลงบนกระดาษกราฟ เพื่อประเมินความผิดปกติของปอดตามระดับความรุนแรงโดยเทียบกับตาราง และบันทึกผลลงในแบบบันทึกการตรวจวัด

4. การเก็บตัวอย่างฝุ่นละออง ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก ด้วยข้อจำกัดด้านความเพียงพอของเครื่องมือประกอบกับลักษณะของพื้นที่ศึกษาเป็นแบบเปิด มีสภาพแวดล้อมเป็นเนื้อเดียวกัน สามารถใช้เป็นตัวแทนของฝุ่นละอองที่กลุ่มตัวอย่างได้รับในขณะปฏิบัติงานได้ ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงเลือกเก็บตัวอย่างฝุ่นละออง จำนวน 8 จุด โดยแบ่งเป็น ฝุ่นละอองรวม (Total Dust; TD) จำนวน 5 จุด และ ฝุ่นละอองขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 10 ไมโครเมตร (Respirable dust; RD) จำนวน 3 จุด (รายละเอียดดังภาคผนวก ข) มีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้เชี่ยวชาญเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการเก็บตัวอย่างอากาศ

4.2 ผู้เชี่ยวชาญทำการติดตั้งเครื่องเก็บตัวอย่างตามจุดเก็บที่กำหนดสำหรับการเก็บฝุ่นละอองรวม ส่วนฝุ่นละอองขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 10 ไมโครเมตร จะทำการติดตามตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกเพื่อเป็นตัวแทนที่เหมาะสม โดยเก็บตัวอย่างฝุ่นละอองต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมง

4.3 ผู้เชี่ยวชาญนำตัวอย่างกลับไปทำการวิเคราะห์ห้องปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก พร้อมทั้งแปลผล เทียบกับมาตรฐานประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องความปลอดภัยในการทำงานโดยกำหนดให้พื้นที่ทำงานมีความเข้มข้นของฝุ่นละอองขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กกว่า 10 ไมโครเมตร ไม่เกิน 5 มิลลิกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยส่งโครงการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล ไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถามและข้อมูลจะถูกเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูป ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ Correlation สำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ และ ETA สำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณกับตัวแปรเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความดันหัวใจห้องล่างขวา (RVSP) กับตัวแปร

ตัวแปร	r	P-value
เพศ	0.781	0.050
อายุ (ปี)	0.224	0.209
การศึกษา	0.666 (ETA)	0.218
ดัชนีมวลกาย (BMI)	0.135	0.454
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	0.306	0.083
ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ (ปี)	0.212	0.236
ระยะเวลาในการทำงาน (ชั่วโมงต่อวัน)	0.096	0.594
การสูบบุหรี่	0.244 (ETA)	0.398
จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวัน (มวน)	0.126	0.840
ระยะเวลาการสูบบุหรี่รวม (ปี)	0.672	0.214
การดื่มสุรา	0.114 (ETA)	0.822
ระยะเวลาการดื่มสุรา (ปี)	0.676	0.046*
การออกกำลังกาย	0.077 (ETA)	0.669
โรคประจำตัว	0.197 (ETA)	0.217
ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ	0.048 (ETA)	0.079

* P-value < .05

จากตาราง 1 พบว่าความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (RVSP) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (P-value 0.046) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) เท่ากับ 0.676

สรุปและอภิปรายผล

ค่าความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (RVSP) และระยะเวลาการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง โดยค่าความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (RVSP) มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการดื่ม

สุรา อาจเนื่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานานทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม โดยแอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความเสียหายกับโครงสร้างของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Preedy VR. et al (1996) พบว่าแอลกอฮอล์จะไปลดการสร้าง Contractile protein เช่น Actin-Myosin Complex และทำลาย Mitochondria ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ กลไกดังกล่าวทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ซึ่งการที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวได้อาจทำให้ความดันหัวใจห้องล่างขวาช่วงหัวใจบีบตัว (RVSP) สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรองกาญจน์ ชูทิพย์.(2550).สรีรวิทยาระบบหัวใจร่วมหลอดเลือดกับการประยุกต์ใช้ทางเภสัชวิทยา.(พิมพ์ครั้งที่ 1).

พิษณุโลก:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. น.115

จิรัชณา อุดมชัยสกุล. (2561). คู่มือร้านยาเล่ม 1 ความรู้เรื่องยาเบื้องต้น และแนวทางการซักถามเพื่อให้การรักษารักษาขึ้นต้น

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิษย์ก๊อกร

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.(2559).รายงานสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี

2559 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

สำนักโรคระบาดวิทยา (2554) รายงานสถานการณ์โรค สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.

2554

สมชัย บวรภิตติ และรังสรรค์ บุญปาคม.(2542).ฝุ่นกับผลกระทบต่อสุขภาพ (หน้า 580-604) ตำราเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสารสำนักงานป่าไม้จังหวัดสุโขทัย.(2560)

สำนักสารสนเทศ.(2546).มหาวิทยาลัยรามคำแหง วิทยาเขตสุโขทัย.ภูมิปัญญาสาขาอุตสาหกรรมและหัตถกรรม.สืบค้นเมื่อ

วันที่ 30 เมษายน 2561, จาก<http://www.info.ru.ac.th/province/Sukhotai/wfur.htm>

World Health Organization, 2011

S.A. MEO & F. SURAYA. (2015). Effect of environmental air pollutionon cardiovascular diseases. Department of

Surgery Plastic Surgery. College of Medicine.King Saud University. Riyadh, Saudi Arabia.

Alberto Dominguez,(2013). Air pollution and heart failure: Relationship with theejection fraction. World Journal of W J C

Cardiology. 5(3), 49-53

Chen H, Goldberg MS, Villeneuve PJ. A, (2008) systematic review of the relation between long-term exposure to ambient

air pollution and chronic diseases. Environ Health. 23,243–979.

Preedy VR, Patel VB, Why HJ, Corbett JM, Dunn MJ, Richardson PJ, (1996). Alcohol and the Cardiovascular System.

National Institutes of health. 31(1),139-47.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้

FACTOR AFFECTING PREVENTION BEHAVIOR VISUAL FATIGUE IN JEWELRY WORKER IN LOWER NORTHERN REGION

อารยา ปานนิล¹

Araya Pannil

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของพนักงานเจียรไนเพชร โรงงานแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานแผนกเจียรไนเพชร จำนวน 173 คน ด้วยแบบสอบถาม ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Systematic Random Sampling และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Multiple Regression Analysis แบบ Enter Method

ผลการศึกษาพบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีการรับรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.0 มีพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของพนักงานเจียรไนเพชรคือ คือ อายุการทำงาน การมีความผิดปกติทางสายตา จำนวนชั่วโมงการทำงานแต่ละวัน ระยะเวลาในการพักสายตา และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากความเมื่อยล้าทางสายตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (*P-value* เท่ากับ 0.013, <0.001, <0.001, 0.028 และ 0.003 ตามลำดับ) โดยมีอำนาจในการทำนาย ร้อยละ 42.6 (R^2_{adj} เท่ากับ 0.426)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพนักงานเจียรไนเพชรมีการรับรู้อุปสรรค และประโยชน์ของการป้องกันตนเองจากความเมื่อยล้าทางสายตาเป็นอย่างดี ในผู้ที่มียางานมากขึ้น และจำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละวันมากขึ้น จะมีความตระหนักต่อสิ่งคุกคามสุขภาพส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาที่ดีขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสายตา และตรวจสมรรถภาพสายตาประจำปี รวมถึงการสื่อสารความเสี่ยงให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ในการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ความเมื่อยล้าทางสายตา พนักงานเจียรไนเพชร การรับรู้

Abstract

This cross-sectional research aimed to explore asthenopia prevention behaviors and to study factors affecting asthenopia prevention behaviors among jewelry worker in lower Northern region. The 173 jewelry workers were recruited using systematic random sampling. The data were collected using questionnaire and analyzed by Multiple Regression Analysis with Enter Method.

The study found that most of workers had a good level of perception 78.0%, eye fatigue prevention behaviors at the moderate level 50.9%. Factors affecting asthenopia prevention behaviors were work experiences, eye disorders, working hour per day, rest one's eye durations, and perception with statistically significant at 95%CI (*P-value* were 0.013, <0.001, <0.001, 0.028 and 0.003 respectively), predictive power was 42.6% ($R^2_{adj} = 0.426$).

The results indicated that jewelry worker had a good perception on obstacle and benefits of eye fatigue prevention. The worker will have higher asthenopia prevention behaviors if they had more work experience and working hour per day. Moreover, they should be supported for the eyes healthcare and annual vision test including risk communication to prevent from health hazard.

Key words: asthenopia, Jewelry worker, Perception

¹ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาเกี่ยวกับสายตานั้นเป็นปัญหาสำคัญของโลกโดยมีสาเหตุมาจากการใช้สายตาในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต วิดีโอเกมส์ และอุปกรณ์ดิจิทัลอื่นๆ ตลอดจนการจ้องมองตัวอักษรหรือวัตถุที่มีขนาดเล็กในระยะใกล้เกินไป ซึ่งปัญหาเหล่านี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหมู่คนทำงานกว่า 10 ล้านคน ที่จำเป็นต้องพบแพทย์เนื่องจากปัญหาการเมื่อยล้าของสายตา สายตาวรรามัว ปวดตา และตาแห้ง (Kozarsky MD, 2016) นอกจากนี้การทำงานในภาคอุตสาหกรรมการประกอบชิ้นงานขนาดเล็กที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้ร่วมกับการใช้แสงที่มีความเข้มแสงสูงช่วยในการมองเห็น เช่น อุตสาหกรรมการเจียระไนเพชร การประกอบชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ อุตสาหกรรมสิ่งทอ และงานฝีมือที่ต้องการความประณีต เป็นต้น

ประเทศไทยเป็นฐานการผลิตอุตสาหกรรมหลายประเภท รวมถึงอุตสาหกรรมอัญมณีและเครื่องประดับ เพื่อลดต้นทุนการผลิต โดยอาศัยความได้เปรียบจากอัตราค่าจ้างแรงงานประกอบกับฝีมือช่างเจียระไนของไทย อุตสาหกรรมการเจียระไนเพชรสร้างรายได้จากการส่งออกเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ ด้วยมูลค่ากว่า 103,229.3 ล้านบาท (กรมศุลกากร, 2560) ซึ่งในกระบวนการผลิตนั้น ลูกจ้างจำเป็นต้องใช้ทักษะทางสายตาสำหรับเพ่งมองวัตถุในระยะไม่เกิน 14 นิ้วอยู่ตลอดช่วงของการผลิตและตรวจสอบชิ้นงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่ต้องใช้แสงที่มีความเข้มแสงมากเนื่องจากเป็นชิ้นงานที่มีขนาดเล็กและต้องการความละเอียด

การทำงานระยะใกล้ที่ต้องใช้สายตาในการเพ่งมองวัตถุชิ้นเล็กๆ มากเกินไปหรือมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดความเมื่อยล้าสายตา (Eye fatigue) หรือปัญหาทางสายตาถาวร หากไม่ได้รับการแก้ไข นอกจากจะเป็นการสูญเสียความสามารถในการมองเห็นของลูกจ้างเอง ยังส่งผลกระทบต่อผลผลิตคุณภาพของชิ้นงาน และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ของรัฐบาล นอกจากสาเหตุของอาการเมื่อยล้าทางสายตาจะเกิดจากปัจจัยทางด้านสุขภาพส่วนบุคคลของตัวลูกจ้างเองแล้ว ลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยเฉพาะแสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อสายตาโดยตรงทำให้กล้ามเนื้อตาทำงานมากกว่าปกติส่งผลให้เกิดอาการเมื่อยล้าของสายตา (วันเพ็ญ พัทธตระกูล, 2548) จากรายงานของกองทุนเงินทดแทนปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้ได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน 13,003 ราย ซึ่งมีสาเหตุจาก การมีสิ่งแปลกปลอมเข้าตา ได้รับรังสีหรือสารเคมี ได้รับการกระทบกระเทือน เกิดความผิดปกติทางสายตา และสูญเสียความสามารถในการมองเห็น

ดวงตาเป็นอวัยวะที่รับผลกระทบโดยตรงจากแสงสว่าง แม้ว่าตาของลูกจ้างจะสามารถปรับให้เข้ากับแสงที่มากหรือน้อยได้ก็ตาม แต่ก็มีขีดจำกัดหากความเข้มของแสงสว่างไม่ได้มาตรฐาน และผลที่ตามมาคืออุบัติเหตุในการทำงานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ความเมื่อยล้าทางสายตายังก่อให้เกิดผลทางจิตใจ คือเบื่อหน่ายในการทำงาน ขวัญและกำลังใจในการทำงานลดลง ซึ่งจะไปกระทบต่อผลผลิตและคุณภาพของชิ้นงาน และจากปัญหาการสูญเสียความสามารถในการใช้สายตาในการมองเห็นไม่ได้เกิดเฉพาะกรณีอุบัติเหตุ แต่กรณีความเมื่อยล้าและความเสื่อมจากลักษณะงาน แม้จะไม่ได้การตาบอดแบบสมบูรณ์ แต่ก็ไม่สามารถใช้สายตาในการประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ทำให้สูญเสียศักยภาพและโอกาสในการทำงาน มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างมากในอาชีพที่ต้องใช้สายตาในระยะใกล้

จากการสำรวจลักษณะการทำงานเจียระไนเพชรเบื้องต้น ทำให้เห็นว่ากระบวนการผลิตมีขั้นตอนการปฏิบัติงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะการเพ่งวัตถุที่มีขนาดเล็กในระยะใกล้ภายใต้ความเข้มแสงที่สูง ส่งผลให้เกิดอาการเมื่อยล้าทางสายตา รวมทั้งไม่ได้รับการตรวจสมรรถภาพสายตาประจำปี อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความเมื่อยล้าทางสายตาในลูกจ้างกลุ่มนี้ยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาใน

ผู้ปฏิบัติงานเจ็ระไนเพชร ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่สถานประกอบการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการแก้ไขปัญหาที่จำเพาะกับลักษณะงานและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางสายตาเพื่อความปลอดภัยและลดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายให้การดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีการพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาในพนักงานเจ็ระไนเพชร โรงงานแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาในพนักงานเจ็ระไนเพชร โรงงานแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาในพนักงานเจ็ระไนเพชร โรงงานเจ็ระไนเพชรแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดวิธีดำเนินงานวิจัย เลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โรงงานเจ็ระไนเพชรแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างจากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Systematic Random Sampling โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นพนักงานที่ปฏิบัติหน้าที่เจ็ระไนเพชร อย่างน้อย 6 เดือน

2. สามารถอ่าน/เขียน หนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criterion)

1. ไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษาในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เจ็บป่วยกระทันหัน
3. ลาออกจากงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี ข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันตนเอง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาจากการคำนวณพบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 ถึง 1.0 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นำแบบสอบถาม ที่ปรับปรุงแก้ไข สมบูรณ์แล้วมาทดลอง (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient: α) เพื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นว่าสูงพอหรือไม่ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านการรับรู้ มีค่า $\alpha = 0.802$ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา มีค่า $\alpha = 0.772$

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุการทำงาน ประวัติสุขภาพ ปัจจัยด้านการปฏิบัติงานนำเสนอในรูปแบบ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ปัจจัยด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการสัมผัส สิ่งคุกคามสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงจากการสัมผัสสิ่ง คุกคามสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน ความเสี่ยง ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันความ เมื่อสัมผัสทางสายตา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้การ วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Multiple Regression Analysis แบบ Enter Method เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันความเมื่อสัมผัสทางสายตาใน พนักงานโรงงานเจียรไนเพชร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} < 0.05$)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศ หญิง ร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีอายุ 30 -39 ปี ร้อยละ 45.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.7 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 98.8 ทั้งหมดไม่มีโรคเกี่ยวกับตา ร้อยละ 100.0 และไม่มี ความผิดปกติทางสายตา ร้อยละ 72.8 ร้อยละ 100.0 ของ ผู้มีความผิดปกติทางสายตาใช้แว่นตาเป็นอุปกรณ์ในการ ช่วยมองเห็น

2. ข้อมูลด้านการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุการทำงาน 5 - 6 ปี ร้อยละ 39.9 โดยมีอายุการ ทำงานเฉลี่ย 4.5 ปี ทำงานวันละ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 64.2 ใช้ สายตาในการทำงานติดต่อกันไม่เกิน 30 นาที ร้อยละ 62.5

มีแสงสว่างที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ร้อยละ 78.0 ส่วนใหญ่ไม่มีแสงสะท้อนจากแหล่งอื่นรบกวนการ ปฏิบัติงาน ร้อยละ 61.8 ทั้งหมดมีการพักสายตาระหว่างการ ทำงาน ส่วนใหญ่พักสายตา 10 นาที ร้อยละ 51.2 ไม่ ทำกิจกรรมที่ใช้สายตาระหว่างการพักทำงาน ร้อยละ 56.6 โดยอุปกรณ์ที่ช่วยในการมองเห็นส่วนใหญ่คือ แว่นขยาย 94.8 และขณะหรือภายหลังการปฏิบัติงานมีอาการแสดง ที่พบมากที่สุดคือ มองเห็นภาพไม่ชัดเจน ร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นปวดตา ร้อยละ 20.6

3. ข้อมูลด้านการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการ รับรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 78.0 รองลงมาเป็นการรับรู้ใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.0 และเมื่อแบ่งการพิจารณา คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.51 และ 3.25 ตามลำดับ ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับดี มีคะแนน เฉลี่ย เท่ากับ 3.80 และ 4.40 ตามลำดับ

4. ข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อสัมผัส ทางสายตา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการ ป้องกันความเมื่อสัมผัสทางสายตา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมในระดับควร ปรับปรุง และ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 12.7 ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความ เมื่อสัมผัสทางสายตา

ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อสัมผัสทางสายตาจากการเจียรไนเพชร ของกลุ่มตัวอย่าง (n=173)

ปัจจัย	B	t	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
Constant	0.485	0.097	-9.446	10.417	0.923
อายุ	-0.110	-1.663	-0.241	0.021	0.098
อายุการทำงาน	0.477	2.502	0.100	0.853	0.013*
การมีความผิดปกติทางสายตา	4.223	4.749	2.466	5.980	<0.001*
จำนวนชั่วโมงการทำงานแต่ละวัน	1.386	4.427	0.768	2.005	<0.001*

ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาจากการเจียระไนเพชร

ของกลุ่มตัวอย่าง (n=173)

ปัจจัย	B	t	95% CI		P-value
			Lower	Upper	
การใช้สายตาติดต่อกันในการปฏิบัติงาน	-0.008	-0.573	-0.037	0.020	0.567
การมีแสงสะท้อนรบกวนการทำงาน	0.780	1.032	-0.713	2.273	0.304
ระยะเวลาในการพักสายตา	-0.208	-2.216	-0.394	-0.23	0.028*
ทำกิจกรรมที่ใช้สายตาระหว่างพักสายตา	-1.116	-1.552	-2.536	0.304	0.123
การใช้แว่นขยายช่วยในการมองเห็นขณะทำงาน	-2.535	-1.343	-6.264	1.193	0.181
แสงสว่างที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน	-1.483	-1.688	-3.218	0.253	0.093
การรับรู้	0.114	3.057	0.040	0.188	0.003*

R = 0.681, R² = 0.464, R²_{adj.} = 0.426

*ระดับนัยสำคัญที่ (p<0.05)

จากตารางพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้ ของกลุ่มตัวอย่าง อายุการทำงาน การมีความผิดปกติทางสายตา จำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละวัน และระยะเวลาในการพักสายตา มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ อายุการทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงานแต่ละวัน การมีความผิดปกติทางสายตา และการรับรู้ มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาของผู้ปฏิบัติงานที่ใช้สายตาระยะใกล้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุการทำงาน และมีจำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละวันมากขึ้น ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และประโยชน์ของการป้องกันตนเอง จะมีพฤติกรรมในการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาดี ในขณะที่ระยะเวลาในการพักสายตา มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมในการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา แสดงให้เห็นว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มี

ช่วงเวลาในการพักสายตามากขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาที่น้อยลง

อภิปรายผลการวิจัย

อายุการทำงาน มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา อาจเนื่องจากพนักงานทุกช่วงอายุจำเป็นต้องใช้สายตาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอเป็นระยะเวลานาน อาจก่อให้เกิดอาการความเมื่อยล้าทางสายตาสะสม และเกิดอาการแสดงทางสายตาอื่นๆ เช่น สายตาพร่ามัว มองภาพไม่ชัดเจน อาจส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความตระหนักในด้านการป้องกันตนเอง จากสิ่งคุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่สนับสนุนให้พนักงานมีการแสดงออกของพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากความเมื่อยล้าทางสายตา สอดคล้องกับการศึกษาของ อมตา อุดมะ (2553) ที่ศึกษาพบว่า อายุการทำงานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน และ จริญญา ชิดนาคี (2556) พบว่าระยะเวลาที่เริ่มใช้งานคอมพิวเตอร์มากกว่า 10 ปีขึ้นไป ส่งผลต่อสมรรถภาพสายตา อาจเนื่องมาจากผู้ที่ใช้สายตาจ้องมองเป็นระยะเวลานานทำให้สายตามีการปรับตัวเพื่อที่จะสามารถโฟกัสภาพได้

จำนวนชั่วโมงการทำงานในแต่ละวันมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา อาจเนื่องจากระยะเวลาที่สัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพ จะก่อให้เกิดอาการแสดง เช่น สายตาพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจน ปวดตา ส่งผลให้พนักงานเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรง นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตาที่มากขึ้นตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรุง ชิดนาฮี (2556) พบว่าระยะเวลาที่ใช้คอมพิวเตอร์มีผลต่อการเกิดอาการล้าทางสายตา เช่นเดียวกับ สุปราณี จันทรโชติ(2546); ปาจร่า โพธิ์หัง (2550); จามรี สอนบุตร (2552) ที่ศึกษาพบว่าระยะเวลาในการทำงานมีผลต่อการเกิดความล้าของสายตา

การมีความผิดปกติทางสายตา (สายตาสั้น สายตายาว สายตาเอียง) มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา อาจเนื่องจากผู้ที่มีความผิดปกติทางสายตาจะมีการใช้กล้ามเนื้อตาและส่วนต่างๆ ในการช่วยโฟกัสภาพให้ชัดเจนมากกว่าผู้ที่มีสายตาปกติ อีกทั้งยังจะมีพฤติกรรมในการดูแลสายตาตนเองและความตระหนักต่อการใช้สายตามากกว่าผู้ที่มีสายตาปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรุง ชิดนาฮี (2556) พบว่าพนักงานที่มีสายตาไม่เหมาะสมจะเกิดอาการล้าทางสายตาสูง ความผิดปกติทางสายตามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ กล่าวได้ว่าเมื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค และประโยชน์

ระยะเวลาในการพักสายตา มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมในการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา อาจเนื่องจากพนักงานมีการทำกิจกรรมที่ใช้สายตาอื่นๆ ในช่วงระหว่างการพักสายตาจากงาน เช่น การจ้องมองหน้าจอโทรศัพท์ (Smart Phone) ดูโทรทัศน์ ซึ่งไม่ใช่การพักสายตาที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี จันทรโชติ (2546) พบว่าระยะเวลาในการทำงานและระยะเวลาในการพักระหว่างการทำงาน ส่งผลกระทบบโดยตรงต่อการเกิดความเมื่อยล้าทางสายตาในพนักงาน นั่นคือระดับความเมื่อยล้าของสายตาเพิ่มขึ้นเมื่อทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวขึ้นและระยะเวลาพักสายตาน้อยลง

การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากความเมื่อยล้าทางสายตา มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันความเมื่อยล้าทางสายตา อาจเนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่มิการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองเป็นอย่างดี และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อุปสรรค ของการป้องกันตนเองจึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากความเมื่อยล้าทางสายตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกอร เจริญผล (2559) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนการดูแลความเสี่ยงของคนทำงาน
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวทางเฝ้าระวังสุขภาพทางสายตาให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ช่วยลดภาระโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคจากการประกอบอาชีพ
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการวางแผน และกำหนดนโยบายการจัดการสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความเมื่อยล้าทางสายตาและความผิดปกติของตาอันเนื่องมาจากการทำงาน
4. ควรส่งเสริมด้านพฤติกรรมในการป้องกันสิ่งคุกคามทางสุขภาพให้กับกลุ่มพนักงาน และมีสวัสดิการดูแลสุขภาพทางสายตาให้แก่พนักงาน เช่น การตรวจสมรรถภาพสายตาเป็นประจำทุกปี
5. ควรส่งเสริมให้ความรู้แก่พนักงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสายตา การผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน เช่น การนวดผ่อนคลาย การบริหารสายตา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันและดูแลสมรรถภาพ

สายตา เพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึก ซึ่งจะได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

2. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับไม่ดี โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาผลกระทบทางด้านสายตาในระยะยาวของพนักงานที่ต้องสายตาระยะใกล้ในการปฏิบัติงาน เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาปรับปรุงแนวทางการดูแลสุขภาพสายตาเฉพาะกลุ่ม

4. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ใช้สายตาอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ใช้ Smart Phone

เอกสารอ้างอิง

- กนกกร เจริญผล, ฉันทนา จันทวงศ์, ยุติ ลีลคณาวิระ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของพนักงานก่อสร้างภาคอุตสาหกรรม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 64(2).
- กมลวรรณ บุตรประเสริฐ. (2556). พฤติกรรมการปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จรรยา ชิดนาฮี, วิรงค์รอง จารุชาติ, ศศิธร ชิดนาฮี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของสายตากับการตรวจสมรรถภาพทางสายตาในกลุ่มผู้ใช้งานคอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 47(2).
- จามรี สอนบุตร, พิษญา พรหมทองสุข, สุภาภรณ์ เต็งไธสรณ์. (2552). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ของตาในผู้ปฏิบัติงานกับเครื่องคอมพิวเตอร์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(2).
- ชมพูศักดิ์ พูลเกษ. (2539). การฝึกปฏิบัติงานอาชีพอนามัย ความปลอดภัย และเออร์گونอมิกส์ (3): สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทัศนีย์ ศิริกุล, โกศล คำพิทักษ์. (2549). Prevalence of computer vision syndrome in computer user. *วารสารจิตเวชกรรมศาสตร์*, 2(1).
- เนติณี ไชยเอี่ยม, อรวรรณ บุรารักษ์, สมเดช พินิจสุนทร และคณะ (2548). ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้คอมพิวเตอร์ของพนักงานธนาคารพาณิชย์ไทย ใน อ.เมือง จ.ขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 20(1).
- ปาจรา โพธิ์หัง. (2550). ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ในพนักงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการจัดการข้อมูลสารสนเทศ. *พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- ทีมแพทย์ โรงพยาบาลจักษุรัตนิน, (2556). รอบรู้เรื่องตา(3): สำนักพิมพ์เรือนปัญญา
- วันเพ็ญ พัทธระกุล, อรพันธ์ อันติมานนท์, ลัดดา ธรรมการณีย์, โกวิท บุญมีพงศ์ และณัฐพงศ์ เหละหมั่น. (2548). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสุขภาพสายตาในกลุ่มลูกจ้างที่ใช้สายตาทำงานระยะใกล้ของสถานประกอบการสมุทรปราการ(เอกสารทางวิชาการหมายเลข 4730008). นนทบุรี. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศศิธร เทพตระการพร. (2554). การยศาสตร์ (3): สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมโภชน์ เปลี่ยนบางยาง. (2539). แสงสว่างกับการมองเห็น. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมพื้นฐาน (หน้า 97). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือวิชาการเรื่องแนวทางการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ประเภทการเจียระไนเพชร พลอย นิล: สำนักกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

อมตา อดัมะ . (2553). ความสุขของปัญหาสุขภาพจากการทำงานในบุคลากรห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2556). สิ่งคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและการสำรวจสถานประกอบการ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(3), 106-114

Alan Kozarsky, MD. (2016). Eye Fatigue: Causes, Symptoms, and Treatment. Retrieved May 5, 2018, from <https://www.webmd.com/eye-health/eye-fatigue-causes-symptoms-treatment#2> สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2018

Amitabha De.*, U. Dhar , T. Virkar , C. Altekar , W. Mishra , V. Parmar , M. Mutakekar , Rauf Iqbal and A. M. Chandra, (2012). A study of subjective visual disturbances in jewellery manufacturing. Work, 41(1), 3404-3411.

Barthakur, R. (2013). Computervision syndrome. Internet Jornal of Medical Update, 8(2).

Clayton Blehm, S. V., Ashbala Khattak, Shrabanee, Richard W.Yee. (2005). Computer Vision Syndrome: A Review. *Survey of Ophthalmology*, 50(3).

Jatinder Bali, N. N., Renu Thakur Bali. (2014). Computer vision syndrome. Jornal of Cinical Ophthamology and Research, 2(1).

Marvin J.Dainoff, A. H., Peter Crane. (1981). Visual Fatigue and Occupational Stress in VDT Operators. The Jornal of the Human Factor and Ergonomic Society, 4(2).

Orrapan U., Wanpen P., Kovit B., Ladda T., Nuttapong L., Sasitorn T., et al. (2006). Visual Problems among Electronic and jewelry workers in Thailand. Journal of Occupational Health, 48, 407-412.

Rosenstock, I.M. (1974). The health belief model and preventative health behavior. Health education monographs, 2(4), 354-386.

Strecher, V, J., Rosenstock, I. M. & Becker, M. H. (2008). Health Behavior and health education (4th ed). San Francisco: Jossey-Bass.

Urmi Ravindra Salve. (2015). Vision-related problems among the workers engaged in jewellery manufacturing. Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, Jan-Apr; 19(1): 30–35.

การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

The development of continuing of care system in Nong Sung district

Mukdahan province

ลักขณา กองมณี¹

Lakkana Kongmanee¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร โดยมีรูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มี 4 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการ (Plan) โดยศึกษากระบวนการ COC ของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลหนองสูง ขั้นดำเนินการ (Do) ปรับระบบงานปัจจุบัน ซึ่งเจตนาปฏิบัติงานและปฏิบัติตามแผน ขั้นติดตามและประเมินผล (Check) โดยใช้ Inhommed data, Care plan และขั้นการปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่อง (Act) การจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลบริการ COC เป็นข้อมูลจากฐานข้อมูล HosXP และฐานข้อมูลที่ได้รับคิชอบงานสร้างขึ้นและการสัมภาษณ์เครื่องมือการวิจัยใช้ แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมหน่วยงานท้องถิ่น และกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ถึงสภาพการณ์และปัญหาของการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของทีมผู้ให้บริการสุขภาพ และตรวจสอบข้อมูลโดยการอ่านแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

ผลการวิจัย **ขั้นเตรียมการ (Plan)** พบว่าปัญหาที่สำคัญของการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องในส่วนของทีมผู้ให้บริการสุขภาพคือ ทีมผู้ให้บริการสุขภาพมีส่วนร่วมน้อยในการวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) ผู้ป่วย จำนวนบุคลากรในทีมหมอครอบครัวยังมีน้อยและไม่เพียงพอต่อการออกเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สนับสนุนการออกเยี่ยมบ้านมีไม่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย การขาดระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ง่ายและสะดวก ฐานข้อมูลผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านไม่เป็นปัจจุบัน ขาดการประสานงานกับทีมหน่วยงานท้องถิ่นในการออกเยี่ยมบ้าน ไม่มีแผนเยี่ยมบ้านที่ชัดเจนต่อเนื่องและไม่มีการสรุปวิเคราะห์การดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล **ขั้นดำเนินการ (Do)** พบว่า ทีมหมอครอบครัวได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการบริหารจัดการและวางแผนระบบงานดูแลต่อเนื่องใหม่ จัดตั้งศูนย์ COC จัดทำตารางปฏิบัติงานและประสานกับหน่วยงานท้องถิ่นก่อนออกเยี่ยมบ้าน ลงบันทึกข้อมูลกิจกรรมการเยี่ยมใน IHOMESS โปรแกรม HosXP, JHCIS และจัดทำ Web Application ของศูนย์ COC เพื่อใช้เป็นระบบฐานข้อมูลกลางและเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น **ขั้นติดตามและประเมินผล (Check)** พบว่าผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นจากปีงบประมาณ 2559 และ 2560 อาทิ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 88.96, อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 81.25 อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 86.84 และอัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน ร้อยละ 90.00 ขณะที่ผู้รับบริการสุขภาพ (ผู้ป่วย) มีความพึงพอใจอย่างมากต่อระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่พัฒนาขึ้นใหม่ และ **ขั้นการปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่อง (Act)** จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านใหม่ เหมาะสมกับบริบทหรือลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอหนองสูง

Abstract

The development of continuing of care system in Nongsung district, Mukdahan province objected to explore the situation and path way development of continuing of care(COC) system conducted by Nongsung hospital and network. Study design was action research ,there were 4 steps as PDCA , Planning step was studied the situation of COC system in Nongsung hospital and network in order to find out the

¹ โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

problem and set a new plan. Do step was adjusted COC system, made a clarified meeting, and performed the work according to the plan. Check step by using INHOMESS data, individual care plan and Act step. Tools used focus group in medical team, questionnaire and structure interview used in patients and relatives and medical team that concluded doctors, nurses, and local administration office, service data used Hosxp base.

The Results of Planning step found that medical team were less of participated in patient's discharge plan, lack of personnel care team, lack of medical instruments to support patients. Lack of confidence in care giver, no data base and link technology to primary care base, data not up to date, no coordinated with local administration office team, no planning of continuing care, no conclusion and analysis in quality of nursing. The results of DO step found that the FCT set a new system by set COC center, made legally appointed team, made visit plan, and made appointment with local administration office team before visiting. Used INHOMESS data and key in Hosxp, JHCIS and set COC web application to connect related data base. The result of Check step found that key performance index in era quality of nursing were increase from the fiscal year 2017 and 2018 such as the ratio of coverage of home care was 88.96 %, the ratio of patients controlled their illness and self-care was 81.25%, the ratio of patients reached home care within 14 days was 86.84 % and the ratio of data of patients who were in serious level 3 transfer to primary care base within 5 days was 90.0% . The patient's satisfaction was high. The result of Act step found that the development of continuing of care system was in accordance with context or characteristic of diseases care in Nongsung district.

Keywords: continuing of care system, Nong Sung district

บทนำ

การจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยประสบกับปัญหาสำคัญหลายประการ อาทิ ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชน และการจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด โดยขาดการวางแผนการจัดระบบบริการที่ดี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยจัดให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และความเชี่ยวชาญระดับสูง⁽¹⁾ การสร้างระบบที่มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายในทุกระดับ มีการจัดสรรให้มีการสนับสนุนทรัพยากรตามบทบาทหน้าที่ของบริการในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม การดำเนินการและพัฒนาเพื่อแปลงนโยบายดังกล่าวสู่การปฏิบัตินั้นมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเริ่มพัฒนาจากส่วนล่างขึ้นบน (Bottom-up policy) และการเริ่มพัฒนาจากส่วนบนลงล่าง (Top-down policy) ตามลักษณะการบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับพื้นที่⁽²⁾

ปัจจุบันกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร มีอัตราป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือควบคุมอาการของโรคไม่ได้ จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเมื่อมีการจำหน่ายผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย โดยโรงพยาบาลจะส่งต่อผู้ป่วยให้กับสถานบริการปฐมภูมิในเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ผ่านมาระบบบริการของโรงพยาบาลหนองสูงมีการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องที่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีฐานข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และขาดผู้รับผิดชอบงานเฉพาะเรื่องที่ชัดเจน จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองสูงขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากข้อมูลรายงานการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2560 ที่มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 222 คน แยกเป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 30 คน ติดบ้าน 56 คน ผู้พิการ 20 คน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 25 คน เด็กพัฒนาการล่าช้า 6 คน ผู้ป่วยประเภทอื่นๆ 53 คน โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน 192 คน (ร้อยละ 86.5) และ

พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียง 10 คน (ร้อยละ 4.5) ซึ่งผลการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องดังกล่าว ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายของตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน อาทิ จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ 6 ชั่วโมง/ สัปดาห์/ คน อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 76.7 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านร้อยละ 6.06 (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5) อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 84.84 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 86.8 (เป้าหมายร้อยละ 100) เป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้การบริการสุขภาพของ โรงพยาบาลหนองสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการให้บริการสุขภาพต่อประชาชนอย่างมากที่สุด⁽³⁾

ขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอหนองสูงที่ลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยได้รับการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านและติดเตียง มีประมาณร้อยละ 53.1 โดยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเป็น คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่ผ่านมาของ โรงพยาบาลหนองสูงที่มีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายหลายตัวชี้วัดเนื่องจากกระบวนการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่อำเภอหนองสูงของ โรงพยาบาลหนองสูงยังอยู่ในระยะเริ่มต้นดำเนินการ ปัญหาที่พบคือ การร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยของทีมสุขภาพกับทีมดูแลผู้ป่วยภายในก่อนการจำหน่ายยังมีน้อย บุคลากรในทีมสุขภาพมีน้อย และมีหลายบทบาทหน้าที่ รวมทั้งอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยยืม ผู้ดูแล (Care giver) ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และระบบข้อมูลสารสนเทศของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยังไม่มีฐานข้อมูลที่บูรณาการกับฐานข้อมูลสารสนเทศของ โรงพยาบาลหนองสูง เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล⁽⁴⁾

การให้บริการเชิงรุกในผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด

ประโยชน์สูงสุดกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบให้เกิดภาวะอันตรายหรือการเจ็บป่วยที่แย่ลงกว่าเดิมให้น้อยที่สุด และยังเป็นการทำความรู้จักกับสมาชิกคนอื่นในบ้านหรือชุมชนนั้นๆ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงเรื่องสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งการลงเยี่ยมบ้านนอกจากติดตามผู้ป่วยแล้วยังต้องดูแลคนในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลหนองสูงจึงได้จัดตั้งระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองสูงขึ้น ขณะที่การมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องของ โรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย ทำให้เกิดนโยบายทีมหมอครอบครัว (FCT) มีทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ที่เข้มแข็ง ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และที่สำคัญมีการบูรณาการทีมสุขภาพและงบประมาณของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) เข้ากับงานคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD) ทำให้งานศูนย์ดูแลต่อเนื่องไม่ได้ใช้งบประมาณจำนวนมากในการดำเนินงาน⁽²⁾

การศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในอำเภอหนองสูง จึงคาดว่าจะทำให้เกิดรูปแบบและแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอหนองสูง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับภาวะของโรค หรือตามความต้องการเฉพาะราย รวมทั้งผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดี มีศักยภาพเพียงพอ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังเป็นช่องทางที่จะได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทางสังคมที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยอย่างมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของ โรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของ โรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของ โรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากทีมผู้ให้บริการสุขภาพและกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ (ผู้ป่วย) รวมทั้งการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากนั้นนำผลการวิเคราะห์ที่ได้เสนอในที่ประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ที่ประกอบด้วยทีมบริการสุขภาพและหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยทุกกลุ่มที่ลงทะเบียนกับศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ เลือกตัวอย่างที่ศึกษาจากกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposing Sampling) จากทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ประกอบด้วยบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานท้องถิ่นหรือแกนนำของชุมชน โดยทีมหมอครอบครัวสุ่มเลือกมา 4 ราย ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ สุ่มเลือกแห่งละ 1 ราย หน่วยบริการปฐมภูมิ 6 แห่ง รวม 6 ราย และทีมหน่วยงานท้องถิ่นสุ่มเลือกแห่งละ 1 ราย หน่วยงานท้องถิ่นมี 6 แห่ง รวม 6 ราย รวมกลุ่มประชากรเป้าหมายในการศึกษาของกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการมีจำนวนทั้งหมด 16 ราย และกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ จำนวน 10 ราย แยกเป็นผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง 3 ราย ผู้ป่วยสูงอายุติดบ้าน 3 ราย ผู้ป่วยเบาหวาน 2 ราย ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ราย และผู้ป่วยอื่นๆ 1 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ เป็นขั้นตอนของการวางแผน (Plan) ตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA^(5,6) โดยในขั้นนี้เป็นการศึกษาสภาพปัญหาของการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสร้างเครื่องมือการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการศึกษาระบบการดูแลต่อเนื่อง เป็นการดำเนินการ (Do) ด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาของการดำเนินงานดูแลต่อเนื่อง และการศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างทั้ง 3 ชุด จากกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในระหว่างที่ผ่านมา ทั้งปัญหาจากด้านการดำเนินงานและปัญหาจากผู้ป่วยที่รับบริการสุขภาพ และการจัดประชุมการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ระหว่างทีมบุคลากรผู้ให้บริการทั้ง 3 ทีม คือ ทีมหมอครอบครัว ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ และทีมหน่วยงานท้องถิ่น

สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องให้ที่ประชุมรับทราบ เพื่อการระดมสมองและความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนำข้อเสนอแนะที่ประชุมสนทนากลุ่มมาปรับใช้กับระบบการดูแลต่อเนื่อง

จากนั้นกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย แล้วนำระบบการดูแลต่อเนื่องมาทดลองใช้กับการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในปีงบประมาณ 2561 กับกลุ่มผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน COC และดำเนินงานกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย สังเกตการณ์การดำเนินงานของทีมบริการสุขภาพ พร้อมบันทึกผลการดำเนินงาน

3. ขั้นติดตามและประเมินผล เป็นการติดตามการดำเนินงานของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หรือเป็นขั้นตรวจสอบ (Check) ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยมีการประเมินผลการทดลองใช้ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปีงบประมาณ 2561 จากผลการดำเนินงานที่ได้กับตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน การประเมินผลการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยจากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

4. ขั้นการปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่อง ขั้นนี้เป็นการปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย ที่ได้ทดลองใช้และ

เปรียบเทียบกับงานดูแลต่อเนื่องที่เคยปฏิบัติมา โดยมีการจัดประชุมการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ระหว่างทีมบุคลากรผู้ให้บริการทั้ง 3 ทีม เพื่อปรับปรุงรูปแบบหรือระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมให้ทีมบริการสุขภาพ ทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานท้องถิ่น นำไปปฏิบัติในการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้าน และสรุปผลการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมการอภิปรายผล และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนางานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ผลการวิจัย

1. ผลลัพธ์ของขั้นการวางแผนและเตรียมการ (Plan) ผลลัพธ์ของขั้นวางแผนและเตรียมการ (Plan) ได้แก่ การทราบถึงปัญหา และสถานการณ์ของการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายดังนี้

จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการได้รับดูแลต่อเนื่องที่บ้านของอำเภอหนองสูง ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 222 คน มีอายุเฉลี่ย 74 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.5 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยป่วยติดเตียง 3.7 ปี

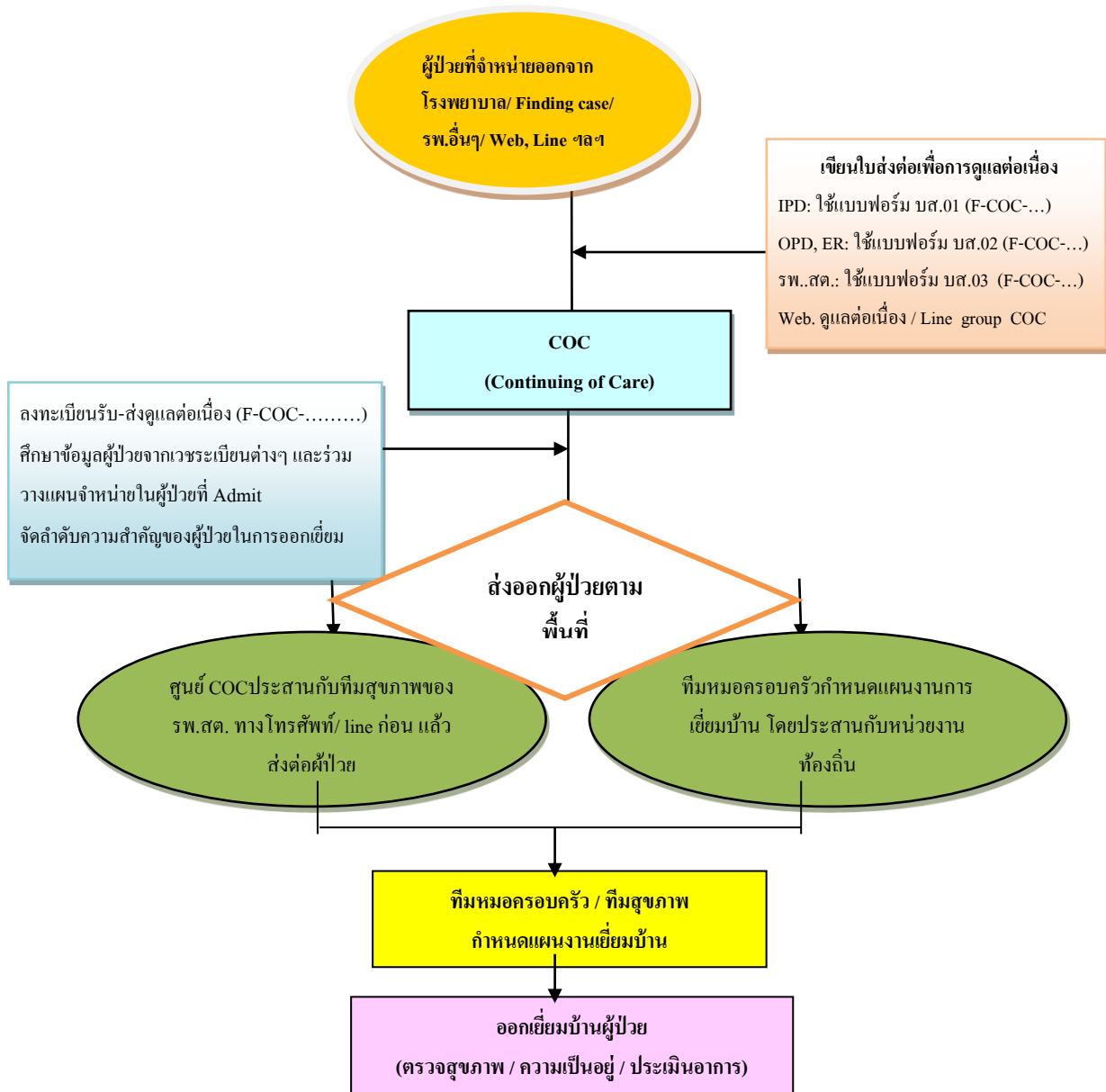
จากการวิจัยพบว่า ปัญหาของการดำเนินงานระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของอำเภอหนองสูง คือ การร่วมกันวางแผนดูแลผู้ป่วยของทีมหมอครอบครัวกับทีมดูแลผู้ป่วยภายในเพื่อการวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) ยังมีน้อย บุคลากรมีน้อยและมีหลายบทบาทหน้าที่ รวมทั้งอุปกรณ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยมีผู้ดูแล (Care Giver) ยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และระบบข้อมูลสารสนเทศของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยังไม่มีฐานข้อมูลที่บูรณาการกับฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลหนองสูง เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล ในส่วนของปัญหาทางด้านผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องพบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัวทุกเดือนตามกำหนด ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วยไม่ได้ดูแลตลอดเวลาเพราะติดงานประจำ ผู้ป่วย

สูงอายุบางรายไม่ได้ทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีจิตใจหดหู่และท้อแท้ต่อโรคที่เป็น

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ของผู้วิจัยและการประชุมสนทนากลุ่มของทีมบริการสุขภาพ พบว่า ปัญหาในด้านการดำเนินงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้านส่งผลเกี่ยวเนื่องต่อปัญหาของทางผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรต้องปรับปรุงระบบการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่ายให้ดีขึ้น โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านในรายผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ควรให้มีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการออกเยี่ยมบ้าน ส่วนทีมสุขภาพของเครือข่ายควรประสานเวลาในการออกเยี่ยมบ้านกับหน่วยงานท้องถิ่นหรือแกนนำชุมชน ขณะที่การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยของ อสม. เป็นสิ่งสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง นอกจากนี้ควรกำหนดแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาช่องทางการส่งต่อผู้ป่วย การติดต่อประสาน และการเชื่อมโยงกับเครือข่ายด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ผลลัพธ์ของขั้นดำเนินการ (Do) ผลลัพธ์ของขั้นดำเนินการ (Do) ได้แก่ แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา การสนทนากลุ่ม และการเยี่ยมบ้านตามแผนงานดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาระบบขึ้นใหม่ดังนี้

ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องโดยผู้ป่วยที่แพทย์ระบุว่าควรได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทางหน่วยผู้ป่วยในจะส่ง case ไปยังศูนย์ COC เพื่อการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องและวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หลังจากนั้นทาง COC ประสานไปยังทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลหนองสูงและเครือข่าย (ทีมสุขภาพของ รพ.สต.) เพื่อส่งต่อผู้ป่วยในแต่ละ case ให้ทีมหมอครอบครัวดำเนินงานวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยได้ทำการประสานกับหน่วยงานท้องถิ่นก่อนการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ผังระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหนองสูงก่อนการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัว และความต้องการของผู้ป่วย การสนทนากลุ่มและความคิดเห็นจากแบบสัมภาษณ์ของทีมบริการสุขภาพได้ข้อสรุปว่าควรมีการกำหนดรูปแบบโครงสร้างและพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องใหม่ในด้านต่างๆ ดังนี้

Input ปัจจัยนำเข้า การกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีดังนี้

1) **หน้าที่ความรับผิดชอบ** คณะกรรมการอำนวยการ “การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องอำเภอหนองสูง” หรือ คบสอ.หนองสูง มีหน้าที่ดังนี้

- (1) กำหนดนโยบาย การจัดการบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองสูง
- (2) ให้คำปรึกษา แนะนำ ช่วยเหลือให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์

(3) แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อให้การดำเนินงาน บรรลุวัตถุประสงค์

(4) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของ คณะทำงาน

2) คณะทำงานพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง คบสอ. หนองสูง มีหน้าที่ดังนี้

(1) จัดทำแนวทาง หรือจัดระบบบริการดูแล ต่อเนื่อง ระบบสารสนเทศ รวมถึงระบบส่งต่อของ เครือข่ายบริการสุขภาพ

(2) พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน เครือข่ายบริการสุขภาพให้มีความรู้และทักษะในการดูแล ต่อเนื่อง เพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

(3) รายงานผลการดำเนินงานให้คณะกรรมการ อำนวยการทราบในที่ประชุม

3) ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ของ อำเภอหนองสูง มีหน้าที่ดังนี้

(1) ประสานงานการดูแลต่อเนื่องระหว่าง หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลหนองสูงกับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน รวมถึง โรงพยาบาลอื่นๆ ที่ส่งข้อมูลเพื่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(2) จัดทำฐานข้อมูลการรับและส่งต่อเพื่อดูแล ต่อเนื่อง โดยควรมีการสร้าง web intranet ที่ใช้เป็น ฐานข้อมูลส่วนกลางที่สามารถเชื่อมโยงกันทุกหน่วยงาน

(3) ติดตามการรายงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ของหน่วยงานต่างๆ

(4) ประสานการดูแลหรือจัดการประชุมทีม สุขภาพเพื่อทบทวนการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงาน มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

(5) ร่วมกับคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแล ต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อรายงานผลการดำเนินงานแก่ คณะกรรมการอำนวยการ

4) ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ และ กายอุปกรณ์ มีหน้าที่ดังนี้

(1) สำรวจเครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ หรือกาย อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลต่อเนื่อง

(2) จัดทำทะเบียนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ และ ทะเบียนการยืม รับคืน จากผู้ป่วยหรือญาติ

(3) เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ใน กรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ หรือกายอุปกรณ์

5) ผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ดังนี้

(1) ประสานความร่วมมือ ประสานข้อมูล และส่ง ต่อข้อมูลแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านกับบุคลากรอื่นๆ ทั้ง ในและนอกหน่วยงาน

(2) ร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านของประชาชน ในพื้นที่ร่วมกับบุคลากรอื่นๆ

(3) ติดตามผลและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องที่ บ้าน และประสานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกรณี ที่การดูแลไม่ดีขึ้นและต้องการให้มีทีมสหวิชาชีพช่วยเหลือ

(4) จัดทำฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านใน เขตพื้นที่รับผิดชอบ

(5) สรุปวิเคราะห์และประเมินผล รวมถึงปัญหา อุปสรรคต่างๆ จากการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปรับปรุง ระบบให้ดีขึ้น

Process กระบวนการดำเนินงานระบบการดูแล ต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอำเภอ หนองสูง ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน มีการประสาน เครือข่ายทีมสุขภาพ การเตรียมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยด้วยการ Pre conference และจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้สำหรับการ พยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (2) ระยะการเยี่ยมบ้าน มีการนำ กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน การใช้หลัก จิตวิทยาในการให้กำลังใจผู้ป่วย และการติดตามและ ประเมินอาการผู้ป่วยด้วยแบบประเมินต่างๆ ตามประเภท และโรคของผู้ป่วย เช่น การประเมิน ADL PPS 2Q9Q ฯลฯ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และ (3) ระยะ หลังการเยี่ยมบ้าน มีการ Post conference ตามกระบวนการ INHOMEMESSS พร้อมบันทึกเวชระเบียนเก็บรวบรวม ข้อมูล และนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. Output ปัจจัยออก จัดทำฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สรุปลักษณะและประเมินผล รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ จากการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงระบบให้ดีขึ้นติดตามผลและรายงานผลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และประสานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในกรณีที่การดูแลไม่ดีขึ้นและต้องการให้มีทีมสหวิชาชีพช่วยเหลือตัวชี้วัดความสำเร็จของงานพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง อาทิ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน อัตราผู้ป่วยส่งกลับได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอัตราผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค

3. ผลลัพธ์ของขั้นติดตามและประเมินผล (Check) การประเมินผลการดำเนินงานของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน อำเภอหนองสูง ได้ประเมินจากผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขทางหนึ่ง และอีกทางหนึ่งจากแบบประเมินการดำเนินงานสำหรับทีมสุขภาพและแบบสอบถามของผู้ป่วย ผลการประเมินพบว่า การดำเนินงานดูแลต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2561 ได้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ดีขึ้นหลายตัวชี้วัด อาทิ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 88.9 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านร้อยละ 6.06 (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5) อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 84.84 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 86.8 (เป้าหมายร้อยละ 100) ขณะที่บุคลากรในทีมสุขภาพหมอบรรลุ และทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ ก็ประเมินว่าระบบการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากมีการแบ่งหน้าที่ของบุคลากรอย่างชัดเจน มีระบบการวางแผนงานย่อยก่อนออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านทุกครั้ง มีการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการวางแผนงานเยี่ยมบ้านและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ระบบการขอขึ้นอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มีความสะดวกมากขึ้น มีการประสานกับหน่วยงานสุขภาพและท้องถิ่นหรือชุมชนก่อน

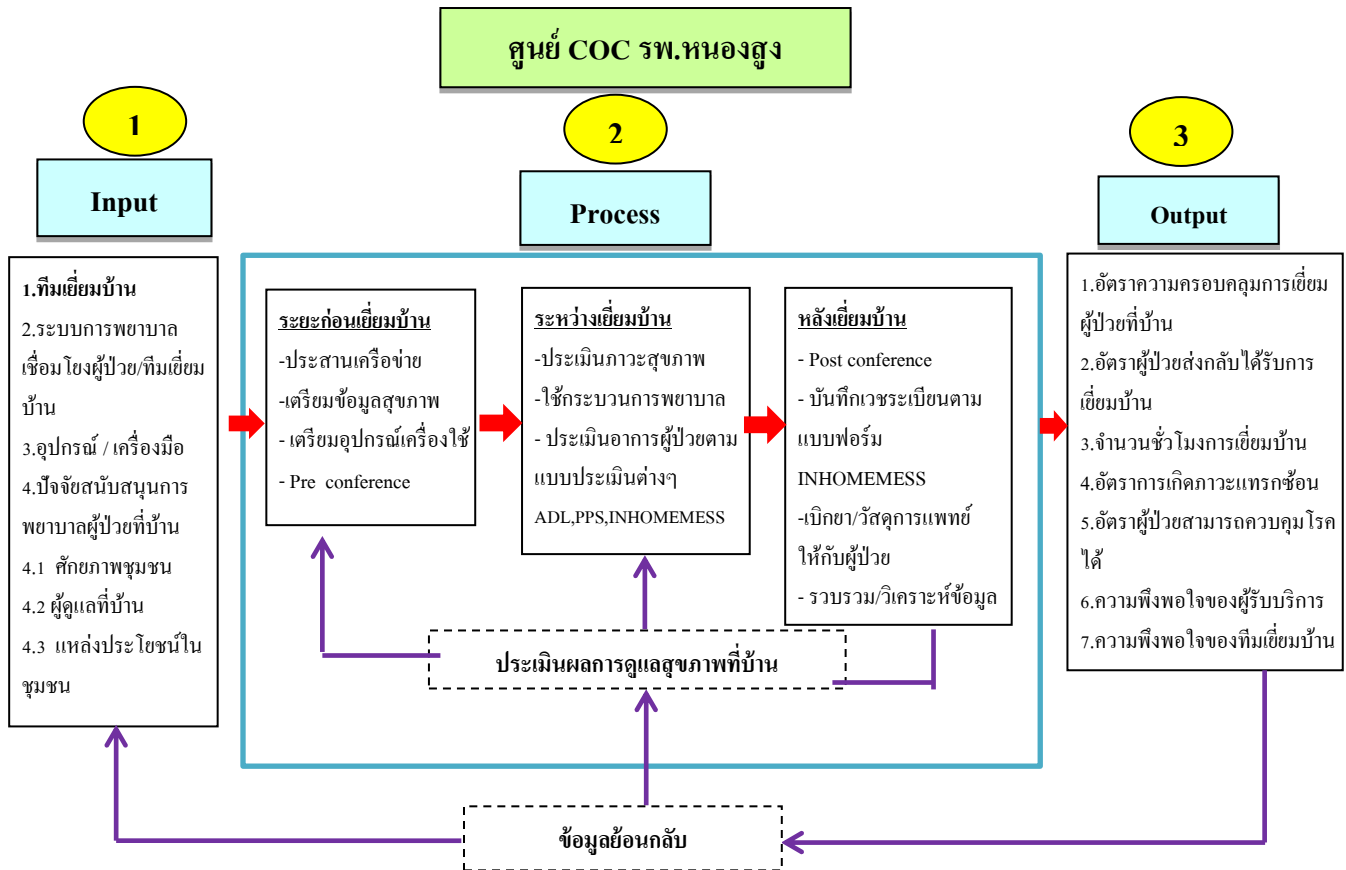
ออกเยี่ยมบ้าน และหน่วยบริการปฐมภูมิมีส่วนร่วมมากขึ้น ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของ รพ.หนองสูง

4. ผลลัพธ์ของขั้นการปรับปรุง (Act) พบว่าจากการประชุมสนทนากลุ่มของทีมบริการสุขภาพและ จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านใหม่เหมาะสมกับบริบทหรือลักษณะของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคในพื้นที่อำเภอหนองสูง จังหวัดมุกดาหารและได้ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านใหม่ ดังนี้

4.1 ปัจจัยนำเข้าของระบบการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย ทีมหมอบรรลุ การพยาบาลเชื่อมโยงผู้ป่วยกับทีมเยี่ยมบ้าน การจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ การสนับสนุนการพยาบาล

4.2 กระบวนการดำเนินงานระบบการดูแลต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอำเภอหนองสูง ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน มีการประสานเครือข่ายทีมสุขภาพ การเตรียมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยด้วยการ Pre conference และจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (2) ระยะการเยี่ยมบ้าน มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน การใช้หลักจิตวิทยาในการให้กำลังใจผู้ป่วย และการติดตามและประเมินอาการผู้ป่วยด้วยแบบประเมินต่างๆ ตามประเภทและโรคของผู้ป่วย เช่น การประเมิน ADL PPS 2Q9Q ฯลฯ เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และ (3) ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน มีการ Post conference ตามกระบวนการ INHOMEMESS พร้อมบันทึกเวชระเบียนเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยร้อยละ

(3) ปัจจัยออกของระบบการดูแลต่อเนื่องคือ ตัวชี้วัดความสำเร็จของงานพยาบาลการดูแลต่อเนื่อง อาทิ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน อัตราผู้ป่วยส่งกลับได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้าน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอัตราผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค ฯลฯ



ภาพประกอบ 2 ผังระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลหนองสูงที่ได้หลังพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัว และความ ต้องการของผู้ป่วย การสนทนากลุ่มและความคิดเห็นจากแบบสัมภาษณ์ของทีมบริการสุขภาพได้ข้อสรุปว่าควรมีการกำหนดรูปแบบโครงสร้างและพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การกำหนดโครงสร้างการดำเนินงานของระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบ คณะทำงานพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง คบสอ.หนองสูง ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ของอำเภอหนองสูง ศูนย์อุปกรณ์เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ และกายอุปกรณ์ และผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่อง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) กระบวนการดำเนินงานระบบการดูแลต่อเนื่อง กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน (2) ระยะการเยี่ยมบ้าน และ (3)

ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน และ 3) จัดทำฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งจากการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขทางหนึ่ง และอีกทางหนึ่งจากแบบประเมินการดำเนินงานสำหรับทีมสุขภาพและแบบสอบถามของผู้ป่วย ผลการประเมินพบว่า การดำเนินงานดูแลต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2561 ได้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ดีขึ้นหลายตัวชี้วัด อาทิ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 88.9 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านร้อยละ 6.06 (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 5) อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 84.84 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80) อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 86.8 (เป้าหมายร้อยละ 100) ขณะที่บุคลากรในทีมสุขภาพหมอครอบครัว และทีมหน่วยบริการปฐมภูมิ ก็ประเมินว่าระบบการดำเนินงานดูแลต่อเนื่อง

ที่พัฒนาขึ้นใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม เนื่องจากการแบ่งหน้าที่ของบุคลากรอย่างชัดเจน มีระบบการวางแผนงานย่อยก่อนออกปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านทุกครั้ง มีการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการวางแผนงานเยี่ยมบ้านและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย ระบบการขอเยี่ยมอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์มีความสะดวกมากขึ้น มีการประสานกับหน่วยงานสุขภาพและท้องถิ่นหรือชุมชนก่อนออกเยี่ยมบ้าน และหน่วยบริการปฐมภูมิมีส่วนร่วมมากขึ้น⁽¹⁻⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องที่บ้านของอำเภอหนองสูง จำเป็นต้องให้ทุกหน่วยงานของทีมสุขภาพ หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและปฏิบัติงานร่วมกัน ขณะที่การพัฒนาศักยภาพกลุ่มบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย (Care giver และ อสม.) มีความสำคัญต่อระบบการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

2. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลหนองสูงต้องผ่านศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ทุกราย เพื่อทางศูนย์ฯ จะได้

ประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ

3. ควรมีการฝึกอบรมกลุ่มบุคคลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ญาติผู้ป่วย อสม. จิตอาสาในชุมชน แกนนำชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพและมีความรู้ความเข้าใจต่อหลักการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดได้ดีขึ้น โดยมีทีมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิคอยให้คำชี้แนะและปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

4. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เนื่องจากผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคมีอาการป่วยของโรคที่แตกต่างกัน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในแต่ละกลุ่มโรคจึงอาจแตกต่างกันไป รูปแบบการดูแลเฉพาะกลุ่มโรคจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. ควรมีการศึกษายาทาบทามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของหน่วยงานท้องถิ่น หรือชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นการบูรณาการงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของหน่วยงานสาธารณสุขกับท้องถิ่นหรือชุมชนในรูปของเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพในระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. มณฑิรา สิงห์ทองกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลพนมไพร อำเภอพนมไพรจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2556.
2. สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556.
3. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan). เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพส่วนภูมิภาค, วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์.กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559.
4. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลหนองสูง. สถิติข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการดูแลต่อเนื่อง ปีงบประมาณ 2559-2561. เอกสารฝ่ายเวชระเบียน, รพช.หนองสูง, 2561.
5. Deming W. Edwards. The Essential Deming: Leadership principles from the father of quality management. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2013.
6. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA หัวใจสำคัญของการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. [ออนไลน์]. จาก <https://www.ftpi.or.th/2015/2125> สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2561.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย“แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย ในจังหวัด

อำนาจเจริญ

Development of child care program in the community using “Mae Hug” child development networking in Amnat Charoen Province

ฤดีวรรณ วงศ์เจริญ¹

Ruedeewun Wongchareon

บทคัดย่อ

จากการสำรวจสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญา(IQ) ของเด็กปฐมวัยในจังหวัดอำนาจเจริญพบว่ามีความต่ำกว่ามาตรฐาน และการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังไม่ได้ตามเป้าหมาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย ทำการสังเคราะห์สถานการณ์จากการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ โดยภาคีเครือข่าย นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยทำการศึกษาในกลุ่ม “แม่ฮัก” จำนวน 139 คน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึง มกราคม 2562

ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (98.82%) อายุ 50-59 ปี (30.22%) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา(72.66%) “แม่ฮัก” มีความรู้หลังการเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมอบรมอยู่ในระดับดีมาก ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พบว่า การดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว และความครอบคลุมของคัดกรองพัฒนาการ เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน โดยหลังพัฒนามีผลการดำเนินงานดีขึ้นแตกต่างจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เด็กที่พบผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หลังพัฒนามีผลการดำเนินงานดีขึ้นแตกต่างจากก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย ก่อนและหลังการพัฒนา มีผลการดำเนินงานไม่แตกต่างกัน สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง มีการดำเนินงานเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย มี “แม่ฮัก” ดูแลหญิงตั้งครรภ์ (100%) และเด็กปฐมวัย(99.63%) จากการวิจัยจึงเสนอแนะให้มีโมเดล เครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ได้มาตรฐาน มีชุมชนและภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน และงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แม่ฮัก พัฒนาการเด็ก นมแม่

Abstract

An Intelligence Quotient (IQ) level of childhood in Amnat Charoen Province has been reported lower than standard and childhood development screening program has not met the goal. This action research has been used to investigate the operational situation and develop the child development promotion protocol using “Mae Hug” child development networking program. This research consisted of; study the existing and prototype from successful development protocols by administrators and network partners, and develop the protocol which was conducted in 139 participants from Mae Hug during October, 2016- January, 2019. The results showed that most of participants were females (98.82%), age in the range of 50 to 59 years (30.22%) and graduated from secondary school (72.66%). The results found that the knowledge after intervention among Mae Hug had significantly higher levels than before intervention ($p\text{-value}<0.05$) and had very good level of the assessment for satisfaction of the overall program. A tried out protocol results showed that after using the development program about breast feeding in new born baby till 6 months old and cover all 9, 18, 30, 42 months old development screening program had significantly higher levels than before ($p\text{-value}<0.001$). Follow up of child development stimulation program for children who has first reported developmental delay had significantly higher overall operation than before using the protocol ($p\text{-value}=0.002$). On the other hand, normal children showed no significant difference between before and after. All health care center under Ministry of Public Health operated “Mae Hug” networking program including pregnant and childhood care service (100.00 and 99.63 % respectively). This study suggests that the Mae Hug networking program model should be distributed, also the community and networks collaboration for operational and budget support.

Keywords: Mae Hug, Child development, breast feeding

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

บทนำ

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับตั้งแต่ปฏิสนธิในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะการเจริญเติบโตของสมองและอวัยวะต่างๆของร่างกาย ตามลักษณะพันธุกรรมที่กำหนดไว้ และจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว⁽¹⁾ พัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออกให้เห็นได้ ซึ่งสะท้อนถึงพัฒนาการของสมองและระบบประสาทที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมภายหลังเกิด⁽²⁾ จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15 - 20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ⁽³⁾ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1 ใน 4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 5 ครั้ง เริ่มจากปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553 และ 2557 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 28.30, 28.00, 32.33, 29.71 และ 27.20 ตามลำดับ^(5,6) สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10⁽⁷⁾ และจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยปีงบประมาณ 2557 ของศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี พบว่าเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ในเขตสุขภาพที่ 10 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า สูงถึงร้อยละ 43.4 และพบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า ในเขตสุขภาพที่สำคัญ คือ พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดู ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนพ่อแม่ เพียงร้อยละ 30 มีวิธีการเลี้ยงดูเด็กไม่เหมาะสม โดยปล่อยให้เด็กใช้เวลาไปกับการ ดูโทรทัศน์ เล่นเกม สูงถึงร้อยละ 77.7 และเด็กปฐมวัยไม่ได้ถูกเลี้ยงดูโดยพ่อหรือแม่ ส่วนใหญ่อยู่กับผู้สูงอายุ ปู่ย่า ตายาย ถึงร้อยละ 36.6 จากการสุ่มสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็ก 4 ช่วงวัย ของสำนักตรวจและประเมินผลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้เครื่องมือเฟียร์ริงและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion manual: DSPM) พบว่ามีเด็กที่พัฒนาการสมวัยในครั้งแรกน้อยที่สุดในช่วงอายุ

42 เดือน เพียงร้อยละ 74.20 รองลงมาคืออายุ 18 เดือน ร้อยละ 75.3 อายุ 30 เดือน และ 9 เดือน ร้อยละ 77.65 และ 79.98 ตามลำดับ⁽⁸⁾

สถานการณ์เด็กปฐมวัย(0-5 ปี) ปี 2554-2559 ที่ส่งผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย พบว่า ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สูงเกินเป้าหมาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 10.45, 8.99, 9.85, 8.87, 7.83 และ 10.28 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2559 จากคลอดครบกำหนดร้อยละ 60.33 คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 39.67 การคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ด้วย DSPM ในปี 2558-2559 เด็กได้มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพียงร้อยละ 8.45 และ 12.45 การติดตามกระตุ้นพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ทำได้เพียงร้อยละ 78.93 และ 54.79 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 51.37, 72.20, 67.72, 59.74, 63.73 และ 61.45 ผ่านเกณฑ์เป้าหมายแต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในเขตสุขภาพที่ 10⁽⁹⁾

จากข้อมูลสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยได้มีการดำเนินงานและนิเทศติดตามงานอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งและมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อการดูแลเด็กมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยเน้นให้มีการอบรม อสม.ให้มีความรู้ทักษะในการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้แนวทางจากคู่มือเฟียร์ริงและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แต่จากการติดตามการดำเนินงานพบว่า ส่วนใหญ่การประเมินพัฒนาการเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจาก อสม. ยังไม่มั่นใจในการคัดกรองโดยให้เหตุผลว่า จะต้องใช้อุปกรณ์ในการประเมิน และคู่มือ DSPM เข้าใจยาก เนื้อหาค่อนข้างมาก ยังไม่ได้ใช้คู่มือ DSPM อย่างจริงจัง และขาดอุปกรณ์ในการประเมิน ที่ผ่านมา อสม.มีบทบาทในการติดตามเด็กในช่วงอายุ 9 เดือน, 18 เดือน, 30 เดือนและ 42 เดือน แต่ยังไม่ครอบคลุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้คำแนะนำผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการเมื่อพบเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ามารับบริการที่คลินิกเด็กดี แต่ยังขาดการติดตามในชุมชน และยังไม่มียุทธศาสตร์ในการติดตามและกระตุ้นพัฒนาการ ซึ่งทำให้การดูแลเด็กปฐมวัยขาดความต่อเนื่องและ

เกิดความล่าช้าในการกระตุ้นพัฒนาการและมีการติดตามดูแลเป็นรายๆไป แต่การดำเนินงานในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือทั้งชุมชน รวมถึงการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนา “แม่ฮัก” ที่มีความรู้ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในกลุ่มเด็กปฐมวัย เพราะแม่ฮักซึ่งถือว่ามีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ตามสโลแกน “ฮักแพง เบิ่งแย่งนากัน” ให้มีบทบาทในการดูแลและให้คำแนะนำการพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพื่อจะได้สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และเพื่อให้เด็กกลุ่มนี้เข้าถึงบริการที่รวดเร็วและหากมีความผิดปกติก็สามารถค้นพบและแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน และขยายเครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย พัฒนาเด็กปฐมวัย “แม่ฮัก”

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติ (Observer) ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มที่เป็นคณะทำงานร่วมเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ เลือกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงานที่เป็นผู้มีประสบการณ์หรือเป็นผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก จาก 7 อำเภอ ของจังหวัดอำนาจเจริญ และเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขหรือนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 20 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคีเครือข่าย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจากบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาการเด็ก จาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลทุกแห่ง ผู้อำนวยการกองการศึกษาหรือกองการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลและ อบต. อสม.หรือแกนนำ ทุกตำบล ครูพี่เลี้ยงเด็ก รวม 370 คน

3. กลุ่มตัวอย่างที่เป็น “แม่ฮัก” เลือกแบบสมัครใจ โดยเลือกจากจิตอาสาที่สมัครเป็น “แม่ฮัก” ที่สมัครใจเป็นแกนนำเข้ารับการอบรมความรู้ “แม่ฮัก” ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในระดับจังหวัด หน่วยบริการละ 1-2 คน จำนวน 139 คน

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นภาคีเครือข่าย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกจากบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับงานพัฒนาการเด็ก จาก โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง แกนนำแม่ฮัก ผู้อำนวยการกองการศึกษา/สาธารณสุข ประธาน อสม.หรือแกนนำ ทุกตำบล ครูพี่เลี้ยงเด็ก รวม 502 คน

5. สถานบริการสาธารณสุข 89 แห่ง (โรงพยาบาล 7 แห่ง รพ.สต./ศูนย์แพทย์/ศูนย์สุขภาพชุมชน 82 แห่ง) เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน ในระบบ HDC

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ

1.1 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

1.2 คู่มือ “แม่ฮัก” ที่คณะทำงานได้จัดทำขึ้น โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่แม่ฮัก การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยแม่ฮัก ที่ผ่านการใช้งานในพื้นที่ต้นแบบและผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญแล้ว จำนวน 3 ท่าน

1.3 อุปกรณ์สำหรับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่นเด็ก หนังสือนิทาน

1.4 สื่อการสอน Power point สำหรับสอนเครือข่าย “แม่ฮัก” เนื้อหาครอบคลุม สถานการณ์และความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย และการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เครือข่ายต้นแบบการดูแลเด็กปฐมวัย เอกสารต้นแบบการดูแลเด็กปฐมวัย

1.5 สื่อการสอน Power point สำหรับสอน “แม่ฮัก” ประกอบด้วยการบรรยายถึงสถานการณ์และความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย VTR “การสร้างรากฐานประเทศไทยสร้างเด็กปฐมวัยให้มั่นคง” การเฝ้าระวังและ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การฝึกปฏิบัติ การสร้างวินัยเชิงบวก การสร้างความผูกพันทางด้านอารมณ์ ด้วย “ใจถึงใจ สายใยผูกพัน” และกิจกรรม “กิน กอด เล่น เล่า” การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วย การสร้างสุขนิสัยการนอน และ ฝ้าดูฟัน และการติดตามและดูแลเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า

1.6 การประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการจัดการอย่างมีคุณภาพตามขั้นตอนที่วางแผนไว้ในขั้นตอนที่ 1, 2 และ 4

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “แม่ฮัก” ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ “แม่ฮัก” มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะ และการศึกษาของ “แม่ฮัก”

ตอนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการอบรม โดยสอบถามด้านเนื้อหาความรู้ที่ได้รับ ด้านสื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ) ด้านรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม การทำกิจกรรม ฯลฯ) ด้านการสอนวิทยากร และด้านระยะเวลาที่ใช้ในการ ถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม มีลักษณะเป็นแบบมาตราวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น (AAR)

2. แบบวัดความรู้ก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ แก่นนำ “แม่ฮัก” ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและการวิจัย 3 ท่าน เพื่อความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ และภาษาที่ใช้ วัด ได้ตามสิ่งที่ต้องการวัดตามเนื้อหาหรือวัตถุประสงค์ กำหนดค่าคะแนนข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตรงข้อคำถามว่าข้อความที่ถาม ผู้ตอบมีความรู้หรือไม่ว่าข้อความนั้น ถูก หรือ ผิด

3. ใบกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4. ระบบรายงาน “แม่ฮัก” ที่ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษาได้จัดทำขึ้น

5. แบบรายงานในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC โดยเครื่องมือนี้ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อน และหลังดำเนินโครงการ โดยคัดเลือกตัวชี้วัดที่สามารถวัดผล และสามารถแสดงผลการปฏิบัติงานผ่านระบบฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ ก่อน-หลังอบรม ใช้ t-test ผลลัพธ์การดำเนินงาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Paired Samples t-test

จริยธรรมในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 09/2561 ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลได้มีการขออนุญาตดำเนินการศึกษา และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการและโดยใช้เวลา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาลงได้ตลอดเวลาในการวิจัย

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดำเนินงาน และขยายเครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย

1.1 สถานการณ์/การดำเนินงาน ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ด้านพัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัยอายุ 6 ,18 ,30 และ 42 เดือน ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการด้วยคู่มือ DSPM ร้อยละ 64.59 มีพัฒนาการสมวัยการตรวจครั้งแรก ร้อยละ 86.87 พัฒนาการสงสัยล่าช้าจากการตรวจครั้งแรก ร้อยละ 15.11 สามารถติดตามตรวจประเมินซ้ำได้ ร้อยละ 70.75 มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 99.75 ไม่สมวัย ร้อยละ 0.13 เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลทุกคน ด้านโภชนาการ แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี ได้ถูกสอบถามกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเป็นร้อยละ 55.43 จำนวนที่เด็กอายุครบ 6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 68.30

1.2 การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กในจังหวัดอำนาจเจริญ ที่ประสบผลสำเร็จในพื้นที่ ได้มีนวัตกรรมการดูแลเด็กปฐมวัย ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งคลอดและเติบโตจนถึง อายุ 5 ปี โดยการจัดตั้งเครือข่ายจิตอาสาดูแลเด็กปฐมวัย (แม่ฮัก) บ้านดอนขวัญ ตำบลพนา อำเภอพนา ผลการดำเนินงาน พบว่า บ้านดอนขวัญ ตำบลพนา อำเภอพนา มีเครือข่ายจิตอาสาดูแลเด็กปฐมวัย(แม่ฮัก) ครบร้อยละ 100 “แม่ฮัก” มีทักษะในเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนที่ถูกต้องเหมาะสม ตามแบบประเมินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) ร้อยละ 88.88 มีการดำเนินงานที่สม่ำเสมอ ทำให้ เด็กปฐมวัยมีรูปร่างดีสมส่วน ร้อยละ 59.26 พื้นไม่ผุ ร้อยละ 67.53 ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ 96.17 และ เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการที่สมวัย ร้อยละ 93.12 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นจนมีพัฒนาการมีเหมาะสมตามเกณฑ์

ในปีงบประมาณ 2560 นายแพทย์สาธารณสุขสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ได้มีนโยบายให้นำนวัตกรรมการดูแลเด็กปฐมวัยของเครือข่ายอำเภอพนา “เครือข่ายจิตอาสาดูแลเด็กปฐมวัย (แม่ฮัก)” มาใช้ในการดูแลเด็กปฐมวัยในจังหวัดอำนาจเจริญ

1.3 การขยายเครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชนตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน

โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ขั้นตอนการวางแผน ได้แก่ การติดต่อประสานงานและแจ้งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาเด็กปฐมวัยในจังหวัดอำนาจเจริญ นโยบายการพัฒนาสตรีและเด็กปฐมวัยของผู้บริหาร กับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประชุมปรึกษาหารือสังเคราะห์รูปแบบเพื่อการขยายเครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัย ในจังหวัดอำนาจเจริญ ตามแนวทางการ “เครือข่ายจิตอาสาดูแลเด็กปฐมวัย (แม่ฮัก)” 2) ขั้นตอนการดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “แม่ฮัก” ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ การออกไปปฏิบัติในพื้นที่จริง และการอบรมให้ความรู้แก่นำ “แม่ฮัก” เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กไทย ในระดับจังหวัด

2. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ “แม่ฮัก” ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของ “แม่ฮัก”

ความรู้	n	คะแนน		$\bar{x}$	sd	Mean Difference	95%CI	P-value
		ต่ำสุด	สูงสุด					
ก่อนการอบรม	139	3	10	6.89	1.392	-1.770	-1.964 to	0.000
หลังการอบรม	139	5	10	8.66	.975		-1.576	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง พบว่า คะแนนความรู้หลังการเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนเข้ารับการอบรม ก่อนเข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 6.89 คะแนน หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 8.67 คะแนน เปรียบเทียบความรู้ ของ “แม่ฮัก” ก่อน - หลังการอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.000)

2.2 ความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมอบรมตามแนวทางการพัฒนา ของ “แม่ฮัก” ผู้มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุ

50-59 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 98.82, 30.22 และ 72.66 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อกิจกรรมอบรมในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 4.717 : SD = 0.366) โดยผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจต่อเนื้อหาความรู้ที่ได้รับ สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ รูปแบบการถ่ายทอดความรู้ วิทยากรสอนตรงเนื้อหา สอนเข้าใจง่าย และ ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ($\bar{x}$ = 4.717, 4.74, 4.76, 4.78 และ 4.64 : SD = 0.366, 0.543, 0.550, 0.478 และ 0.648 ตามลำดับ)

2.3 ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนการทำงาน ผลการดำเนินงาน เครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ ทำให้มีเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนา

เด็กปฐมวัย ที่ดำเนินงานได้ดีสามารถเป็นต้นแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน จำนวน 10 ตำบล

2.4 ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานของ เครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามเป้าหมายของตัวชี้วัด เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน

กินนมแม่อย่างเดียว ก่อน-หลังการพัฒนา

ผลการดำเนินงาน	n	Mean	SD	t	df	p-value	95% CI ของค่าเฉลี่ยผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	89	3.46	1.701	3.841	78	.000	1.134 - 3.841
หลังการพัฒนา	89	4.20	1.275				
รวม		.747	1.728				

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตารางพบว่า เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 กินนมแม่อย่างเดียว สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ก่อน-หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีผลงานดีกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็นร้อยละ 43.8 และ 61.8 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตาม

ตัวชี้วัด ก่อน-หลังการดำเนินการ มีผลการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.000)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามเป้าหมายของตัวชี้วัด เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ก่อน-หลังการพัฒนา

ผลการดำเนินงาน	n	Mean	SD	t	df	p-value	95% CI ของค่าเฉลี่ยผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	89	1.83	1.424	-13.245	88	.000	-2.701
หลังการพัฒนา	89	4.18	1.353				-
รวม		-2.348	1.673				-1.996

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตาราง พบว่าเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ก่อนการพัฒนา สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็นร้อยละ 68.5 หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีผลงานดีกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็น

ร้อยละ 65.2 เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ก่อน-หลังการดำเนินการ มีผลการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.000)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามเป้าหมายของตัวชี้วัด เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่พบผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ก่อน-หลังการพัฒนา

ผลการดำเนินงาน	n	Mean	SD	t	df	p-value	95% CI ของ

ค่าเฉลี่ยผลต่าง

ก่อนการพัฒนา	89	1.65	1.374	-3.186	88	.002	-1.040
หลังการพัฒนา	89	2.29	1.546				-
รวม		-0.640	1.896				-0.241

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

จากตาราง พบว่าเด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่พบผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ก่อน-หลังการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ส่วนใหญ่มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็นร้อยละ 78.7 และ 48.3 ตามลำดับ เมื่อ

เปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดก่อน-หลังการดำเนินการ มีผลการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.002)

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดำเนินงานตามเป้าหมายของตัวชี้วัดเด็กอายุ 0-5 ปี

มีพัฒนาการสมวัย ก่อน-หลังการดำเนินการ

ผลการดำเนินงาน	n	Mean	SD	t	df	p-value	95% CI ของ ค่าเฉลี่ยผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	89	4.74	.805	-0.748	88	.456	-0.246 - .112
หลังการพัฒนา	89	4.81	.705				
รวม		-0.067	.850				

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

จากตาราง พบว่า เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ก่อน-หลังการพัฒนา สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ส่วนใหญ่มีผลงานดีกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็นร้อยละ 87.6 และ 89.9 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ก่อน-หลังการดำเนินการ มีผลการดำเนินงานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.456)

สถานบริการทุกแห่งมีการดำเนินงานเครือข่าย "แม่ฮัก" พัฒนาเด็กปฐมวัย สถานบริการทุกแห่งในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 89 แห่ง มีการดำเนินงานเครือข่าย "แม่ฮัก" พัฒนาเด็กปฐมวัย ทุกแห่ง

หญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย มี "แม่ฮัก"ดูแลหญิงตั้งครรภ์ 894 คน ทุกคน ได้รับการดูแลด้วยแม่ฮัก เด็ก 0-5 ปี 18,803 คน ได้รับการดูแลด้วยแม่ฮัก จำนวน 18,733 คน คิดเป็นร้อยละ 99.63

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. สถานการณ์/การดำเนินงาน ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการดำเนินงาน พบว่า ด้านพัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัยกลุ่มเป้าหมายอายุ 6 ,18 ,30 และ 42 เดือน จำนวน 13,197 คน พบว่าจังหวัดอำนาจเจริญ มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในปี 2554 และ 2559 เท่ากับ 96.25 และ 90.75 ลดลงจากเดิมและอยู่ในลำดับ 3 ของจังหวัดที่มีค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ต่ำที่สุดในประเทศไทย (เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 100)

ด้านโภชนาการ กลุ่มเป้าหมายเด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี กินนมแม่อย่าง มีแม่หรือผู้เลี้ยงดูได้ถูกสอบถาม เพียงร้อยละ 55.43 กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 68.30 จากข้อมูลถึงแม่เด็กอายุครบ 6 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวจะสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 แต่เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า แม่หรือผู้เลี้ยงดูได้ถูกสอบถามเพียงร้อยละ 55.43 ซึ่งควรจะสอบถามให้ครอบคลุมมากขึ้น องค์การอนามัยโลก และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงแนะนำให้มารดา

ทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อย 6 เดือน หลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับอาหารตามวัย เป็นเวลา 2 ปี หรือมากกว่า⁽¹⁰⁾ การกินนมแม่ส่งผลต่อความสามารถทางสติปัญญาของเด็ก 2.19 - 3.45 จุด⁽¹¹⁾ แสดงว่าการกินนมแม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ ทักษะกับเด็ก⁽¹²⁾ จากการศึกษาระยะยาวพบว่า เด็กที่กินนมแม่เป็นหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จะส่งผลดีต่อความสามารถทางสติปัญญา พัฒนาการความสามารถด้าน การศึกษาและสุขภาพจิต⁽¹³⁾

2. ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย มีพื้นที่ที่ดำเนินงานได้ดีสามารถเป็นต้นแบบการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน จำนวน 10 ตำบล ซึ่งข้อค้นพบนี้ทำให้ทราบว่า การดำเนินการประสบไม่ความสำเร็จทุกพื้นที่ เนื่องจาก การปฏิบัติตามนโยบายยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหา การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การประสานภาคีเครือข่าย การกินข้อมูลแก่ชุมชน การสร้างความตระหนัก และจากภาระงานในหน้าที่ของเครือข่าย แม่ฮักขาดความมั่นใจในตนเอง และขาดการยอมรับจากกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กัสมา ซาเซพันธ์. (2548)⁽¹³⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้วยโอกาส: กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาภาพรวมของระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเด็ก โดยใช้ตัวชี้วัดสี่ด้าน คือ การมีส่วนร่วมคิด การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมติดตาม และประเมินผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในทุกด้านอยู่ในระดับน้อย โดยเฉพาะ การมีส่วนร่วมคิดในประเด็น ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ สรุทเกียรติ อาชานานภาพ. (2541)⁽¹⁴⁾ ภาวะผู้นำของแกนนำ กลุ่มแกนนำซึ่งประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกอบต. ผู้นำศาสนา อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีความเสียสละ ต้องการเห็นหมู่บ้านมีการพัฒนาเป็นชุมชนเข้มแข็ง และเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับปาริชาติ วัลย์เสถียร และคณะ (2543)⁽¹⁵⁾ ได้สรุปเงื่อนไขของผู้นำ ที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานเพื่อส่วนรวม มีความจริงใจและตั้งใจใน

การปรับปรุงสภาพของชุมชน เป็นที่ยอมรับนับถือจากชาวบ้าน และมีความสามารถในการกระตุ้นชาวบ้านให้ เห็นถึงปัญหา วราพร วันไชยธนวงศ์ และคณะ (2550)⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการสร้างจิตอาสา นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ พบว่านักศึกษาให้ความหมายจิตอาสา เป็นความสมัครใจ เต็มใจ ตั้งใจทำ และเสียสละทั้งร่างกายและแรงใจหรือทรัพย์สิน ในการทำกิจกรรมหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น กระบวนการสร้างจิตอาสา มี 4 ประเด็นคือ 1) ปลูกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตอาสา 2) การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ ด้านความรู้ และการติดต่อสื่อสาร 3) การสร้างความเชื่อมั่นในตน และ 4) การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องประสบการณต่อการพัฒนา ด้านจิตอาสา คือทำให้ได้รับการพัฒนาให้เป็นคนเก่ง คนดี และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ฉวีนิชากร ศรีบุรณ์ (2550)⁽¹⁷⁾ ได้กล่าวว่า ตัวชี้วัดจิตอาสาด้านการช่วยเหลือผู้อื่น ประกอบด้วย การแนะนำ สิ่งที่ถูกที่ควรแก่ผู้อื่น การอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้อื่น และการแบ่งปันสิ่งของให้กับผู้อื่น การขยายเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ ให้ประสบความสำเร็จ ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับจะต้องศึกษานโยบายให้ชัดเจนเพื่อนำไปสู่การนำนโยบายไปปฏิบัติได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ต้องมีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงานให้เข้ากับแต่ละบริบทพื้นที่ที่ตนอยู่ การศึกษาสภาพปัญหา/การกินข้อมูลให้ชุมชนเพื่อการแสวงหาการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองแก่ “แม่ฮัก” ด้านความรู้ การฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง การสื่อสาร เป็นต้น โดยเฉพาะการได้มาซึ่ง “แม่ฮัก” ที่เป็นจิตอาสา เพื่อให้ได้ “แม่ฮัก” ที่มีความสมัครใจ เต็มใจ ตั้งใจทำ และเสียสละทั้งร่างกายและแรงใจ ในการทำกิจกรรมหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่

4. ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานของ เครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า

1) เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 กินนมแม่อย่างเดียว ก่อน-หลังการดำเนินการ พบว่า มีผลการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.000)

2) เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ก่อน-หลังการดำเนินการ พบว่า มีผลการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.000) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชจรี พิมพ์โคตร และพรธมนิภา โพธิ์ผา (2560)⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหิน พบว่า รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการรูปแบบใหม่ ที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินพัฒนาการอนามัย 55 ซึ่งสะดวกต่อการประเมินผลและติดตามโดย อสม. ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ เด็ก 0-5 ปี ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการได้ครอบคลุม จากร้อยละ 78.26 เป็นร้อยละ 96.38 ความพึงพอใจของผู้เลี้ยงเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.76 เป็นร้อยละ 85.05 (p<0.001)

3) เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน ที่พบผลการตรวจคัดกรองครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ก่อน-หลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็นร้อยละ 78.7 และ 48.3 เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ก่อน-หลังการดำเนินการ พบว่า มีผลการดำเนินงานแตกต่างกัน โดยหลังดำเนินการมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.002) ถึงแม้ว่าผลการดำเนินงานจะดีขึ้นแต่การดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมาย จึงต้องหาแนวทางที่จะทำให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการกระตุ้นจะกลับมารับการตรวจติดตามซ้ำ ซึ่งเครือข่าย “แม่ฮัก” สามารถช่วยในการติดตามเด็กที่เปรียบเสมือนลูกตนเอง หรือจะเรียกว่าลูกฮักลูกแพงก็ได้

ให้เข้ารับการประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสร้างความตระหนัก/รับรู้ความสำคัญของการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก เพื่อไม่ให้เด็กเสียโอกาสในการส่งเสริมพัฒนาการ การเติบโตด้วยพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้านเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้สมวัยในทุกๆ ด้าน

4) เด็กอายุ 9,18,30,42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ก่อน-หลังการพัฒนา สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดส่วนใหญ่มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก คิดเป็นร้อยละ 87.6 และ 89.9 เมื่อเปรียบเทียบระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ก่อน-หลังการดำเนินการ พบว่า มีผลการดำเนินงานไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.456) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชยา ทองจันทร์(2550)⁽¹⁹⁾ เรื่องรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน : กรณีศึกษาดำบลมูโนะ อำเภอสุโขทัย-โก-ลก จังหวัดนราธิวาส พบว่า เด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 92.68 มีพัฒนาการโดยรวมสมวัย เกินไขและปัจจัยสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนครั้งนี้ คือ ภาวะผู้นำของกลุ่มแกนนำวิสัยทัศน์ของชุมชน ความสนใจและความร่วมมือของชุมชน และกระบวนการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วม เกินไขและปัจจัยอุปสรรค คือ ภาระงานของกลุ่มแกนนำ ความขัดแย้งของกลุ่มแกนนำ การจัดสรรงบประมาณ และสถานการณ์ความไม่สงบ

ข้อเสนอแนะ

1. ความสำเร็จของพัฒนาเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า ปัจจัยที่จะทำให้งานขยายผลการดูแลเด็กปฐมวัยในชุมชน โดย เครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดอำนาจเจริญ ให้ประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้มีส่วนได้เสียในทุกระดับจะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ เช่น ความเข้าใจในรายละเอียดนโยบาย/โครงการ ทักษะและความสามารถของทีมงาน การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ การควบคุมกำกับการทำงาน การมีส่วนร่วมของเครือข่าย การได้รับ

งบประมาณสนับสนุน การทำงานเป็นทีม และต้องมีความต่อเนื่องในการทำงาน

2. การพัฒนาเด็กปฐมวัยควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และควรให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักแก่ครอบครัวและกลุ่มแกนนำชุมชน เพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยควรคำนึงถึงบริบทของชุมชน ซึ่งจะต้องมีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนนั้นๆ

3. ควรศึกษาประสิทธิภาพการทำงานของเครือข่าย “แม่ฮัก” ต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ในลักษณะเจาะลึกรายหมู่บ้าน/ชุมชน

4. ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของ “แม่ฮัก” ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน

5. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค แบบจิตอาสา ในกลุ่มวัยอื่น ๆ ด้วย เช่น วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ประกาศ วีระพล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ นายแพทย์ปฐมพงศ์ ปรีดิ์ โปร่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ที่ได้เห็นความสำคัญและมอบนโยบายขยายผลการดูแลเด็กปฐมวัยในพื้นที่ โดยเครือข่าย “แม่ฮัก” พัฒนาเด็กปฐมวัย ให้การสนับสนุนสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาเครือข่าย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ทุกระดับ ที่ช่วยเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณเครือข่าย “แม่ฮัก” อำเภอนา สุณัยอนันต์ 10 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ที่ร่วมเป็นวิทยากรและเก็บข้อมูลในระดับจังหวัด ขอขอบคุณเครือข่าย “แม่ฮัก” ทุกเครือข่าย ที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กปฐมวัย และทำให้ได้ผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิธีการทำงานต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Bee H. (1995). *The growing child* New York. Harper Collins College Publishers. 3-28, 105-83.
2. นิติยา ฤกษ์กิติ. (2554). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป*. บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
3. นิขรา เรืองคารณานนท์. (2551). *พัฒนาการและเขาว์ปัญญาของเด็กไทย*. กรุงเทพฯ : เอกสารอัด สำเนา.
4. ชันยพร เมฆรุ่งจรัส และอดิศักดิ์ ฝ่องฟู. (2561). *ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก*. ในสุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการ *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด. หน้า 44
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2554). *รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553*. เอกสารอัด สำเนา.
6. จินตนา พัฒนพงษ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และณฤมล ชนเจริญวัชร. (2558). *รายงานการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี พ.ศ. 2557”*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (เอกสารอัด สำเนา).
7. วิชัย เอกพลกร. บรรณาธิการ. (2554). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4*. นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
8. กรมอนามัย. *การสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กไทย ปี 2560*. วันที่ค้นข้อมูล 11 กุมภาพันธ์ 2561. เว็บไซต์: http://nich.anamai.moph.go.th/download/DSPM/random1_12_2017.pdf
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (2559). *รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2559*. อำนาจเจริญ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ.
10. วรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และคนอื่นๆ. (2555). *การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

13. กัสมา ซายะพันธ์. (2548). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาเด็กตามโครงการส่งเสริมการจัดตั้งสถานรับเลี้ยงและพัฒนาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้อยโอกาส : กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
11. Bernardo L. Horta, Cesar G. Victora. (2013). *Long term effects of breastfeeding. De-partment of Maternal Newborn Child and Adolescent Health (MCA)*. World Health Organization. Switzerland. P74. from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
14. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). *วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
12. นันทา อ่วมกุล และคณะ. (2552). *สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552*. บริษัท บีคอนเอ็น เทอร์ไพรซ์ จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
15. ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. (2543). *กระบวนการพัฒนาและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)พนิต โถเสถียรกิจ. (2550). เด็กพูดช้า. วารสารกุมารเวชศาสตร์ ปีที่ 26 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2550.
13. Wendy H.Oddy, JianghongLi, Monique Robinson, Andrew J.O. Whitehouse. (2012). *The Long-Term Effect of Breastfeeding on Development. CentrePopulation Health Research. Contemporary Pediatrics*. Publisher InTech: 57-78. from <http://cdn.intechopen.com/pdfs/31651.pdf>
16. วราพร วันไชยธนวงศ์ และคณะ. (2560). *การพัฒนากระบวนการสร้างจิตอาสาให้นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่*. รายงานการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข: สถาบันพัฒนาอานามัยเด็กแห่งชาติ.
17. ณัฐนิชากร ศรีบุญ. (2550). *การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของจิตอาสาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยการศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
18. นุชจรี พิมพ์โคตร และพรรณนิภา โพธิ์ผา. *การพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี โดยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยหิน*. วันที่ค้นข้อมูล 3 ธันวาคม 2560, เว็บไซต์: http://203.157.162.13/~nonghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2556_Nutjaree.pdf
19. จิรัชยา ทองจันทร์. *รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน โดยการใช้มีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน : กรณีศึกษาดำบลมโนะ อำเภอสว่างโก-ลก จังหวัดนราธิวาส (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน [ออนไลน์]. วันที่ค้นข้อมูล 28 กันยายน 2561, เว็บไซต์: https://soreda.oas.psu.ac.th/show_detail.php?research_id=419*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

Factors Related to Access to Primary Care Services for Patients with Mental Health Problems

วรภรณ์ ทินวัง¹, รุ่งนภา สูดินันท์โอภาส², เกศสุรินทร์ เทือกถา³

Woraporn Thinwang, Rungnapa Sootinan-ophat, Kedsurin Thauktha

บทคัดย่อ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น แต่พบว่าการเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชค่อนข้างน้อย ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก็จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม (กัมปนาท ดันติบุตรกุล, 2555) การเข้าถึงบริการสุขภาพ แสดงถึงคุณภาพของการให้บริการของสถานบริการสุขภาพ วัตถุประสงค์ของวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามดัดแปลงมาจากการเข้าถึงบริการสุขภาพของ พิไลโอ เขียวแก้ว (2553) ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ ๐.๘๑ การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ใช้ Pearson Product Moment Correlation และ ไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.47$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ด้านคุณภาพของบริการและผู้ให้บริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.61$) รองลงมาคือ ด้านความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X} = 4.02$, $SD = 0.61$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 0.65$) ความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ($R_{xy} = 0.39$) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ($R_{xy} = -0.21$) ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ($\chi^2 = 6.435$) ยานพาหนะ ($\chi^2 = 6.567$) อาชีพหลัก ($\chi^2 = 8.128$) และ แหล่งที่มาของรายได้ ($\chi^2 = 5.438$) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer's V เท่ากับ 0.39 , 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ, ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

Abstract

Social change is one of the factors contributing to increasing mental health problems, but access to psychiatric services relatively small. Untreated patient would affect the quality of life and living together in society (Kampanart Tansithabudhkhun ,2012). Access to health services indicates the quality of service provided by the health facility. Purposes of descriptive research were to study the level of primary health care access and the relationship between accesses to primary care services for patients with mental health problems. The population and sample in this study were males and females patients with 8 group of mental health problem in 2 areas of district health promotion hospital in Lampang. The samples are 114. The research instrument is questionnaire was adapted from access to health services of Pilai keawkaew (2010) and reviewed for content validity by three experts which Cronbach's alpha coefficient of 0.91. Data were analyzed by using Frequency, percentage, mean and standard deviation, Pearson product moment Correlation and Chi Square. The results showed that access to primary care services for patients with mental health problems was highest ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.47$). When considering each topic, found that access to

¹ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

² อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.บ้านกล้วยแพะ ตำบลกล้วยแพะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

primary care services the topic service quality and service providers had the highest mean score ($\bar{X}$ = 4.17, SD = 0.61). The adequacy of services was high ($\bar{X}$ = 4.02, SD = 0.61). The ability to pay for services was lowest score had mean score at the moderate level (X = 3.22, SD = 0.65). The relationship with access to services of patients with mental health problems (p -value=0.5) is that knowledge about the right to mental health problems were positive in low level related to services of patients with mental health problems (R_{xy} = 0.39) and taking time to health care was negative in low level related to services of patients with mental health problems (R_{xy} = -0.21). The other factors related to access to services of patients with mental health problems were statistically significant at .05 level that these include: the person who lives with the patient (χ^2 = 6.435), vehicle (χ^2 = 6.567), main career (χ^2 = 8.128) and source of income (χ^2 = 5.438). The correlation coefficients Cramer V were 0.39, 0.240, 0.267 and 0.218, respectively.

Key words: access to healthcare service, patient with mental health problem

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มากขึ้นในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การศึกษา การแข่งขันทางด้านธุรกิจ หรือแม้กระทั่งการเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมามากมาย เช่นเกิดความเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ และซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้บางคนแสดงออกโดยการใช้ความรุนแรง จนทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต มีการคาดการณ์ว่ามีประชากรในโลกที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตถึง 1,500 ล้านคน และส่วนใหญ่ประมาณสามในสี่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วย พบว่าการเข้าถึงการรับบริการทางจิตเวชยังไม่เพียงพอ แต่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ความสูญเสียปี สุภาพะจากการเจ็บป่วยหรือพิการทั้งหมด (year lost due to disability: YLD) มีค่าประมาณ 4 ล้านปี พบในผู้ชาย 2.1 ล้านปี ผู้หญิง 1.9 ล้านปี สาเหตุหลักของความสูญเสียในเพศชายคือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.6 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้า ในเพศหญิงโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 12.4⁽¹⁾ นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560 – 2561 การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยบริการในเขตสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในเขตสุขภาพได้เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มโรคและปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต โรคออทิซึม โรคสมาธิสั้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ลมชัก สมองเลื่อม ฯลฯ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่พบ

บ่อย มีการคาดการณ์ว่า ประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือประมาณ 450 ล้าน

คนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต โดยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม การเปลี่ยนแปลงรวดเร็วของสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ แม้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่า การเข้าถึงบริการยังคงอยู่ในระดับต่ำการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นแนวคิดที่ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ซึ่งจะเป็นสิ่งสะท้อนนโยบายสุขภาพของภาครัฐ^(2,3,4) ในการบริการดูแลสุขภาพประชาชนแบบปฐมภูมิและเป็นดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพ⁽⁵⁾ กรมสุขภาพจิตและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพซึ่งการเข้าถึงบริการตามแนวคิดของเฟ้นเช่มสกีและโทมัส ประกอบด้วย 5 มิติคือ 1) ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 4) ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการและ 5) การยอมรับคุณภาพการบริการ จากการสำรวจของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเครือข่ายเขตบริการที่ 1 ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ในปี 2556-2557 พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการ ลดลง โดยในปี 2556 อัตราการเข้าถึงบริการมีจำนวนร้อยละ 37.67 ส่วนในปี 2557 มีจำนวนการเข้าถึงบริการร้อยละ 36.76

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต พบเพียงรายงานการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทัศนคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต การขาด

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความร่วมมือของงานสุขภาพจิตจากหน่วยบริการและชุมชน การขาดแคลนบุคลากรทั้งจิตแพทย์และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพจิต การกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเมืองใหญ่ ความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ บางครั้งจำเป็นต้องค้างคืนทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ครอบครัวมีฐานะยากจนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อยและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเวช แต่ไม่พบรายงานการวิจัยที่ชัดเจน มีเพียงรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ของ พิสิส เชียวแก้ว (2553)⁽⁴⁾ และ ดวงดาว ศรีวุฒิ (2556)⁽⁵⁾ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ และรายงานการวิจัยของผู้รับบริการสุขภาพอื่นๆ (5,6,7,8,9)

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสุขภาพในการให้บริการทุกระดับ และ ความร่วมมือในการวิจัยและพัฒนาการกับหน่วยบริการสุขภาพ จึงได้มีความสนใจในการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ตามแนวคิดของ Penchamsky and Thomas^(4,5) มาจัดหมวดหมู่ปัจจัยให้ครอบคลุม ได้แก่ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งเป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพเพื่อตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตและเพื่อพัฒนาผู้จัดการบริการสุขภาพ ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต
2. ศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต และศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต 8 กลุ่มโรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 2 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 114 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของ พิสิส เชียวแก้ว (2553)⁽⁴⁾ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะที่อยู่อาศัย อาศัยอยู่กับใคร ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ ยานพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการ อาชีพของผู้ป่วย รายได้ต่อเดือนของครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้ ค่าใช้จ่ายต่อเดือนของผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สิทธิเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ลักษณะความเจ็บป่วย สิทธิการรักษา ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษา และ ผู้ดูแลหลัก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ 1) ความพอเพียงของบริการ 2) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความสะดวกเมื่อใช้บริการ 4) ความสามารถจ่ายค่าบริการ 5) ความพึงพอใจในบริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 5 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมากที่สุด 4 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับมาก 3 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการ 2 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อย 1 คะแนน ท่านรู้สึกว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ท่านได้รับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงของเครื่องมือ(Validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็น โดยพิจารณาความสอดคล้องกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กับ ข้อย่อยการที่ต้องการวัดนำมาพิจารณาค่า IOC ผ่านเกณฑ์ 2 ใน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 **ความเที่ยงของเครื่องมือ(Reliability)** นำเครื่องมือไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับ กลุ่มตัวอย่างที่ต่างจากกลุ่มตัวอย่างจริง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของครอนบาค ได้ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็นเชิงสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบ สัมภาษณ์ มีดังนี้ ข้อมูลระดับ Nominal และ Ordinal สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลระดับ Interval และ Ratio สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการหา ความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลระดับ Interval และ Ratio สถิติที่ใช้ Pearson Product Moment Correlation (rxy) สำหรับการหา ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลระดับ Nominal สถิติที่ใช้คือ ไคส แควร์

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 เพศชายร้อยละ 35.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.5 มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 56.1 ร้อยละ 20.2 มีที่พักอาศัยเป็นของตนเอง/คู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 83.3 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.5 ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็น ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคจิตกึ่งหวลร้อยละ 41.2 โรคจิตเภทร้อยละ 40.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 14.9 สิทธิที่ใช้ในการรักษาพยาบาลมากที่สุด ได้แก่สิทธิบัตรประกันสุขภาพ 59.6 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือ คุณแลตนเอง ร้อยละ 74.6 ยานพาหนะในการเดินทางจากบ้านถึงสถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุด คือ ใช้รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 57 ปัจจุบันอาชีพหลักของ

ท่าน รับจ้างทั่วไป 55.3 แหล่งที่มาของรายได้คู่สมรส 28.9 ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลรัฐบาล 50.0

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อายุเฉลี่ย 57 ปี, ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ เฉลี่ย 6 (จากคะแนนเต็ม 7), ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการเฉลี่ย 5 กิโลเมตร, เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ เฉลี่ย 14 นาที, รายได้ต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 7117 บาท, ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิตเฉลี่ยต่อเดือน 4720 บาท และ ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการรักษาโรคเฉลี่ย เดือนละ 207 บาท

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ด้านคุณภาพของบริการและผู้ให้บริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.17$, $SD = 0.61$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ ($\bar{X} = 3.22$, $SD = 0.65$)

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{X} = 3.95$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีค่ามากที่สุดคือ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอต่อความต้องการให้บริการด้านสุขภาพใน รพสต. ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.766$) รองลงมาคือ พอใจกับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ที่นั่งพัก ทางลาด ราวจับ ($\bar{X} = 4.32$, $SD = 0.669$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่เป็นภาระในการเข้ารับบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 2.78$, $SD = 1.203$) ท่านและครอบครัวมีกำลังทรัพย์ (ค่ารถในการเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 3.65$, $SD = 1.039$) และ ท่านคิดว่า ขั้นตอนในการเข้ารับบริการไม่มีความยุ่งยาก ($\bar{X} = 2.68$, $SD = 1.378$)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการ	R_{xy}	p-value	แปลผล
อายุปัจจุบัน (ปี)	-0.14	.152	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ (คะแนน)	0.39*	.000	มีความสัมพันธ์ทางบวก

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

ข้อมูลทั่วไป กับ การเข้าถึงบริการ	R_{xy}	p-value	แปลผล
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ (กิโลเมตร)	-0.17	.079	ไม่มีความสัมพันธ์
เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ (นาที)	-0.21*	.029	มีความสัมพันธ์ทางลบ
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว(บาท/เดือน)	-0.08	.415	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้ในการดำรงชีวิต(บาท/เดือน)	0.04	.625	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรค(บาท/เดือน)	0.14	.240	ไม่มีความสัมพันธ์

* $P > .05$

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยที่ได้รับ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ($R_{xy} = 0.39$) และ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ โดยมีค่าความสัมพันธ์กันทางลบในระดับต่ำ ($R_{xy} = -0.21$)

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		เข้าถึง	เข้าถึงมาก	รวม	χ^2	Cramer'V	แปลผล
เพศ							
	หญิง	10	64	74			
	ชาย	11	29	40			
	รวม	21	93	114	3.380	0.172	ไม่สัมพันธ์กัน
สถานภาพสมรส							
	อยู่คนเดียว	12	38	50			
	อยู่กับคู่ครอง	9	55	64			
	รวม	21	93	114	1.845	0.127	ไม่สัมพันธ์กัน
ระดับการศึกษาสูงสุด							
	ไม่ได้เรียน	10	36	46			
	ประถมศึกษา ขึ้นไป	11	57	68			
	รวม	21	93	114	0.565	0.070	ไม่สัมพันธ์กัน
ลักษณะที่อยู่อาศัย							
	บ้านตนเอง/คู่สมรส	16	79	95			
	ไม่ใช่บ้านตนเอง หรือ คู่สมรส	5	14	19			
	รวม	21	93	114	0.946	0.091	ไม่สัมพันธ์กัน
บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย							
	อยู่ตามลำพังหรือไม่ใช่คู่สมรส	15	38	53			
	สามีหรือภรรยา	6	55	61			
	รวม	21	93	114	6.435*	0.238	สัมพันธ์น้อย
สิทธิในการรักษา							
	บัตรประกันสุขภาพ	12	56	68			
	อื่นๆ	9	37	46			

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		เข้าถึง	เข้าถึงมาก	รวม	χ^2	Cramer'V	แปลผล
รวม		21	93	114	0.067	0.025	ไม่สัมพันธ์กัน
ผู้ดูแลหลัก							
ดูแลตนเอง		18	67	85			
คนอื่นดูแล		3	26	29			
รวม		21	93	114	1.688	0.122	ไม่สัมพันธ์กัน
ยานพาหนะ							
ไม่ใช้น้ำมัน เดินเท้า จักรยาน		2	36	38			
ใช้น้ำมัน		19	57	76			
รวม		21	93	114	6.567*	0.240	สัมพันธ์น้อย
ปัจจุบันอาชีพหลักของท่าน							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ,เกษตรกร		13	27	40			
อื่นๆ		8	66	74			
รวม		21	93	114	8.128*	0.267	สัมพันธ์ปานกลาง
แหล่งที่มาของรายได้							
ประกอบอาชีพเอง หรือ คู่สมรส		7	57	64			
อื่นๆ เช่นพระ		14	36	50			
รวม		21	93	114	5.438*	0.218	สัมพันธ์น้อย
การช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล							
จ่ายเองบุคคลในครอบครัว		11	46	57			
รัฐบาล		10	47	57			
รวม		21	93	114	0.058	0.023	ไม่สัมพันธ์กัน

* $P > .05$

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ($\chi^2 = 6.435$) ยานพาหนะ ($\chi^2 = 6.567$) อาชีพหลัก ($\chi^2 = 8.128$) และ แหล่งที่มาของรายได้ ($\chi^2 = 5.438$) โดยมีค่าความสัมพันธ์ Cramer'V เท่ากับ 0.39 , 0.240, 0.267 และ 0.218 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การเข้าถึงบริการที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต แบ่ง

ออกเป็น 3 ปัจจัยใหญ่ๆคือ 1.ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ 2.ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย และ 3.ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการและยานพาหนะ ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วยและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้

1. ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับ

บริการและยานพาหนะ ซึ่งเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่⁽¹⁰⁾ ว่าแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่จะไปรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ใกล้ที่ทำงานหรือที่พักมากกว่าโรงพยาบาลที่ทำการประกันสุขภาพอยู่ไกลจากที่ทำงาน เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและเวลาที่ใช้ไปใช้บริการจากการศึกษาเรื่องปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ: ความเป็นธรรมทางสุขภาพและความครอบคลุมทางสังคมในประเทศไทยในประเด็นของการเดินทางและระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการพบว่า การขาดแคลนบริการขนส่งสาธารณะที่ราคาแพง การเดินทางที่ไม่สะดวกก็เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพต่างๆ ในผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ ยานพาหนะ ที่ใช้น้ำมันและไม่ใช้น้ำมันมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เนื่องจากยานพาหนะที่ใช้น้ำมันมีผลต่อค่าใช้จ่ายและระยะทางที่จะเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559)⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความต้องการรักษาใกล้บ้านเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายและมีความปลอดภัยในการเดินทาง

2. ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่อการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาล เช่น เข้าใจว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และประกันสังคมไม่ครอบคลุมการรักษาทางจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ⁽⁴⁾ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สิทธิต่างๆ ของผู้พิการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ เมื่อผู้พิการรับรู้สิทธิเพิ่มขึ้นก็มารับบริการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยแถบยุโรป พบว่าปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชคือ ความรู้สิทธิอภัยที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราบาป (stigma)

ของผู้ป่วยจิตเวช การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดพลาดไป หรือเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการเข้ารับบริการทำให้เกิดความรู้สึกอายและเข้ารับการรักษาซ้ำ⁽¹²⁾ นอกจากนี้พบว่า ทัศนคติและการรับรู้ทางด้านลบของผู้รับบริการต่อการเข้ารับบริการในหน่วยบริการทางจิตเวชสุขภาพจิตมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการสุขภาพ⁽¹³⁾ การรับรู้อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนในการค้นหาความช่วยเหลือที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตของวัยหนุ่มสาวจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ความรู้สึกอับอาย ลำบากใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และสิ่งสำคัญที่ทำให้ไม่แสวงหาความช่วยเหลือก็คือความต้องการพึ่งพาตนเองมากกว่า ดังนั้นการที่จะทำให้มีการเข้าถึงบริการในกลุ่มนี้จึงต้องเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ลดความรู้สึกอับอายและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁽¹⁴⁾ ในประเทศไทยมีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า 10 ล้านคน มีเพียง 8 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ที่สำคัญคือ การขาดความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและการรักษา เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษาที่ไม่ถูกต้อง เช่น บัตรทอง บัตรประกันสังคมไม่สามารถใช้รักษาโรคทางจิตเวชได้ ความรู้สิทธิอภัยของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อป่วยทางจิต⁽¹⁵⁾

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ อาชีพหลักของผู้ป่วย แหล่งที่มาของรายได้ และบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย อาชีพและรายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ การประกอบอาชีพและที่มาของรายได้เฉลี่ยของครอบครัวเท่ากับ 7116.51 บาทต่อเดือน และค่าเฉลี่ยในการใช้จ่ายส่วนตัวที่ใช้การในการรักษาโรคมีเพียง 206.93 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างน้อย จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชผิวดำและชนกลุ่มน้อยในประเทศอังกฤษตอนใต้พบว่าปัจจัยทางด้านการเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การเข้ารับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือการรับการรักษาทางเลือกอื่นไม่สามารถจะเข้าถึงบริการและไม่ได้การรักษาเนื่องจากไม่มีเงิน⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยบางรายไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ครอบครัวยากจน แต่ในการเข้าถึงบริการจะ

เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้มีผลต่อการเข้ารับบริการ ทำให้เข้ารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง⁽¹⁷⁾

ด้านผู้ให้บริการที่จะพัฒนาบริการด้านสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้ประเด็นทั้งด้านการเจ็บป่วยที่ต้องมีการดูแลโดยมีการวิเคราะห์เป็นรายกรณี การดูแลด้านเศรษฐกิจหาแหล่งทุนสนับสนุน และการพัฒนาการสร้างความเชื่อใจและแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความพร้อมในการดูแลปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย⁽¹⁸⁾ ความสัมพันธ์ทางด้านบวกของการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยนั้นมีความสัมพันธ์กับการศึกษาการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยที่สมรสมักมีการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตดีกว่าคนโสด เนื่องจากคู่ชีวิตจะช่วยดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจ⁽¹⁶⁾ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยาจะมีพฤติกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่พ่อแม่หรือสามีภรรยา แต่ก็พบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพ่อแม่หรือสามีภรรยา กลับเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาน้อย การบทความวิชาการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน ของ สุนทรีภรณ์ ทองไชย (2558)⁽²⁰⁾ กล่าวว่าเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทภายใต้บริบทสังคมไทยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดอย่างยั่งยืนทั้งต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแล โดยการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่

ดีในการดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่เป็นอยู่ เช่น การดูแลการรับประทานยาและสังเกตผลข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติและเป็นการบอกความผิดปกติต่างๆต่อที่รักษาได้ การรักษาทางจิตมีความหลากหลายผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาข้อมูลและทางเลือกที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ นอกจากนี้การดูแลที่มีประสิทธิภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้และช่วยเหลือในสิ่งที่จำเป็นเท่านั้นผู้ป่วยควรมีอิสระในทางเลือกต่างๆให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยเพื่อที่ผู้ป่วยจะเกิดความร่วมมือร่วมใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น การที่จะตัดสินใจว่าจะอยู่กับใคร ต้องการความช่วยเหลือจากใคร

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารหรือผู้รับผิดชอบด้านการบริการสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต อาจพิจารณาถึงปัจจัยด้านการจ่ายค่าบริการที่มีบางส่วนมีข้อจำกัดในการจ่ายมาใช้ในการจัดบริการสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตในเชิงรุก
2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพิ่มเติม เช่น ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จิตเวช หรือเป็นความรู้สึกเหมือนเป็นตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐา บุญธรรมเจริญ วิโรจน์ ดังเจริญเสถียร. “การะโรค: ปัจจัยภาวะที่สูญเสียและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพของ ประชากรไทย”. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25 (2) : 342-350, 2559.
2. Penchansky, R., & Thomas, JW. “The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction” . **Medical care**, 19 (2), 127-140, 1981
3. พิไลย เชื้อแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของชนพิการ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยทักษิณ. สงขลา, 2552.
4. ดวงดาว ศรีวุฒิ. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง มหาวิทยาลัยพะเยา. พะเยา, 2555.

5. อรรณพ พุ่มพวง. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่, 2551.
6. กัทรพร เต็งแดง. การเข้าถึงและความเป็นธรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้พิการในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก, 2551
7. ชญาพร เยาว์เจริญสุข. คนพิการกับการเข้าถึงการบริการสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา เทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก, 2550.
8. ศราวุฒิ เหล่าสาย. การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น, 2555
9. อริย์เจตน์ดำรงเลิศ. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติในโรงพยาบาลปาย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเมืองการปกครอง, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่, 2555
10. สุสันหา อิ่มเยี่ยม. “การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่” วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ปีที่ 42 (3). 68-82, 2555.
11. World Health Organization.mh **GAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.**Geneva: WHO Press; 2010. 3
12. Kristian Wahlbeck & Manfred Huber. **Access to Health Care for People with Mental Disorders in Europe.** Policy Brief april 2009. An electronic journal. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116152/Wahlbeck_AccessToHealthCareForPeopleWithMentalDisordersInEurope.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (Retrieved June 15, 2018)
12. ณัฐิกา ชูรัตน์. “การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้าน ปะเหล้ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้”. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ปีที่ 1 (1). 24-36, 2559.
13. Tanielian et al. “Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan”. **An electronic journal**. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0575-z>. (Retrieved June 15, 2018)
14. Gulliver, Griffiths, & Christensen. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. **BioMed Central Psychiatry**. An electronic journal. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21192795>. (Retrieved June 15, 2018)
15. เบญจมาศ พฤษกานนท์, ชีระ ศิริสมุค, สกาวรัตน์ พงษ์ลัดดา, สุเรศ ดวงทิพย์ศิริกุลและ กนกวรรณ สุดศรีวิไล. “เดิมเต็มช่องว่างการเข้าถึง (ไม่) ถึงบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต”. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ปีที่ 1 (1), 1-4, 2556.
16. Memon et al. Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: a qualitative study in Southeast England. **British Medical Journal**. An electronic journal. . <https://www.coursehero.com/file/p6dsj6v/Memon-et-al-2016-Perceived-barriers-to-accessing-mental-health-services-among/> (Retrieved June 15, 2018)
17. น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์ และ สายใจ พัวพันธ์. “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษของผู้ป่วยโรคจิตเภท
18. Wakida et al. “Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary healthcare: a systematic review protocol.” **An electronic journal**. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-017-0561-02017> (Retrieved April 15, 2018)
19. บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวลักษณ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องที่บ้านของผู้ดูแล. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา, 2546
20. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. “ผู้ป่วยจิตเวชกับการพัฒนาระบบการดูแลอย่างยั่งยืน”. วารสารกองการพยาบาล, ปีที่ 41 (3). 100-106, 2558

ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกพรีเมียมในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Customer Satisfaction in Premium Clinic of the Queen Sirikit Heart Center

กัญปวีร์ สุชัยพิริว¹

Kanpaweesoo Chaipeerawat

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการคลินิกพรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาถึงปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการ จำนวน 132 คน โดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการตรวจพื้นฐาน เช่น ตรวจร่างกาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอ็กซเรย์ทรวงอก ตรวจเลือด เป็นต้น โดยทำการตัดสินใจใช้บริการด้วยตนเอง เหตุผลที่เลือกใช้บริการคลินิก พรีเมียม เนื่องจากมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ มีแพทย์เฉพาะทาง ความรวดเร็วในการให้บริการ มีการบริการที่ดี ชื่อเสียงของศูนย์หัวใจ เครื่องมือทางการแพทย์ครบครัน โดยมีความถี่ในการใช้บริการ 1 - 3 เดือน ต่อครั้ง และใช้บริการในช่วงเวลา 8.00 - 12.00 น. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งเจ็ดตัวแปรกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลินิกพรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ พบว่า มีหกตัวแปรปัจจัยการตลาดที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ คลินิกพรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ กระบวนการให้บริการและห้องตรวจ ค่าใช้จ่าย บริการตรวจสุขภาพ ความเป็นมืออาชีพ การให้ความรู้และการส่งเสริมการตลาด สิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งความสามารถในการทำนายความพึงพอใจในการใช้บริการ คลินิกพรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ได้ร้อยละ 67

Abstract

The objectives of this quantitative research were to study customer behaviour on using services of Premium Clinic at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast and to study marketing mix factors affecting customer satisfaction with the services of Premium Clinic at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Data were collected, by using questionnaires, from 132 people that used the services of the clinic. Statistics used for data analysis included frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and multiple linear regression.

The results showed that:

Most people from sampling group used the services of basic examination, such as: physical examination, electrocardiogram, chest x-ray, blood test, etc. They made their own decision on using the service, The reasons for using the services of Premium Clinic were because the availability of specialized doctors, prompt and good services, reputation of the Heart Center, full medical equipment. The frequency to visit the clinic was about 1-3 months a time and during 8.00-12.00 hours. Correlation coefficient analysis between all seven variables and customer satisfaction on using the services of Premium Clinic at the Queen Sirikit Heart Center showed that there were six factors that affected the customer satisfaction with the services of Premium Clinic at the Queen Sirikit Heart Center with statistical significance ($p < .05$) which included process and examination room, expenses, health check-up service, professionalism, health education and marketing promotion and facilities. Premium Clinic at the Queen Sirikit Heart Center got 67% on predicting customer satisfaction

Keywords: Customer Satisfaction, Premium Clinic, the Queen Sirikit Heart Center

¹ ห้องตรวจคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) หน่วยอายุรศาสตร์หัวใจงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นการให้บริการที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนในรูปแบบสวัสดิการบริการการแพทย์และสาธารณสุขของภาครัฐมีพัฒนาการต่อเนื่องและครอบคลุมประชากรเกือบทั้งประเทศ โดยรัฐบาลได้ขยายสถานพยาบาล ศูนย์อนามัย และโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จากจำนวนคนไข้ในที่เข้ารับบริการมีมากกว่าจำนวนเตียงที่ให้บริการ ผสมกับการใช้บริการกรณีเป็นผู้ป่วยนอกต้องใช้เวลารอนาน การให้บริการที่ไม่พอเพียงในสถานพยาบาลของรัฐดังกล่าว เปิดโอกาสทางการตลาดแก่ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเน้นให้บริการด้วยความรวดเร็วและสะดวกสบาย ส่งผลให้ชนชั้นกลางที่มีกำลังซื้อหันมาใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น (พลสุข นิลกิจศรานนท์, 2560) จากการที่ประชากรในประเทศให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความต้องการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย จึงทำให้อุตสาหกรรมการบริการทางการแพทย์จึงมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2560 รายได้ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนมีรายได้รวมสูงถึง 114,603 ล้านบาท (ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจและเศรษฐกิจฐานราก, 2561) ปัจจุบันสถานพยาบาลทั่วประเทศมีจำนวนมากกว่า 38,500 แห่ง เป็นสถานพยาบาลของรัฐประมาณร้อยละ 34 และที่เหลือเป็นของเอกชน การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหนึ่งในห้าอุตสาหกรรมใหม่ (New S-Curve) ที่รัฐบาลได้วางเป้าหมายช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่ออนาคตของประเทศไทย จึงมีนโยบายเพื่อผลักดันพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ในปี พ.ศ.2559-2568 รวมระยะเวลา 10 ปี ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพนี้ทำให้เกิดการขยายตัวทางด้านธุรกิจอุตสาหกรรมโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ตลอดจนการแข่งขันพร้อมกับการพัฒนาด้านคุณภาพและมาตรฐานเพื่อแข่งขันกันในแง่ของธุรกิจ การแข่งขันเป็นไปในเชิงคุณภาพ

มากขึ้น (ศิริศ จุฑานนท์, 2556) การปรับตัวของธุรกิจโรงพยาบาลในปัจจุบันมีการนิยมนิยามสร้าง Brand ให้เป็นที่รู้จักกันเพิ่มขึ้น คือ เพิ่มคุณค่าของตราสินค้า (Brand Values) มากขึ้น โดยใช้กลยุทธ์ที่สำคัญ ได้แก่ การทำการตลาดต่างประเทศ (Globalization of markets) เพิ่มความทันสมัยหรูหรา (Values Added Customer) หาจุดแตกต่างและเอกลักษณ์ที่โดดเด่น (Unique Selling Proposition หรือ Unique Selling Point USP) อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเพิ่มขึ้นด้วย (Human Right) โดยอาศัยการพัฒนา 3S ไปด้วยพร้อมกัน ได้แก่ คุณภาพการรักษาและบริการ (Service Quality) ความรวดเร็วและตอบสนองความต้องการ (Speed) การมีส่วนร่วมกับสังคม (Social Community) ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาไปพร้อมกับ 3P ได้แก่ บุคคล (People) กระบวนการที่รวดเร็ว (Processes) สิ่งแวดล้อม (Physical) ซึ่งสิ่งเหล่านี้คือความคาดหวังของผู้มารับบริการ หากว่าผู้มารับบริการได้รับบริการต่ำกว่าที่คาดหวัง โรงพยาบาลอาจจะได้รับผลสะท้อนกลับในภาพลบตามมา (ธเนศ ศิริกิจ, 2556) อย่างไรก็ตามปัจจุบันโรงพยาบาลได้มีการตื่นตัวและเร่งพัฒนาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานในการรักษาพยาบาลและอำนวยความสะดวกต่อผู้มารับบริการตามสิทธิความเป็นพลเมืองอย่างเท่าเทียมเสมอภาคและมีความเป็นธรรม (สุวิมล ศรีรุ่งกาญจน์, 2554) โดยบุคคลมีสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียมและเสมอภาคกัน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ปรีชา คณะนตนอก, 2551) จากนโยบายของภาครัฐดังกล่าวได้ประกาศใช้จนถึงปัจจุบัน แต่ด้วยความล่าช้าในการให้บริการจากสถานบริการด้านสาธารณสุขของภาครัฐตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นสาเหตุทำให้ผู้รับบริการบางกลุ่มหันไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนเพื่อตอบสนองความต้องการตามความคาดหวังของผู้รับบริการในกลุ่มนี้ที่มีกำลังทรัพย์ในการซื้อบริการด้านสาธารณสุขที่ต้องการความสะดวกรวดเร็วตามความต้องการของตน ส่วนในกลุ่มที่เป็นข้าราชการหรือผู้มีสิทธิเบิกได้และกลุ่มที่ได้รับการแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด

ซึ่งมีความเชื่อมั่นในคุณภาพของโรงพยาบาลยังคงใช้บริการในโรงพยาบาลของภาครัฐตามสิทธิ พร้อมกันนั้นคุณภาพการรักษของแพทย์และระบบการให้บริการที่ดี พฤติกรรมการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ที่ดีผ่านสื่อต่าง ๆ ราคาค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับบริการที่ได้รับและสถานที่ให้บริการ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นตัวแปรสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการในสถานบริการด้านสาธารณสุข (สุธีราพร อ่วมคร้าม และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2558) ดังนั้น สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกใช้บริการสถานบริการทางการแพทย์ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในตอบสนองกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นหน่วยงานของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ต้องดำเนินงานและปฏิบัติตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์การบริหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561-2564 จากประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างรายได้เพื่อให้เป็นสินทรัพย์เพื่อการพัฒนาและพึ่งพาตนเองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความมั่นคงทางการเงินและสามารถพึ่งพาตนเอง กลยุทธ์ที่ 2 การเปิดบริการพิเศษ (บูรณาการ) สำหรับผู้ป่วยที่มีประกันชีวิตเอกชนหรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง จึงได้เปิดบริการระดับพรีเมียม (Premium Service) คือ คลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) ซึ่งเป็นคลินิกรูปแบบใหม่ที่เป็นนวัตกรรมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ เพื่อให้บริการเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพหัวใจและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2561) โดยจัดตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นผู้ที่มีประกันชีวิตเอกชนหรือจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีเวลาน้อยและต้องการความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการในสถานบริการด้านสาธารณสุขของภาครัฐ ตลอดจนจนเป็นการสนับสนุนเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของคณะแพทยศาสตร์ 2P2I ประเด็นยุทธศาสตร์ Go Premium เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุผลและเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร จึงต้องมีการศึกษาวิจัยถึง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) และความพึงพอใจจากการใช้บริการที่แสดงถึงคุณภาพการให้บริการที่ทำให้ผู้รับบริการกลับใช้บริการซ้ำและมีการบอกต่อไปยังกลุ่มเป้าหมายให้มาใช้บริการกับคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) เพื่อนำไปสู่การวางแผนการตลาดที่ตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจในการบริการ อันจะนำมาซึ่งรายได้จากรักษาพยาบาลของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อให้มีความมั่นคงทางการเงินและสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามแผนยุทธศาสตร์การบริหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561-2564 โดยการสร้างรายได้นั้นมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มผลประโยชน์ทางสังคมโดยมอบรายได้คืนแก่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเพื่อนำไปใช้ยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการบริการกลับคืนสู่สังคม

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลตามความต้องการของผู้รับบริการ จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการตรวจสุขภาพหัวใจตามหลักการตลาดในคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) ของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ซึ่งเป็นสถานบริการด้านสาธารณสุขของภาครัฐที่มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานจนผ่านการรับรองมาตรฐานของสหรัฐอเมริกา และเป็นสถานบริการที่มีความโดดเด่นด้านมาตรฐานของสถานพยาบาลจนได้รับการยอมรับความสามารถในระดับสากล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการคลินิกพรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกพรีเมียม (Premium Clinic) ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ที่เข้ามาใช้บริการของคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้มาใช้บริการทั้งหมด 202 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 เดือนมกราคม พ.ศ. 2561) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางกำหนดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากับ 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลตัวอย่างในการวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** พฤติกรรมการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจ **ส่วนที่ 2** ปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามแบบ Likert Scale ดังนี้

	คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
5	4.21 – 5.00	มากที่สุด
4	3.41 – 4.20	มาก
3	2.61 – 3.40	ปานกลาง
2	1.81 – 2.60	เห็นด้วยน้อย
1	1.00 – 1.80	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้การวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยเครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

3.การหาคุณภาพของแบบสอบถาม

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยนอก

ที่มาใช้ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 30 คน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) เพื่อทำการจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้เป็นปัจจัยตัวเดียวกัน และการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดกับความพึงพอใจในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม

ผลการวิจัย

1.ลักษณะข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.33) อายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 37.88) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.27) ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 52.27)

2.พฤติกรรมการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการตรวจพื้นฐาน เช่น ตรวจร่างกาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอ็กซเรย์ทรวงอก ตรวจเลือด เป็นต้น (ร้อยละ 71.97) ทำการตัดสินใจใช้บริการด้วยตนเอง (ร้อยละ 60.61) เหตุผลที่เลือกใช้บริการคลินิกฟรีเมียม เนื่องจากมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 73.48) มีแพทย์เฉพาะทาง (ร้อยละ 72.73) ความรวดเร็วในการให้บริการ (ร้อยละ 70.45) มีการบริการที่ดี (ร้อยละ 67.42) ชื่อเสียงของศูนย์หัวใจ (ร้อยละ 62.88) เครื่องมือทางการแพทย์ครบครัน (ร้อยละ 59.09) โดยมีความถี่ในการใช้บริการ 1 - 3 เดือน ต่อครั้ง (ร้อยละ 42.42) ใช้บริการในช่วงเวลา 8.00 - 12.00 น. (ร้อยละ 96.21)

3.ปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์ (ค่าเฉลี่ย 4.63) ด้านราคา (ค่าเฉลี่ย 4.43) ด้านช่องทางการจำหน่าย (ค่าเฉลี่ย 4.22) ด้านการส่งเสริมการตลาด (ค่าเฉลี่ย 4.26) ด้านบุคคลหรือพนักงาน (ค่าเฉลี่ย 4.71) ด้านลักษณะทางกายภาพ

(ค่าเฉลี่ย 4.60) ปัจจัยด้านกระบวนการ (ค่าเฉลี่ย 4.65) ด้านประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการ (ค่าเฉลี่ย 4.60)

4.ความพึงพอใจในการใช้บริการ คลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.59)

5. การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor Analysis) การจัดกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน จำแนกได้ 7 องค์ประกอบ โดยตั้งชื่อใหม่เป็นกระบวนการให้บริการและห้องตรวจ ค่าใช้จ่าย บริการตรวจสุขภาพ ความเป็นมืออาชีพ การให้ความรู้และการส่งเสริมการตลาด สิ่งอำนวยความสะดวก และสถานที่

6.การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ทั้งเจ็ดตัวแปรกับความพึงพอใจต่อการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ พบว่า มีหกตัวแปร ปัจจัยการตลาดที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ คลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ กระบวนการให้บริการและห้องตรวจ ค่าใช้จ่าย บริการตรวจสุขภาพ ความเป็นมืออาชีพ การให้ความรู้และการส่งเสริมการตลาด สิ่งอำนวยความสะดวก เมื่อวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความพึงพอใจในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ตารางที่ 1 ผลการทำนายความพึงพอใจในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติการถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

ปัจจัยการตลาด	b	β	t	P-value	R	R^2	Adjusted R^2
กระบวนการให้บริการและห้องตรวจ	.346	.561	11.171	.000*	.829 ^a	.687	.670
ค่าใช้จ่าย	.174	.281	5.603	.000*			
บริการตรวจสุขภาพ	.217	.352	7.016	.000*			
ความเป็นมืออาชีพ	.157	.255	5.073	.000*			
การให้ความรู้และการส่งเสริมการตลาด	.149	.241	4.806	.000*			
สิ่งอำนวยความสะดวก	.133	.216	4.300	.000*			
สถานที่	.002	.003	.065	.948			

หมายเหตุ: * มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการใช้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียมด้านผลิตภัณฑ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมล คำข่อย (2555) พบว่า ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญ เรื่องความสะดวกของอุปกรณ์ที่ใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ชื่นศิลป์ และรุจภา แ่งเกษร (2556) พบว่า ด้านผลิตภัณฑ์ ผู้ตอบแบบส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับมีบริการครบวงจรและมีเครื่องมือเทคโนโลยีที่ทันสมัย สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐรา เสวกวิหรี (2560) พบว่า ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามารัตนดิ โดยผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดด้านผลิตภัณฑ์และบริการในระดับมากที่สุดในหัวข้อบริการที่หลากหลาย การให้บริการมีคุณภาพ โรงพยาบาลมีชื่อเสียง มีการให้บริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน มีเทคโนโลยีรองรับการให้บริการในหน่วยต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือ มีการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม

ด้านราคา สอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ชื่นศิลป์ และ รุจภา แฝงเกษร (2556) พบว่า ด้านราคา ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านค่าบริการโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับการบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌัฐฐา เสวกวิหรี (2560) พบว่า ปัจจัยด้านราคาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดด้านราคาในระดับมากในหัวข้อราคาเหมาะสมกับการให้บริการ คุณภาพของการให้บริการมีความเหมาะสมต่อราคาที่ใช้บริการ ราคาถูกเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น แสดงราคาที่ใช้บริการไว้อย่างชัดเจน

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม ด้านช่องทางการจำหน่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของ ฌัฐ จินาเพย (2555) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มจะพึงพอใจมากขึ้นเมื่อสถานที่ ที่เข้ารับบริการมีความสะอาดเรียบร้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌัฐฐา เสวกวิหรี (2560) พบว่า ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดด้านช่องทางการจัดจำหน่ายในระดับมากในหัวข้อสามารถเดินทางไปยังโรงพยาบาลโดยช่องทางที่หลากหลาย สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้สะดวก

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม ด้านการส่งเสริมการตลาด สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยา ชื่นศิลป์ และรุจภา แฝงเกษร (2556) พบว่า ด้านการส่งเสริมการตลาด ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการสื่อสารให้ข้อมูลการป้องกันความเสี่ยงของโรค อาทิ ไขมัน ความดัน เบาหวาน โดยแพทย์พยาบาล รวมทั้งบอร์ดความรู้ และมีการจัดโปรแกรมการตรวจเพื่อค้นหาความเสี่ยงของโรคในราคาพิเศษ

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม ด้านบุคคล หรือพนักงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌัฐฐา เสวกวิหรี (2560) พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดด้านบุคคล ในระดับมากที่สุด ในหัวข้อแพทย์และ

เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และความสามารถในการให้บริการอย่างมืออาชีพ แพทย์มีความชำนาญในการให้บริการ แพทย์ตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียด ผู้ใช้บริการมีความคิดเห็นระดับมากในหัวข้อแพทย์ และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี แพทย์และเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส สุภาพ

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม ด้านลักษณะทางกายภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมล คำย่อย (2555) พบว่า เรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกในการรับบริการ เช่น ที่นั่งคอย โทรศัพท์สาธารณะ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌัฐฐา เสวกวิหรี (2560) พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะทางกายภาพเป็นปัจจัยส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดด้านลักษณะทางกายภาพในระดับมากที่สุด ในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการมีความสะอาด ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นระดับมากในหัวข้อมีป้ายบอกทางที่ชัดเจน มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วย (ห้องน้ำสำหรับผู้จรดเงิน, ลิฟต์โดยสาร) อย่างเพียงพอ ภายในโรงพยาบาลมีความปลอดภัย โรงพยาบาลมีความสะอาด มีห้องตรวจและสถานที่นั่งคอยเพียงพอ

ผู้รับบริการให้ความสำคัญมากที่สุดกับปัจจัยด้านส่วนประสมทางการตลาดในการใช้บริการคลินิกฟรีเมียม ด้านกระบวนการ สอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา ชื่นศิลป์ และรุจภา แฝงเกษร (2556) พบว่า ด้านกระบวนการให้บริการ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับขั้นตอนการรักษาพยาบาลไม่ยุ่งยาก ชับซ้อน เข้าถึงบริการง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฌัฐฐา เสวกวิหรี (2560) พบว่า ปัจจัยด้านกระบวนการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อส่วนประสมการตลาดด้านกระบวนการ ในระดับมากในหัวข้อมีความรวดเร็วในการให้บริการ มีการให้บริการอย่างเสมอภาคตามลำดับก่อนหลังและไม่เลือกปฏิบัติ สามารถติดต่อได้ง่ายเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการนัดหมาย ระบบการนัดหมายเลื่อนนัดหมาย ที่สะดวก

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับบุคลากรคลินิกฟรีเมียมของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ที่ให้บริการตรวจสุขภาพหัวใจ เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีการตัดสินใจตรวจสุขภาพหัวใจอย่างเหมาะสม พยาบาลผู้ให้บริการควรมีการให้คำแนะนำกับผู้ใช้บริการตรวจสุขภาพหัวใจในคลินิกฟรีเมียมในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจที่เป็นอันตรายตลอดจนแพทย์ให้เวลาคนไข้ในการพูดคุยอธิบายผลตรวจอย่างละเอียดและเข้าใจ เป็นความสำคัญที่ทางฟรีเมียมคลินิกต้องเน้นให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงภาพรวมสุขภาพ ผลตรวจที่ได้ และคำแนะนำที่เหมาะสมถ้าพบความผิดปกติ และการดูแลสุขภาพอย่างไรเพื่อให้สุขภาพดีกว่าเดิม และพัฒนาสื่อการสอนและการให้ความรู้แก่

ผู้รับบริการเพื่อความสะดวกรวดเร็วเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพหัวใจ ตลอดจนการเชิญชวนให้มาใช้บริการตรวจสุขภาพหัวใจ มีโครงการประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบ เช่น ในเชิงรุกหรือภายในโรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์เองเพื่อป้องกันโรคและป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคที่มีความเสี่ยงทำให้เสียชีวิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกควรทำการศึกษาและวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์ หรือการสนทนาแบบกลุ่ม เพื่อให้มีข้อมูลเชิงลึกที่มากขึ้นกว่าที่มีในแบบสอบถามเพื่อนำข้อมูลเป็นแนวทางปรับปรุง แก้ไข พัฒนาการให้บริการต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2561). นโยบายและแผนยุทธศาสตร์การบริหาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561-2564. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐ จินาเพย. (2555). ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล กรณีศึกษาโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. (รายงานการวิจัย). เชียงใหม่ : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐฐา เสวกวิหारी. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการโรงพยาบาลรามธิบดี. การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธนศ ศิริกิจ. (2556). กลยุทธ์การแข่งขันธุรกิจโรงพยาบาล “ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” และการแข่งขันในปัจจุบัน. ค้นเมื่อ 13 มกราคม 2556, จาก http://www.tpa.or.th/publisher/pdfFileDownloadS/qm189_p78-79.pdf
- นิตยา ชื่นศิลป์ และรุจาภา แผงเกษร (2556). การศึกษาปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่มีผลต่อการใช้บริการซ้ำของโรงพยาบาลนนทเวช. วารสารการตลาดและการสื่อสาร, 1(2), 88-107
- บุษราคัม แก้วกระจ่าง. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการในแผนกอายุรกรรมโรคเมเรัง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว. การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ปรีชา คเนตนอก. (2551). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550. กรุงเทพฯ: สุตรไฟศาล.
- พลสุข นิลกิจสรานนท์. (2560). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน. ค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2556, จาก https://www.krungsri.com/bank/getmedia/3308e1d8-3dd5-4799-848c-b9ffea862dbe/IO_Private_Hospital_2017_TH.aspx

ศิริยศ จุฑานนท์. (2556). ภาพรวมธุรกิจ Healthcare ในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2556, จาก

http://www.sme.go.th/upload/mod_download/02-003%20Healthcare%20Service.PDF

ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจ ธุรกิจและเศรษฐกิจฐานราก. (2561). ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน. ค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2556, จาก

https://www.gsb.or.th/getattachment/34b1fbf3-5b50-472a-9551-9b86f8f57bab/IN_hospital_61_detail.aspx

สุธีราพร อ่วมคร้าม และบุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2558). ปัจจัยจำแนกการเลือกใช้บริการของผู้รับบริการ โรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 27(1), 83-95.

สุวิมล คำข่อย. (2555). ความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วย อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี. (รายงานวิจัย). อุดรธานี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วย.

สุวิมล ศรีรุ่งกาญจน์. (2554). ความคาดหวังและความเป็นไปได้ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปทุมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวัดโลกเกตุ ตำบลปลายโพงพาง จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and Psychological Measurement**, 30(3), 607-

610.

ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยา จังหวัดยโสธร, ประเทศไทย**The Effectiveness of Identifying TB Patients by Applying Epidemiology Principles, Yasothon, Thailand.****ธนุตม์ ก้วยเจริญพานิชก์¹****Thanut khuayjiarenpanishk¹****บทคัดย่อ**

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยาในการเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาผู้ป่วย วัณโรค พื้นที่ศึกษา คือ อำเภอค้อวัง พื้นที่ควบคุม คือ อำเภอป่าติ้ว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ กลุ่มเสี่ยง ต่อการป่วยเป็นวัณโรค 6 กลุ่ม

ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยา พบว่าพื้นที่เสี่ยงค้นพบผู้ป่วยวัณโรคได้ ร้อยละ 82.6 ส่วนพื้นที่ไม่เสี่ยงค้นพบ ร้อยละ 17.4 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการค้นพบผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ศึกษามากกว่าพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ร้อยละ 82.6 และร้อยละ 47.8) การประยุกต์ใช้ระบบระบาดวิทยาในการค้นหาผู้ป่วย พบว่า สามารถค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 135.2

คำสำคัญ: ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค, การประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยา, ยโสธร

Abstract

This research project on the effectiveness of identifying TB patients by applying epidemiology with the objective of applying the principles of epidemiology to increase the effectiveness of the TB patients expedition. The study area is Khow-Wang District and the control area is in Pa-Tiew District. The sample group used in this research included 6 groups with risks of tuberculosis.

Research results found that Increasing the effectiveness for the identification of tuberculosis patients using epidemiological principles found that 82.6% of tuberculosis patients were identified in the risk area and 17.4% in the non-risk areas. When comparing the proportion of TB patients found that there were more TB patients in the study area than in the control area with statistical significance at the level of 0.05 (82.6 percent and 47.8 percent). Through the application of epidemiological systems in identifying patients it was found that it was possible to identify all types of TB patients and even more than the targeted numbers. Resulting as 135.2 percent patients identified.

Keywords: Effectiveness of identifying TB patients, Application of epidemiology principles, Yasothon

¹ นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาดังกล่าว โดยปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ.2578⁽¹⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นชอบแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564^(2,3) เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงาน คือ (1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุมร้อยละ 90 และ (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ในประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย⁽²⁾ การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้นประเทศไทยต้องมีอัตราการอุบัติการณ์เฉลี่ย ร้อยละ 12.5 ต่อปี ขณะที่ปัจจุบันในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา อัตราอุบัติการณ์ลดลงเพียง ร้อยละ 2.7 ต่อปี⁽⁴⁾ สำหรับพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2560 พบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 5,521 ราย อัตราการค้นพบ ร้อยละ 69.89 อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 86.78 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.43 ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม เช่น เอชไอวี และผู้ป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณ 2561 ณ วันที่ 20 กันยายน 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 4,808 ราย อัตราการค้นพบ ร้อยละ 60.86 อัตราการรักษาสำเร็จ ร้อยละ 87.80 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 9.58 ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วย MDR-TB ปี พ.ศ.2558-2561 จำนวน 44, 32, 40 และ 28 ราย และปี พ.ศ. 2561 พบ ผู้ป่วย XDR 3 ราย (5) (อุบลราชธานี อำนาจเจริญ

และศรีสะเกษ) ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงปีงบประมาณ 2561 ดำเนินการคัดกรองด้วยวาจา 647,464 คน คิดเป็นร้อยละ 98 ของเป้าหมาย ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) จำนวน 161,109 คน คิดเป็นร้อยละ 24.88 พบปอดผิดปกติ 11,926 ราย ตรวจเสมหะยืนยันพบวัณโรค 2,022 คน คิดเป็นร้อยละ 1.25 ของเป้าหมายที่ได้ CXR ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้สัมผัสโรค ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีและมีโรคร่วม ผู้ติดเชื้อ HIV และ ผู้ป่วยเบาหวาน ตามลำดับ(6) (จากโปรแกรม TB CM online 3 กันยายน 2561) จากผลการดำเนินงานวัณโรคของจังหวัดยโสธรในรอบ 5 ปี ที่ผ่านมา⁽⁶⁾ (ปี พ.ศ.2556-2560) แม้อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกจะสูงกว่าเกณฑ์ทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ อัตรา 89.7, 89.2, 89.7, 93.2 และ 88.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แต่อัตราป่วยด้วยโรควัณโรคของประชาชนชาวจังหวัดยโสธร จากปี พ.ศ.2556-2560 กลับมีแนวโน้มคงที่ คือ อัตรา 110.1, 103.8, 93.8, 101.0 และ 130 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ คือ อัตราป่วย 171 ต่อประชากรแสนคน

โดยสรุป ปัญหาการป้องกันควบคุมวัณโรคของจังหวัดยโสธร⁽⁶⁾ คือ อัตราการค้นพบ (Case detection rate) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการค้นหาเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ผู้ป่วยเรื้อรังและในแรงงานต่างด้าว ให้เข้มข้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาโดยเร็ว เพื่อลดอัตราการตาย ลดการแพร่เชื้อ และลดปัญหาการดื้อยา โดยการประยุกต์ใช้ระบาดวิทยา^(7,8,9,10) ซึ่งคาดว่าจะช่วยบ่งชี้พื้นที่ระบาด เวลาที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ทำให้ค้นพบประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประยุกต์ใช้หลักการระบาดวิทยาในการเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวางแผน 2) ขั้นการดำเนินงาน และ 3) ขั้นการประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง วิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการ** จัดประชุมคณะทำงานเพื่อการวางแผนการดำเนินงานและจัดทำแผนการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของจังหวัดยโสธร ระดับอำเภอ และระดับตำบล โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 2 ปี (2560-2561) เพื่อหาพื้นที่เสี่ยงสูง และเป็นเป้าหมายในการปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่จะพัฒนาขึ้นจากระบบ สํารวจประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้ง 6 กลุ่ม ตามนิยามทั้งหมด ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในระดับพื้นที่เพื่อร่วมวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดรายตำบลเพื่อเป็นเป้าหมายในการค้นหาผู้ป่วย

2. ขั้นดำเนินงาน

2.1 **ศึกษาสภาพและปัญหา เกี่ยวกับวัณโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยง** เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความรู้เรื่องวัณโรค และใช้ในการปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วยประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวน 6 กลุ่มในพื้นที่อำเภอค้อวัง ปี 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 4,162 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์ร้อยละ 5 ของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 208 คน จากนั้นกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละกลุ่ม แล้วเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง การศึกษาสภาพและปัญหาแนวทางการจัดบริการ การคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นอยู่เดิมเพื่อหาปัญหา มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการค้นหาผู้ป่วย ศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนย้อนหลัง 2 ปี ดังนี้

1) การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง (Place) : ร่วมกันกำหนดพื้นที่เสี่ยงสูงในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อป้องกันปัญหาซึ่งเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคตามหลักระบาดวิทยาโดยกำหนดหมู่บ้านที่มีคนไข้ตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาในหมู่บ้านเดียวกัน หรือพื้นที่อื่นที่มีประวัติผู้ป่วยเชื่อมโยงไปถึง ทั้งนี้คณะผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่กำหนดให้เป็น

ชุมชนเดียวกัน และเลขพบผู้ป่วยวัณโรคปอดในช่วงปี 2560-2561

2) การวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรค (Person) : จากกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคที่กระทรวงกำหนดให้เป็นกลุ่มที่จะต้องค้นหาในปี 2562 มีดังนี้ 1) ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก และผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคคือยารายใหม่ ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด ทุกอายุ รวมทั้งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี 2) กลุ่มผู้ป่วย HIV ทุกอายุ 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับค่า HbA1C ≥ 7 4) บุคลากรสาธารณสุขทุกอายุ 5) แรงงานต่างด้าว และ 6) กลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม

2.2) **ปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วย** สร้างความรอบรู้เรื่องวัณโรคและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง รวมถึงแจ้งภาวะเสี่ยงต่อการเกิด วัณโรคและตระหนักถึงอาการสงสัยวัณโรค เพื่อให้เข้าสู่ระบบบริการการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็ว

2.2.1) ค้นหาเชิงรุก(Active case finding) โดยการประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยาดังนี้

ในพื้นที่เสี่ยง จัดทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดกรองอาการ (Verbal Screening Mobile Team) ซึ่งออกค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยง ในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 6 กลุ่ม เน้นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม โดยใช้แบบคัดกรองวัณโรคของ สำนักวัณโรคเมื่อพบว่ามีคะแนนอาการแสดงของโรควัณโรค มากกว่า 3 คะแนน ต้องดำเนินการส่งต่อไปรับการคัดกรองต่อที่โรงพยาบาล ทำการเอ็กซเรย์ปอด (CXR) เพื่อตรวจหาเชื้อจากเสมหะ (AFB) และถ้า smear ผลลบให้ส่งตรวจยืนยันโดยใช้ Molecular testing (Gene expert) ที่โรงพยาบาลยโสธร

ในพื้นที่ไม่เสี่ยง จัด อสม. ค้นหาในครัวเรือนที่รับผิดชอบในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 6 กลุ่ม หากมีอาการสงสัยให้ส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่ Verbal Screening Mobile Team ที่ออกปฏิบัติการ ณ รพ.สต.ที่เป็นพื้นที่เสี่ยง ในส่วนของผู้ที่ไม่พบอาการผิดปกติ กำหนดให้มีการเฝ้าระวัง โดย อสม. ไปคัดกรองทุกปี

2.2.2) การค้นหาผู้ป่วยแบบตั้งรับในสถานพยาบาล (Passive Case Finding) จัดให้มีพยาบาล First Screen คัดกรอง

ผู้ป่วยที่อาการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเข้าได้กับวัณโรคให้ ส่งตรวจเสมหะ และเอกซเรย์ ก่อนพบแพทย์ นัดผู้สัมผัสร่วมบ้าน ทั้งที่มีอาการ และไม่มีอาการ มาในวันจันทร์ แรกหลังจำหน่ายผู้ป่วย โดยนัดในช่วงบ่าย เจ้าหน้าที่ TB clinic จะติดตามก่อนเวลาเลิกงาน กรณีไม่มาตามนัด เจ้าหน้าที่ TB clinic จะประสานไปยัง เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ นัดผู้ป่วยซ้ำ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ กำหนดให้เจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรัง ส่งรายชื่อมาที่ TB clinic ทุกราย ให้เจ้าหน้าที่ TB clinic ประสาน IT ทำการแจ้งเตือนว่ามีผู้ป่วยที่ต้องคัดกรองวัณโรค โดยการทำให้ระบบ Pop-up ไว้ที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ที่ OPD ซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่ OPD รู้ทันทีว่ามีผู้ป่วยที่ต้อง CXR ก่อนส่งพบแพทย์ ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยและง่ายต่อการตรวจสอบ และรายงาน ทั้งยังทำให้การคัดกรองผู้ป่วยได้ครบถ้วนอีกด้วย

3.3 ขั้นประเมินผล ดำเนินการประเมินผลเมื่อครบ 6 เดือนโดยการประเมินประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคภายหลังการประยุกต์ใช้หลักการระบาดวิทยา เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคระหว่างพื้นที่เสี่ยง และพื้นที่ไม่เสี่ยง รวมทั้งเปรียบเทียบ อำเภอที่ศึกษากับอำเภอควบคุม เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคระหว่างกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วมกับกลุ่มอื่น ๆ ของอำเภอศึกษากับอำเภอควบคุม รวมทั้ง ประเมินประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเทียบกับเป้าหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบเก็บข้อมูลประเมินผลการดำเนินงาน ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ส่วนการวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคระหว่างพื้นที่เสี่ยง และพื้นที่ไม่เสี่ยงรวมทั้งเปรียบเทียบกับอำเภอควบคุม การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคระหว่างกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป

ไป และมีโรคร่วมกับกลุ่มอื่น ๆ ของอำเภอศึกษากับอำเภอควบคุมใช้สถิติ Z-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Epi info 7.0

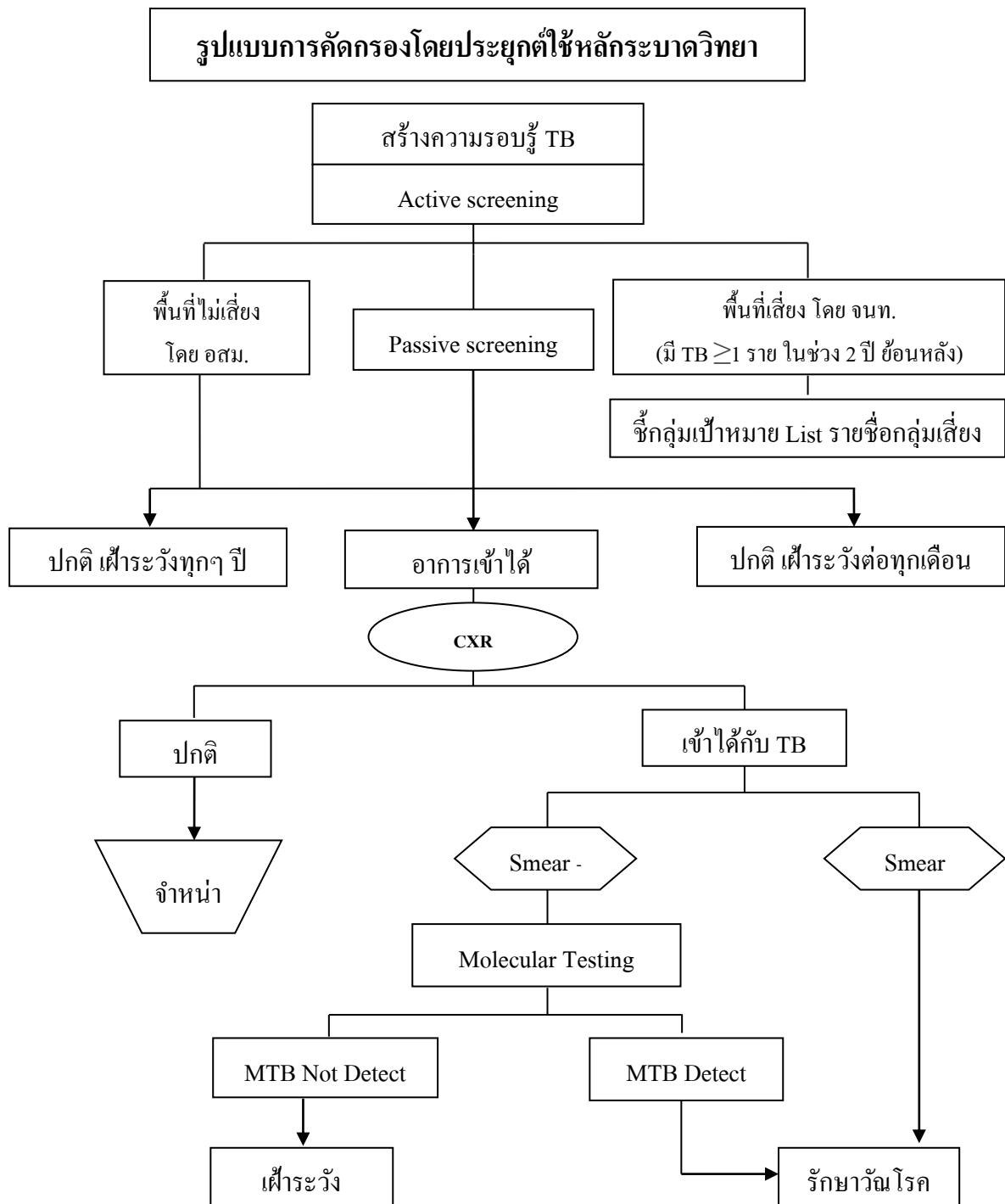
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยได้ชี้แจงและขอคำยินยอมต่อผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเข้าร่วมวิจัย และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผลการศึกษา

การศึกษาประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยการประยุกต์ใช้หลักการระบาดวิทยา จังหวัดยโสธร พื้นที่ศึกษาอยู่ที่อำเภอค้อวัง พบว่าการศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.6 มีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.6 และอาการแสดงของวัณโรคที่สำคัญ คือ ไอ (ร้อยละ 85.6) รองลงมา คือ อาการเหนื่อยง่าย (ร้อยละ 75.5) ไอปนเลือด (ร้อยละ 67.6) และ น้ำหนักตัวลดลง (ร้อยละ 65.9) ตามลำดับ การประยุกต์ใช้หลักการระบาดวิทยาในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค มีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง โดยใช้เกณฑ์หมู่บ้านที่มีผู้ป่วยวัณโรค ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไปในช่วง 2 ปีซ้อนหลังเพื่อแบ่งชี้แหล่งรังโรค พบว่า มีหมู่บ้านเสี่ยงร้อยละ 70.4 ของหมู่บ้านทั้งหมด 2) การวิเคราะห์บุคคลเสี่ยง เพื่อแบ่งชี้กลุ่มบุคคลที่ควรค้นหา พบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วมพบมากที่สุด คือ ร้อยละ 25.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด และ 3) จัดให้มีกระบวนการคัดกรองเป็น 2 ส่วน คือ 3.1 คัดกรองเชิงรุกในชุมชน (Active case finding) โดยพื้นที่เสี่ยงให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้คัดกรอง ส่วนพื้นที่ไม่เสี่ยงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้คัดกรอง และ 3.2 การค้นหาผู้ป่วยแบบตั้งรับในสถานพยาบาล (Passive Case Finding)

ผลจากการพัฒนาระบบการคัดกรองโดยการประยุกต์ใช้หลักการระบาดวิทยาในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อให้ได้ผลงานตามเป้าหมายที่กำหนด จึงได้พัฒนารูปแบบการค้นหาต่อจากพื้นฐานเดิมของพื้นที่ศึกษา ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ขั้นตอนการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคโดยการประยุกต์ใช้หลักระบาดวิทยา จังหวัดยโสธร ปี 2562

ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ได้มากกว่าเป้าหมายที่กำหนดโดยค้นพบ 23 คน จากเป้าหมาย 17 คน คิดเป็นร้อยละ 135.2 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างคนที่มีการและไม่มีการร่วม จากผู้ป่วยทั้งหมด 23 คน พบว่าในกลุ่มน้อยกว่าอายุ 65 ปี พบว่ามีโรคร่วม ร้อยละ 8.7 และไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 39.1 ส่วนกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีโรคร่วม ร้อยละ 47.8 และไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 4.4

ตาราง 1 แสดงสัดส่วนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ควบคุม อำเภอศรีวัง อำเภอบัวแก้ว จังหวัดยโสธร ปี 2562

พื้นที่	จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด (เสี่ยง)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ราย)	ผู้ป่วย TB ที่พบในหมู่บ้านเสี่ยง		ผู้ป่วย TB ที่พบในหมู่บ้านไม่เสี่ยง	
			ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
พื้นที่ศึกษา	45 (19)	23	19	82.6	4	17.4
พื้นที่ควบคุม	57 (32)	20	11	47.8	9	39.2

ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระหว่างหมู่บ้านเสี่ยงกับหมู่บ้านไม่เสี่ยงในพื้นที่ศึกษา พบว่าหมู่บ้านเสี่ยงค้นพบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 82.6 หมู่บ้านที่ไม่เสี่ยงพบ ร้อยละ 17.4 ส่วนพื้นที่ควบคุม หมู่บ้านเสี่ยงค้นพบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 47.8 หมู่บ้านไม่เสี่ยงพบ ร้อยละ 39.2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่พบในพื้นที่เสี่ยงระหว่างพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ควบคุม จังหวัดยโสธร ปี 2562

จำนวนผู้ป่วย TB ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย TB ที่พบในหมู่บ้านเสี่ยง จำนวน (ร้อยละ)	Z	Proportions difference	95%CI Proportions diff	p-value
พื้นที่ศึกษา (n=23)	19 (82.6)	2.41	34.8	7.9 to 61.6	0.016
พื้นที่ควบคุม (n=20)	11 (47.8)				

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยวัณโรคที่พบในพื้นที่เสี่ยงระหว่างพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ควบคุม โดยใช้สถิติ Z-test for proportions test พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่เสี่ยงในพื้นที่ศึกษามากกว่าผู้ป่วยจากพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตาราง 2

สรุปและอภิปรายผล

ประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค โดยการประยุกต์ใช้หลักสูตรวิชา (7,8) การศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มประชาชน (11) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับการแสดงของวัณโรคที่สำคัญ คือ ไอ และอาการเหนื่อยง่าย การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค (12,13) โดยการประยุกต์ใช้หลักสูตรวิชาวิชานั้น ได้ประยุกต์ใช้ระดับวิชาเชิงพรรณนาที่สำคัญ คือ

สถานที่ และบุคคลเพื่อบ่งชี้แหล่งรังโรคและบุคคลซึ่งจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคตามหลักระบาดวิทยาทำให้ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการค้นพบผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เสี่ยงระหว่างพื้นที่ศึกษาและพื้นที่ควบคุม พบว่าสามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ศึกษามากกว่าพื้นที่ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งพบในรายงานการศึกษาลักษณะเดียวกันที่พบในประเทศจีน⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้โดยธรรมชาติแล้วเชื้อวัณโรคไม่มีแหล่งของเชื้อ (reservoir host) ในสิ่งแวดล้อม การมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอยู่ในชุมชน จึงถือเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโดยตรง ผลการศึกษาพบว่าหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยวัณโรคในระยะ 2 ปีซ้อนหลัง ค้นพบผู้ป่วยวัณโรคได้มากกว่าหมู่บ้านที่ไม่พบผู้ป่วยในระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งพบในรายงานการศึกษาลักษณะเดียวกันที่พบในประเทศอังกฤษ ประเทศอินเดียและประเทศเคนยา^(15,16,17)

การค้นพบที่เกี่ยวกับบุคคล พบว่า กลุ่มเสี่ยงอายุ 65 ปี และมีโรคร่วม เป็นกลุ่มที่สามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด (ร้อยละ 47.8) ซึ่งสอดคล้องกับหลักระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ว่า อายุเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการศึกษา^(7,8) เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยตรง และกลไกในการสร้างภูมิคุ้มกันด้านโรคมีความสัมพันธ์กับอายุ⁽¹¹⁾ ดังจะเห็นว่า ในระยะที่เข้าสู่วัยชรา กลไกในการสร้างภูมิคุ้มกันด้านเสื่อมลง ภาวะโภชนาการไม่ปกติ และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้ร่างกายมีความไวต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิ

ด้านทานโรคต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคระยะแพร่กระจายสูงกว่าคนปกติถึง 2.2-5 เท่า ในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 90 ของวัณโรคปอด เกิดจาก reactivation ของการติดเชื้อวัณโรคในระยะแรก⁽¹⁸⁾ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงอายุ 65 ปีและมีโรคร่วม เป็นกลุ่มที่สามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการค้นหาผู้ป่วยควรเน้นไปที่พื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวัณโรคในระยะ 2 ปี ซ้อนหลัง และกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม ซึ่งหน่วยงานในระดับกรม ควรมีนโยบายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เสี่ยงและเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม จะทำให้มีโอกาสพบผู้ป่วยวัณโรคสูงขึ้น

2. ควรศึกษาและพัฒนาคุณภาพระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่เชื่อมโยงถึงระบบการดูแลรักษาในสถานพยาบาลและชุมชนอย่างครบวงจร และพัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงในการเฝ้าระวังอาการวัณโรค สามารถเข้าสู่ระบบตรวจคัดกรองและรักษาด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ค้อวัง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลป่าดู่ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและงานชันสูตร เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ผู้ประสานงานวัณโรคทุกระดับ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). (2017). Global Tuberculosis Report 2017. WHO/HTM/TB/2017.23. Switzerland: WHO.
2. World Health Organization (WHO). (2017). New Case Notifications: Data by Country. Web site: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1326?lang=en>, accessed on November 18th, 2017.
3. กรมควบคุมโรค สำนักโรคระบาดวิทยา.(2560). แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564. (อินเทอร์เน็ต). [สืบค้นวันที่ 15 กันยายน 2561]; เข้าถึงได้จาก <http://www.tbthailand.org.Manual>.

- 4.กระทรวงสาธารณสุข. (2561).แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- 5.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. (2561). รายงานผลการดำเนินงานวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
- 6.สำนักสาธารณสุขจังหวัดยโสธร กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ.รายงานผลการดำเนินงานวัณโรคจังหวัดยโสธร ประจำปี 2561.
- 7.สมาคมโรคระบาดวิทยาภาคสนาม. (2559). พื้นฐานระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคระบาดวิทยา (ประเทศไทย).
- 8.ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. (2553). ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 9.พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2551). ตำราโรคระบาดวิทยาและวัณโรค. นครศรีธรรมราช: สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- 10.Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). Principles of Epidemiology in Public Health Practice: An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics, Self-Study Course. Third Edition. Atlanta: CDC.
- 11.นงนุช เสือพุมิ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับ พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 13 ฉบับ 4:41.
- 12.ปรีชา สันธะวาทย์ และ วันเพ็ญ ปิ่นราช (2555). การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือปีที่ 30 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2555.
- 13.ธารารัตน์ สัจจา และกัลยาณี นาคฤทธิ์ (2555). ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลระนอง. ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2555 วารสารกองการพยาบาล: 23-27.
- 14.Juntao Guo, Meixia Yang, Zheyuan Wu,Xin Shen, Yuanhui Wang and Genming Zhao. High incidence and lowcase detection rateamong contacts of tuberculosis cases in Shanghai, China. BMC Infectious Diseases 2019; 320 (19): 1-10.
- 15.Maeve K. Lalor, LauraF. Anderson, Esther L.Hamblion, Andy Burkitt, Jennifer A. Davidson, Helen Maguire,etal Recent householdtransmission of tuberculosis inEngland, 2010–2012: retrospective national cohort studycombining epidemiological and molecular strain typing data. BMC Medicine 2017; 105 (15):1-10.
- 16.Dina Nair, Nandita Rajshekhar, Joel ShyamClinton, Basila Watson,Banurekha Velayutham, JayaPrasad Tripathy,etal Household Contact Screening andYieldof Tuberculosis Cases-A Clinic Based Study in Chennai, SouthIndia. PLOS ONE 2016; September (1) :1-10.
17. S. G. Jensen, T. Lillebaek, T. Wilcke, M. K. Pedersen, P. H. S. Andersen, N. W. Olsen, etal Impact of contact investigation and tuberculosis screening among high-risk groups in Denmark 2016. INT J TUBERC LUNG DIS 20(12):1580–1587.
- 18.อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ. (2559). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดยาและการรักษา สัมเหลว ในผู้ป่วย MDR-TB ในพื้นที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี. สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 7. 2559.

ระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

นามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The Noise Level of The Construction of Educational Services and Central Services Building in Kalasin University, Songplueai Sub-district, Namon District, Kalasin Province

อนรรักษ์ ปิ่นทอง¹, นิภารัตน์ นาสีแสน¹ และ สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ

Anurak Pintong¹, Niparat Naseesan¹ and Surasak Thammarakcharoen

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-district, 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. and Natural Resources Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

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 (≤ 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) เป็นสภาวะที่มีเสียงดังเกินปกติหรือเสียงดังต่อเนื่องยาวนานจนก่อให้เกิดความรำคาญหรืออันตรายต่อระบบการได้ยินของมนุษย์ และหมายรวมถึงสภาพแวดล้อมที่มีเสียงสร้างความรบกวนทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น เสียงดังมาก เสียงดังต่อเนื่องยาวนานไม่จบสิ้น เป็นต้น มลพิษทางเสียงเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางสิ่งแวดล้อมของเมืองใหญ่ที่เกิดขึ้นมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและวัฒนธรรม รวมถึงการเติบโตทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นเสียงดังจากยานพาหนะที่ใช้เครื่องยนต์ เสียงดังจากเครื่องจักร เสียงดังจากการก่อสร้าง เสียงดังจากเครื่องขยายเสียง โทรศัพท์ วิทยุ และอุปกรณ์สื่อสาร เสียงเรียกเข้าโทรศัพท์มือถือ รวมทั้งเสียงสนทนาที่ดังเกินควร⁽¹⁾

เสียงรบกวนถือว่าเป็นมลพิษทางเสียงที่เป็นปัญหาหลักของเมืองใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นตามความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทั้งจากการนำเครื่องจักรเข้ามาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรม การใช้ยานพาหนะ การก่อสร้างอาคาร เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดมลพิษทางเสียง โดยเสียงที่ดังเกินขนาดย่อมก่อให้เกิดอันตรายต่อระบบการได้ยิน ต่อสุขภาพจิตและต่อสุขภาพร่างกาย⁽²⁾ ซึ่งเสียงรบกวนหมายถึงระดับเสียงจากแหล่งกำเนิดในขณะที่มีการรบกวนที่มีระดับเสียงสูงกว่า ระดับเสียงพื้นฐาน โดยมีระดับการรบกวน เกินกว่าระดับเสียงรบกวน ที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน หรืออีกนัยหนึ่งคือ มีระดับการรบกวนเกิน 10 เดซิเบลเอ⁽³⁾

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคาร บริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและเปรียบเทียบระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลางกับค่ามาตรฐานของการตรวจวัดเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 (พ.ศ. 2550) เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวน และผลกระทบของเสียงรบกวน

ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน 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 อะคูสติกคาลิเบรเตอร์ (Acoustic Calibrator)
 - 2.1.2 ปรับมาตรฐานระดับเสียงไว้ที่วงจรถ่วงน้ำหนัก “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 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะที่โครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบของระดับเสียงรบกวนที่ส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงาน

ผลการศึกษา

1. ระดับเสียงรบกวน การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาดังนี้

1.1 ระดับเสียงรบกวนงานขึ้นโครงก่อสร้าง การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและการคำนวณระดับเสียงรบกวนของงานขึ้นโครงก่อสร้าง โดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 29 พ.ศ. 2550 เรื่อง ค่าระดับเสียงรบกวนงานขึ้นโครงก่อสร้าง มีผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 20 คน ซึ่งลักษณะงานที่ทำคือ เป็นการก่อสร้างอาคาร 7 ชั้น มีการใช้

เครื่องมือเครื่องจักรในแต่ละส่วนการขึ้นโครงอาคาร มีการเคาะ การเจาะ การทุบ การเชื่อม การลากลวด และการใช้เครนยกวัสดุ ซึ่งก่อให้เกิดเสียงดังเป็นระยะตลอดเวลาการทำงาน

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 : LAeq¹ คือ ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน

LAeq² คือ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด

ผลการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนทั้งหมด 14 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 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

1.2 ระดับเสียงรบกวนงานตัดเหล็ก การตรวจวัดระดับเสียงรบกวนและการคำนวณระดับเสียงรบกวนงานตัดเหล็ก โดยใช้เทคนิคการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนตามประกาศ

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ 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 ประเภทที่ผู้ปฏิบัติงานต้องตัดมี 5 ขนาด ได้แก่ 6 มิลลิเมตร, 9 มิลลิเมตร, 12 มิลลิเมตร, 16 มิลลิเมตร และ 25 มิลลิเมตร โดยเหล็กเส้นกลมจะตัดเพื่อใช้เป็นเหล็กปลอกในคานหรือในเสา ส่วนเหล็กข้ออ้อยจะใช้ในการก่อสร้างที่ต้องรับน้ำหนักมาก

ตาราง 2 แสดงระดับเสียงรบกวนของประเภทงานตัดเหล็ก

ครั้งที่	ระดับเสียง พื้นฐาน (LA90),dBA	ระดับเสียง ขณะไม่มีการ รบกวน (LAeq) ¹ ,dBA	ระดับเสียงของ แหล่งกำเนิด (LAeq) ² ,dBA	ระดับเสียง ขณะมีการ รบกวน (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 : LAeq¹ คือ ระดับเสียงขณะไม่มีการรบกวน

LAeq² คือ ระดับเสียงของแหล่งกำเนิด

ผลการตรวจวัดระดับเสียงรบกวนทั้ง 14 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 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

2. การประเมินระดับเสียงรบกวน การประเมินระดับเสียงรบกวนบริเวณเขตก่อสร้างอาคารบริการการศึกษาและบริการกลาง มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ตำบลสกลเปลือย 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 ($\bar{X} = 36.87 \pm 4.28$ 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 ($\bar{X} = 33.06 \pm 6.32$ เดซิเบลเอ) มีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเภทงานตัดเหล็กปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน

3. ผลกระทบของเสียงต่อผู้ปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานเป็นการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก ลักษณะถึงโครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบของเสียงต่อผู้ปฏิบัติงานประเภทงานขึ้นโครงก่อสร้างอาคารและงานตัดเหล็ก จำนวน 20 คน สามารถสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

3.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ อาการปวดหู หูอื้อชั่วคราว ประสิทธิภาพในการได้ยินหรือสื่อสารกับคนอื่นลดน้อยลง และมีอาการปวดศีรษะ

3.2 ผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ได้แก่ เมื่อได้ยินเสียงดังมาก ๆ จะมีอาการตกใจ ใจสั่น ความรำคาญ หงุดหงิดนอนไม่หลับและรบกวนสมาธิในการทำงาน

สรุปและอภิปรายผล

การตรวจวัดระดับเสียงรบกวน พบว่า ค่าระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานขึ้นโครงสร้างอาคาร 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

การประเมินระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานขึ้นโครงสร้างอาคารและงานตัดเหล็กกับค่ามาตรฐานของเสียงรบกวน 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 ระดับเสียงรบกวนเฉลี่ยงานขึ้นโครงสร้างอาคาร ($\bar{X} = 36.87 \pm 4.28$ เดซิเบลเอ และงานตัดเหล็ก ($\bar{X} = 33.06 \pm 6.32$ เดซิเบลเอ) มีความแตกต่างกับค่ามาตรฐาน (10 เดซิเบลเอ) แสดงให้เห็นว่าเครื่องจักรที่ใช้ในกิจกรรมจากการทำงานทั้ง 2 ประเภทนั้น ปล่อยเสียงรบกวนเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งงานวิจัยของดวงใจ ปุราถาณัง และอุลลัษรณ บุญมีศรี (2545)⁽⁵⁾ ได้ศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณตำบลหลุบ อำเภอมือ 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 เดซิเบลเอ 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 นั้นแสดงให้เห็นว่าการทำงานของเครื่องสีข้าวทั้ง 2 ประเภท ปล่อยเสียงรบกวนเฉลี่ยเกินค่ามาตรฐาน

ผลการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานประเภทงานขึ้นโครงสร้างอาคารและงานตัดเหล็ก พบว่า ระดับเสียงรบกวนมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการได้ยินและสภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ประเภท ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิรันดร์ วิฑิตอนัน (2542)⁽⁶⁾ ที่ได้ทำการศึกษาลำดับปัญหามลพิษทางเสียงในมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อสำรวจปัญหามลพิษทางเสียงในมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าบริเวณที่เรียนหรือที่ทำงานมีปัญหาเกี่ยวกับมลพิษทางเสียงในระดับปานกลาง โดยมีแหล่งกำเนิดเสียงจากการจราจรภายในมหาวิทยาลัย และเสียงกิจกรรมของนิสิต สำหรับผลกระทบของมลพิษทางเสียงต่อผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ รบกวนการเรียนการสอน หงุดหงิด รบกวนการทำงาน และเกิดความเครียด

เอกสารอ้างอิง

1. วีระศักดิ์ มะลิกุล. (2555). การศึกษาระดับเสียงรบกวนจากการจราจรในเขตเทศบาลเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยนเรศวร.
2. ภาณี ฤทธิ์มาก. (2546). การวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 1603601 หลักการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม. โครงการบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
3. สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. (2550). คู่มือวัดเสียงรบกวน. สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ.
4. อนรรักษ์ ปิ่นทอง, พงศกร ชาวเชียงตุง, อนงค์นาถ โรจนกร วังคำหาญ และกาญจนา สนอุทา. (2560). ระดับเสียงรบกวนของเครื่องสีข้าวชุมชนบ้านนามน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2560 : 342 – 346.
5. ดวงใจ ปุราถานั่ง และอุบลวรรณ บุญมีศรี. (2545). การศึกษาเสียงรบกวนจากโรงสีข้าวบริเวณ ตำบลหลุบ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. สาขาวิชาเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม คณะเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
6. นรินทร์ วิทิตอนัน. (2542). การสำรวจปัญหามลพิษทางเสียงในมหาวิทยาลัยบูรพา. คณะวิทยาศาสตร์ ภาควิชาฟิสิกส์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Factors Related to Strength, Patience and Self-Care Behavior Of the Elderly in Phra Lap Sub-District, Mueang District, Khon Kaen Province

ชมพูนุท สิริพรหมภักดิ์¹, ภิรณา แด่อารักษ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งอดทนในชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ได้จากการทดลองใช้ไปหาความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความเข้มแข็งอดทนในชีวิตของผู้สูงอายุและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค(Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น .8696 และ .8891 สถิติที่ใช้วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ($r = .570$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ 2) ตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ รายได้ต่อเดือน ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.70 (Adjusted $R^2 = .327$) สามารถพยากรณ์ความเข้มแข็งอดทนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ 3) ตัวแปร รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา การตรวจสุขภาพประจำปี สามารถพยากรณ์การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.10 (Adjusted $R^2 = .421$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ สมการพยากรณ์ความเข้มแข็งอดทนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ $Y_1 = 8.378 + .030x_2 + .000x_3 + .041x_4 + .100$ สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ $Y_2 = 2.855 + .081x_2 + .120x_3 + .007x_4 + .727$

คำสำคัญ ความเข้มแข็งอดทนในชีวิต, การดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research were as follows. Factor Effective of Hardiness and Behavior Self-Care of the Elderly in Amphoe Muang , Khonkaen Province . Samples used in this research consisted of 250 elderly, selected by simple random sampling. The data were collected by using questionnaires level of confidence .8696 and .8891. The statistical procedures used for analysis were the percentages, the arithmetic mean, the standard deviation, the Pearson's product moment correlation coefficient .The statistical significance was set at the .05, and Stepwise multiple regression analysis

The results of this research Hardiness and of the Elderly had statistically significant positive correlation to Behavior Self-Care at the .001 level. Variable age, education level, income, monthly income The sample of the elderly was 32.70% (Adjusted $R^2 = .327$). The predictive hardiness of the elderly was predicted. Statistically significant $P\text{-value} < 0.05$. variance Income, income adequacy Family members can rely on Annual health check Self-care of the elderly was 42.10% (Adjusted $R^2 = .421$). Statistical significance was $P\text{-value} < 0.05$. Equation of predictive Behavior Self-Care for the elderly. $Y_1 = 8.378 + .030x_2 + .000x_3 + .041x_4 + .100$ Equation of Self-Care Behavioral Estimation of Elderly Samples

$$Y_2 = 2.855 + .081x_2 + .120x_3 + .007x_4 + .727$$

Keywords: Hardiness , Behavior Self-Care and the Elderly

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

บทนำ

การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (Health Transition) แบบแผนการเกิดโรคได้เปลี่ยนมาเป็นการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย และโรคติดต่อหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น (Mosley AND Chen 2000 อ้างอิงใน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ 2552) ในกรณีของประเทศไทยนั้นการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังนำไปสู่การขยายระยะเวลาการเจ็บป่วย (Morbidity Expansion) และการประสบกับการพึ่งพา อันเนื่องมาจากความทุพพลภาพหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น แต่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เพิ่มขึ้นตามวัยด้วย จากแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ทำให้ยากที่จะรักษาให้หายขาด แต่ต้องได้รับการดูแลรักษาไปอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ข้อมมหาความว่า รัฐต้องปฏิรูประบบการสาธารณสุข ให้ทันกับอุปสงค์ที่เปลี่ยนไป ต้องพัฒนาบริการแบบองค์รวมที่ผสมผสานระหว่างการป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู รวมทั้งต้องปรับระบบสวัสดิการด้านการแพทย์ให้สามารถรองรับปริมาณของประชากรสูงอายุด้วย จากแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของประชากรสูงอายุวัยปลาย(อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่สุขภาพเสื่อมโทรมที่สุดที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและต้องพึ่งพาผู้อื่นในที่สุด ด้วยเหตุนี้ความต้องการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิตน่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการคาดประมาณว่า ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวเนื่องจากมีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะความจำเสื่อมจะมีมากกว่า 700,000 คน ในปี พ.ศ 2563 (Jitapankul and others 1999, Jitapankul and others 2003 อ้างอิงใน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ 2552) อุปสงค์ต่อการบริการการดูแลระยะยาว (Long-term care) เพิ่มขึ้นเป็นลำดับตามแนวโน้มการเป็นประชากรสูงวัยและการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ การดูแลระยะยาวเพื่อประคับประคองผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพทรุดลงไปกว่าเดิม เป็นเรื่องที่ท้าทาย

ยิ่ง บุตรหรือสมาชิกในครอบครัวเอง อาจมีศักยภาพจำกัด เนื่องจากขาดความรู้ขาดความเข้าใจในวิธีการดูแลและการดูแลระยะยาวในหลายกรณีต้องการผู้ดูแลตลอดเวลา ซึ่งทำให้บุตรหรือสมาชิกในครัวเรือนอาจต้องหยุดทำงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้สูงอายุหรือหากไม่หยุดงานก็ทำการดูแลได้ไม่เต็มศักยภาพ การที่มีทางเลือกอื่นให้กับครอบครัวผู้สูงอายุ เช่นการมีสมาชิกในชุมชนเข้ามาร่วมช่วยดูแล หรือการมีบริการดูแลระยะยาวของภาครัฐและเอกชนจึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้บริการจากชุมชนรัฐ และภาคเอกชน จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการดำเนินการอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้บริการทั้งจากชุมชน รัฐและภาคเอกชนต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีค่าบริการที่เหมาะสมและเป็นธรรม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวมีความสุข สังคมเอื้ออาทรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการมีส่วนร่วมในครอบครัวชุมชนและสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็งสามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ 2552) จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่าประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมของผู้สูงอายุ (Aging society) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2570 คนวัยสูงอายุจะมีสัดส่วน 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ดังนั้นแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2(พ.ศ.2545-2564) จึงได้วางยุทธศาสตร์การเตรียมพร้อมรับมือในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างผาสุก ซึ่งความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุนั้นจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากความพร้อมของอารมณ์ความรู้สึก ประสบการณ์ความสำเร็จ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ (Neugarten et al., 1961) ยังคงศักยภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และรักษาบทบาททางสังคมไว้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้รับการยอมรับ และรู้สึกว่าคุณค่า ตลอดจนเป็นผู้สูงอายุที่

มีความพร้อมและมีศักยภาพในสังคมผู้สูงวัยในอนาคตได้ ผู้สูงอายุจะดำรงชีวิตช่วงสุดท้ายได้อย่างผาสุกนั้น เป็นผลมาจากความสามารถในการเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งกระบวนการทางร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม (สุรกุล เชนอบรม, 2541)ซึ่งจะมีทิศทางที่ดีขึ้นหรือเลวลงแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการมีทัศนคติต่อที่การเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้และรับผิดชอบต่อตนเองได้ อีกทั้งทัศนคดียังเป็นเครื่องบ่งชี้พฤติกรรมและการดูแลตนเอง และผลต่อสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุอีกด้วย นอกจากนี้การดูแลตนเองก็ยังมี ความสำคัญต่อการการปรับตัวด้านสุขภาพ เพื่อให้ร่างกาย และจิตใจอยู่ในสภาวะสมดุลมากที่สุด (Orem, 1991)ดัง ปญญาผู้สูงอายุไทย ปี 2542 ที่ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองซึ่งนับเป็น ยุทธศาสตร์สำคัญในการลดภาระพึ่งพิง และส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุในชาติสมบูรณ์ทั้งสุขภาพคุณภาพ และดำรงตนอยู่ ในสังคมได้อย่างปกติสุข จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความเข้มแข็งของตนใน ชีวิตและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อได้ทราบข้อมูลให้ผู้ที่ เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบล พระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ขึ้น.

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลต่อ ความเข้มแข็งของตนในชีวิตและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- 2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของตนในชีวิตและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- 3.เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความเข้มแข็งของตนใน ชีวิตและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียน ผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,218 คน **คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ที่เหมาะสมในงานวิจัย โดยหาจำนวนขนาดตัวอย่างจาก ขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนและทราบ จำนวนประชากร (อรุณ จิรวรรณกุล ,2551) โดยผู้วิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร(Yamane, Taro. 1967) ได้จำนวน339คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล มีข้อคำถามเป็นแบบเดิมข้อความและเลือกตอบ ได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ที่พักอาศัย สมาชิกในครอบครัวที่การพึ่งพาได้ การตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเข้มแข็งของตนในชีวิตของผู้สูงอายุ(Hardiness Inventory) แบบวัดนี้ได้ผ่านการ วิเคราะห์ความตรงของเนื้อหาเชิงโครงสร้าง โดยโคบาซา แมคคิ คอนเนอรี่ เมอร์ริค และ ไวท์ (Kobasa,Maddi,Merrick,& Hobdy,2003)แล้วนำแบบวัด ความเข้มแข็งของตนที่พัฒนาโดยโคบาซา(Kobasa,et al,1982) ซึ่งโคบาซาได้ใช้เพื่อการศึกษากลุ่มคนปกติที่เป็น ผู้ใหญ่วัยทำงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น .88 ซึ่ง ผกาศันธุ์ วุฒิ ลักษณ์ (2541)ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยและได้นำมา ทดลองใช้กับกลุ่มอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87 และอินทกานต์ กุลไวย,2552 ได้นำมาปรับ เนื้อหาในข้อคำถามให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 จำนวน 50 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ด้าน ด้านความมุ่งมั่น ด้านความควบคุม ด้านความท้าทาย ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงเล็กน้อย ไม่ เป็นความจริงเลย คิดเป็นคะแนน 4 , 3 , 2, 1 ตามลำดับ

โดยแบ่งคะแนนความเข้มแข็งอดทนในชีวิตโดยรวม จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนความเข้มแข็งอดทนโดยรวมทั้งหมดเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้หลักการทางสถิติคือค่าพิสัย(ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด)/3 (ประครองกรรมสูตรม2542) ดังนี้

คะแนนช่วง 50-100 หมายถึง ความเข้มแข็งอดทนระดับต่ำ

คะแนนช่วง 101-150 หมายถึงความเข้มแข็งอดทนระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 151-200 หมายถึงความเข้มแข็งอดทนระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง พัฒนาโดยเอเวอร์ส[c]lt (ภูอำพมะ พสม1985)ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเอง(The Appraisal Self-Care Agency Scale [ASA scale])โดยเป็นแบบวัดที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติตามความคิดที่จะตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนแบบวัดนี้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .76 สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul,1988) นำแบบวัดนี้มาแปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นได้ค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ต่อมา นิรนาท วิทโยชิตติคุณ(2534) นำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยมาปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 23 ข้อได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 และอินทกานต์ กุลไวย,2552 ได้นำแบบวัดดังกล่าวมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.86

การ วิจัย ครั้ง นี้ คณะผู้วิจัย ได้นำ แบบ วัด ความสามารถในการดูแลตนเอง ของนิรนาท วิทโยชิตติคุณ(2534) และปรับปรุงใช้กับผู้สูงอายุโดยอินทกานต์ กุลไวย,2552 จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ตรงกับท่านมากที่สุด ตรงกับท่านมาก ตรงกับท่านปานกลาง ตรงกับท่าน

เล็กน้อย ไม่ตรงกับท่านเลย คิดเป็นคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

การแปลผลคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการแบ่งคะแนนโดยรวมทั้งหมดออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุดใช้เกณฑ์ของ(บุญชม ศรีสะอาด,2535)ดังนี้

คะแนนช่วง 4.50-5.00 หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับมากที่สุด

คะแนนช่วง 3.50-4.49 หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับมาก

คะแนนช่วง 2.10-3.49 หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง

คะแนนช่วง 1.50-2.49 หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับน้อย

คะแนนช่วง 1.00-1.49 หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองระดับน้อยที่สุด

การสร้างเครื่องมือและทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามปรับปรุงและคัดแปลงของอินทกานต์ กุลไวย ,2552 ซึ่งนำแบบวัดความเข้มแข็งอดทน(Hardiness inventory) พัฒนาโดยโคบาซา (Kobasa,Maddi,1982)เป็นภาษาไทยโดยผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์และอุบล นิวัติชัย (ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์,2542 อ้างอิงในอินทกานต์ กุลไวย ,2552) มาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามเพื่อให้เหมาะกับการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนมาพัฒนาและดัดแปลง แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ความตรงของโครงสร้างและเนื้อหา(Content Validity)มีการปรับแก้เนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แล้วนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้(Try Out)กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้จากการทดลองใช้ไปหาความเที่ยง (Reliability) แบบวัดความเข้มแข็งอดทนในชีวิตของผู้สูงอายุและแบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น .8696และ .8891

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการคณะผู้วิจัย ได้ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยชี้แจงข้อวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้งระยะเวลาการดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลให้ทราบก่อนเก็บข้อมูล และได้แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ไ้จะเป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอเป็นภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสิทธิ์ที่เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมตามจริยธรรมเลขสำคัญที่ HE621009 การวิจัยครั้งนี้ได้และมีสิทธิ์ที่จะทราบผลของการวิจัยครั้งนี้เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 เพศหญิงมากกว่าชาย โดยเพศหญิงจำนวน 143 คนคิดเป็นร้อยละ 61.2 และเพศชายจำนวน 97 คิดเป็นร้อยละ 38.8 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส จำนวน 148 คนคิดเป็นร้อยละ 59.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถม จำนวน 160 คนคิดเป็น

ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีรายได้จำนวน 184 คนคิดเป็นร้อยละ 72.4 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5000 บาท จำนวน 136 คนคิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอจำนวน 157 คนคิดเป็นร้อยละ 62.8 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจาก เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจำนวน 159 คนคิดเป็นร้อยละ 63.6 การพักอาศัยส่วนใหญ่ อยู่กับครอบครัว/ญาติพี่น้องจำนวน 148 คนคิดเป็นร้อยละ 59.2 สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสจำนวน 248 คนคิดเป็นร้อยละ 99.2 และกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 10

พบว่าคะแนนสูงสุด-ต่ำสุดที่เป็นไปได้ของความเข้มแข็งอดทนอยู่ในช่วง 50-200 คะแนนสูงสุด-ต่ำที่เป็นจริงของความเข้มแข็งอดทนของกลุ่มตัวอย่างระดับปานกลางอยู่ในช่วง 101 -157 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($M = 130.472$, $SD = 30.472$)

ร้อยละของระดับความเข้มแข็งของกลุ่มตัวอย่างเมื่อนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างมาแบ่งช่วงออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ แล้วหาความถี่ หาร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับพบว่าความเข้มแข็งอดทนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 96.02 รองลงมาความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูง มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.98 และความเข้มแข็งอดทนระดับต่ำไม่มี

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	ความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุ	การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุ	1	.570*
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ	.570**	1

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่าจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรความเข้มแข็งอดทนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่ม

ตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่าความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .570, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 2 ค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)ทำนาย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การพักอาศัย สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา การตรวจสุขภาพประจำปี กับความเข้มแข็งของตนของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	b	S.E	B	t	p
Constant	2.855	.209		13.659	.000
1.อายุ	.727	.280	.434	16.251	.000**
2.ระดับการศึกษา	.081	.115	.129	2.676	.012**
3.รายได้	.120	.137	.160	6.296	.000**
4.รายได้ต่อเดือน	.007	.210	.006	3.359	.002**
5.การตรวจสุขภาพประจำปี	.520	.211	.416	.109	.910

Adjusted R2=.327 F= .001 ,P-value<0.05

จากตาราง 2 พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ รายได้ต่อเดือน ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.70 (Adjusted R2= .327)สามารถพยากรณ์ความเข้มแข็งของตนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value<0.05

ส่วนตัวแปร เพศ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การพักอาศัย สมาชิกใน

ครอบครัวสามารถพึ่งพา การตรวจสุขภาพประจำปี ไม่สามารถพยากรณ์ความเข้มแข็งของตนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ สมการพยากรณ์ความเข้มแข็งของตนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

$$Y_1 = 2.855 + .081 x_2 + .120 x_3 + .007 x_4 + .727$$

ตาราง 2 ค่าถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)ทำนาย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ การพักอาศัย สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา การตรวจสุขภาพประจำปี กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	b	S.E	B	t	p-value
Constant	8.378	2.133		3.929	.000
1.รายได้	.100	.310	.010	1.486	.000
2.ความเพียงพอของรายได้	.467	.516	.166	.085	.030
3.สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา	.040	.025	.100	23.480	.000**
4.การตรวจสุขภาพประจำปี	3.600	4.334	.152	.440	.041***

Adjusted R2=.421 F= .001 ,P-value<0.05

จากตาราง 2 พบว่า โดยภาพรวมตัวแปรได้แก่ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา การตรวจสุขภาพประจำปี สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ร้อยละ

ละ 42.10 (Adjusted R2= .421) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value<0.05

ส่วนตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ การพักอาศัย ไม่

สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้

สมการพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

$$Y_1 = 8.378 + .030x_2 + .000x_3 + .041x_4 + .100$$

สรุปและอภิปรายผล

พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 เพศหญิงมากกว่าชาย โดยเพศหญิงจำนวน 143 คนคิดเป็นร้อยละ 61.2 และเพศชายจำนวน 97 คิดเป็นร้อยละ 38.8 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส จำนวน 148 คนคิดเป็นร้อยละ 59.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา จำนวน 160 คนคิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีรายได้จำนวน 184 คนคิดเป็นร้อยละ 72.4 รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5000 บาท จำนวน 136 คนคิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอจำนวน 157 คนคิดเป็นร้อยละ 62.8 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจาก เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจำนวน 159 คนคิดเป็นร้อยละ 63.6 การพักอาศัยส่วนใหญ่ อยู่กับครอบครัว/ญาติพี่น้องจำนวน 148 คนคิดเป็นร้อยละ 59.2 สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสจำนวน 248 คนคิดเป็นร้อยละ 99.2 และกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจสุขภาพประจำปีทุกคน จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 100 โดย คะแนนสูงสุด-ต่ำสุดที่เป็นไปได้ของความเข้มแข็งอดทนอยู่ในช่วง 50-200 คะแนนสูงสุด-ต่ำที่เป็นจริงของความเข้มแข็งอดทนของกลุ่มตัวอย่างระดับปานกลางอยู่ในช่วง 101 -157 ส่วนการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$, S.D=.3638) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ 5 ลำดับแรก 1.ข้อ 18 รองลงมา มักจะได้ตรวจตราในสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ให้ถูกต้อง เพื่อรักษาสุขภาพของท่านเป็นประจำ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.75$, S.D=.4419) 2.ข้อ 23 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ทำให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$, S.D=.4548) 3. ข้อ 22 มักจะมีเวลาให้กับตนเองเพียงพอ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.73$, S.D=.4485) 4. ข้อ 17 มักจะดูแล

ความปลอดภัยของตนเอง และครอบครัวอยู่เป็นประจำ ($\bar{X} = 3.72$, S.D=.4548) 5. ข้อ 16 ท่านได้เปลี่ยนแปลงสุนิสัยบางอย่างที่ผ่านมา เพื่อปรับปรุงสุขภาพของท่านให้ดีขึ้น ($\bar{X} = 3.70$, S.D=.4763) ส่วน ข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อ 1 มักจะปรับปรุงการปฏิบัติตนเอง เพื่อให้สุขภาพของท่านแข็งแรงอยู่เสมอ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$, S.D=.4548) และ ข้อที่ 2 ท่านคิดว่าสิ่งที่ท่านกระทำอยู่เพียงพอที่จะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดี อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21$, S.D=.5800) นอกจากนี้พบว่าจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรความเข้มแข็งอดทนกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ($r = .570$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อินทกานต์ กุลไวย, 2552 พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองและอายุ ระดับการศึกษา รายได้ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.70 (Adjusted R² = .327) สามารถพยากรณ์ความเข้มแข็งอดทนของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 สอดคล้องกับอินทกานต์ กุลไวย, 2552 พบว่าความเข้มแข็งอดทนและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2 = .59$) และรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สมาชิกในครอบครัวสามารถพึ่งพา การตรวจสุขภาพประจำปี สามารถพยากรณ์การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.10 (Adjusted R² = .421) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05 สอดคล้องกับเตือนใจ ทองคำ, 2549 พบว่าด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าในตนเอง โลกทัศน์ต่อชีวิตของผู้สูงอายุและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งอดทนให้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับปานกลาง

2.ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ในประเด็นการปรับปรุงตนเอง เพื่อให้

สุขภาพตนเองแข็งแรงและสิ่งที่จะทำให้อยู่เพียงพอก็จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรอื่นๆที่มีผลต่อความเข้มแข็งอดทนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2.ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมที่มีผลต่อความเข้มแข็งอดทนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

ขวัญดาว กล่ำรัตน์. ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาค, 2554.

คมสัน แก้วระยะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวนิชย์, 2553.

จิราภรณ์ ใจสบาย. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2553.

จันทร์พรหมน้อย เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และ ประนอม หนูเพชร. ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ . http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj23_6/pdf/Promnoi.pdf สืบค้น 21 กุมภาพันธ์ 2562.

นั ด ร ฤ ตี ภ า ระ ญ า ตี . วิ ท ย า นี พ น์ ปัจ จั ย ทํ า น า ย พ ลั ง สุ ข ภ า พ จิต ของ ผู้ สุง อ า ยุ http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/54920223.pdf สืบค้น 21 กุมภาพันธ์ 2562

เตือนใจ ทองคำ. ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงพญา จังหวัดนครสวรรค์ อ้างอิงในสืบค้น <http://www.thapra.lib.su.ac.th>. 22 สิงหาคม 2559.

ทรรศณีย์ โกศยทิพย์. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุในอำเภอด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาขารณสุขศาสตร์, คณะสาขารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2552.

ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. งานวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม. นครปฐม: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, 2550.

นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์และรศ.ดร.สุภาณี สนธิรัตน์. ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคมและความผาสุกในชีวิต ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอกบินทร์บุรีจังหวัดปราจีนบุรีว. *สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์* 39(2): 66-79 (2556)

- เบญจมาศ นาควิจิตร.ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,2551.
- ปัทมา ภริตาธรรม. *คู่มือดูแลสุขภาพกายใจ ผู้สูงวัย*. กรุงเทพฯ: แพรวธรรม,2537.
- ประนอม โอทกานัน.วิจัยเรื่อง ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2537.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และรัชสมัน นามวงษ์. (2550). พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุใน เขตภาคตะวันออกเฉียง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 18(1), 1-11.
- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ 2552.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 3 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. หน้าที่ 1-17.
- พัชรีย์ เขียวสอาด. *ปัญหาและความต้องการด้านส่งเสริมสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี*. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,2550.
- สาขาวิชาการบริหารงานท้องถิ่น, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย,2556.
- ราชบัณฑิตยสถาน. *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์,2546.
- รศรินทร์ เกรย์ อุมกรณธ์ ภัทรวาณิชย์ เจริญพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า .วิจัยเรื่อง “มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ .บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด,2556.
- วณิชย์ ปรีชาอนันต์. *ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โรงพยาบาลพนัสนิคม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว,วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา,2550.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ.ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554.
- วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว.พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตาหุ อำเภอมืองชลบุรี. หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารทั่วไปวิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.2557.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.. “ปฏิญญาผู้สูงอายุ”. วันอนามัยโลก.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,2542.
- สุทธิพล อุดมพันธุ์รัก จุฬารักษ์ พูลเอี่ยม หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อ้างอิงในสืบค้น
- [www.http://hpe4.anamai.moph.go.th/Surveillance/data/yamane.pdf](http://hpe4.anamai.moph.go.th/Surveillance/data/yamane.pdf) 15 มีนาคม 2562
- สุรกุล เจนอบรม. 2541. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2541.
- สุทธิพงศ์ บุญผดุง.ผู้สูงอายุ. อ้างอิง<http://www.ssruii.ssruii.ac.th/สืบค้นผู้สูงอายุ> 5 กุมภาพันธ์ 2562
- สุจิตี ศิริวงศ์พากร.ผู้สูงอายุ.อ้างอิง<https://repository.rmutp.ac.th/bitstream/handle/สืบค้น> 5 กุมภาพันธ์ 2562 .
- อินทุกานต์ กุลไวย.วิทยานิพนธ์เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของตนและความสนับสนุนทางสังคมกับความสามรถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2552.

อังศุมาลิน บัวแก้ว. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอคลอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2554.

อุไรรัชต์ บุญแท้. การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยยุทธศาสตร์.วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี,2554.

อังชัน จิงสกุลวัฒนา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยท้อในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังโดนด อำเภอโนนชัยอม จังหวัดจันทบุรี. การศึกษาอิสระรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2550.

Eliopoulos, C. (1995). Manual of gerontological nursing. St. Louis: Mosby Year Book.

Esberger, K. K., & Hoghes, S. T. (1989). Nursing care of the aged. Norwalk: Appleton and Lange.

Jitapankul and others 1999,Jitapankul and others 2003 อ้างอิงใน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ 2552.

Miller, C. A. (1995). Nursing care of older adult theory and practice (2nd ed.). Philadelphia:J.B. Lippincott

Neugarten, B.L., R.J. Havighurst and S.S.Tobin. 1961. “The Measurement of LifeSatisfaction”. Journal of Gerontology. 16 : 134-143.

Orem, D. E. 1991. Nursing: Concept of Practice . 4thed. St.Louis: Mosby Year Book.

Yamane, Taro. 1967. *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row.อ้างอิงสุทธิพล อุดมพันธุ์ รักษ์ จุฬารักษ์ พูลเอี่ยม หน่วยระบาดวิทยาคลินิก สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สืบค้น <http://hpe4.anamai.moph.go.th/Surveillance/data/yamane.pdf>. 1 มีนาคม 2562.

Yurick, A. G. (1989). The aged person and the nursing process (3rd ed.). New York: Appletonand Lange.

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะพบเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with Mortality in smear positive pulmonary tuberculosis in Namphong hospital,

Khonkaen

อูรอส สิงห์งาม¹

Uros Singngam

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห้แบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort study) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียน วันโรคในโรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2561 โดยการสืบค้นข้อมูลและประวัติจากเวชระเบียน และคอมพิวเตอร์ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาคือ การตาย เพศ อายุ น้ำหนักก่อนการรักษา ประวัติเคยเป็นวัณโรค ประวัติโรคร่วม ผลการตรวจเสมหะ AFB ระยะเวลาที่มีอาการ และผลเอกซเรย์ปอด เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต โดยใช้สถิติร้อยละ , Fisher 'exact test โดยกำหนดค่า P-value <0.05 และใช้สถิติ Generalized linear model

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 262 คน เสียชีวิต 48 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.3 เพื่อนำปัจจัยต่างๆมาคำนวณ Risk difference ด้วยสถิติ Univariable Generalized linear model พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ AFB3+ ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้มีผลตรวจ AFB น้อยกว่า 3+ 13.44% (95% CI 3.84% - 23.05%) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมคือติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อ HIV 13.71% (95% CI 1.30% - 28.72%) และผู้ป่วยที่มีผลเอกซเรย์ปอดมี cavity มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าไม่มี cavity 12.89% (95% CI 0.97% - 25.0%) และเมื่อวิเคราะห์โดยปรับความแตกต่างของปัจจัยทั้ง 3 ด้วยสถิติ Multivariable Generalized linear model พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมติดเชื้อ HIV มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV 15.13% (95% CI 0.43% - 29.83%) และผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ AFB3+ ขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ AFB น้อยกว่า 3+ 11.75% (95% CI 2.16% - 21.34%)

คำสำคัญ : วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ, อัตราการตาย, ปัจจัย

Abstract

A retrospective cohort study was conducted in smear positive pulmonary tuberculosis that registered in Nam Pong hospital between October1, 2016 to September 30, 2018 by medical record reviewed. The factors including mortality, gender, age, body weight before treatment, history of contact tuberculosis, coincident diseases, acid-fast bacilli test (AFB), length of symptoms and chest x-ray were study. These factors that related to mortality were study by generalized linear model, Fisher exact test and express in percent. The statistical significant was accepted at P< 0.05

Results: 262 tuberculosis patients were reviewed. The result showed 48 patients died (18.3%). Thus, all factors that related to these patients were calculated risk difference by generalized linear model univariate. The results showed that patients with positive at least 3+ AFB test risked to death more than patients with positive less than 3+ AFB test 13.44% [95% CI (3.84%-23.05%)]. Patients with coincident HIV risked to death more than no coincident HIV 13.71% [95% CI (1.30%-28.72%)]. And patients with cavity in chest x- ray risked to death more than no cavity in chest x-ray 12.89% [95% CI (0.97%-25.0%)]. Moreover, when adjusted the difference of these factors by multivariate general linear model showed that patients with coincident HIV related to death more than no HIV 15.13% [95%CI (0.43%-29.83%)]. And patients with positive at least 3+ AFB test risked to death more than patients with positive less than 3+ AFB test 11.75% [(95%CI (2.16%-21.34%)).

Key words : smear positive pulmonary tuberculosis,mortality,factor.

¹ พ.บ. โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประกาศให้วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขโลก (TB as a global public health emergency) ตั้งแต่ปีค.ศ. 1993 (พ.ศ.2536) เนื่องจากมีผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยวัณโรคเป็นจำนวนมากในปีค.ศ. 2015 (พ.ศ.2558) ทั่วโลกพบวัณโรครายใหม่ 10.4 ล้านคน หรือคิดเป็น 142 ต่อแสนประชากรและเสียชีวิตด้วยวัณโรค 1.4 ล้านคน¹⁶

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยมีผู้ป่วยครั้งใหม่จำนวนมากถึงปีละ 8,600 ราย และวัณโรคเป็นหนึ่งใน 10 สาเหตุการตายที่สำคัญในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยทั้ง 10 สาเหตุ มีโรคติดต่อเพียง 3 โรค คือ ปอดอักเสบ วัณโรค และเอดส์ ซึ่งคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้ทบทวนการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ในช่วงเดือนสิงหาคม 2556 และให้ข้อเสนอแนะว่า ประเทศไทยต้องเร่งรัดการเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาเนื่องจากในปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 82 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย คือ ขาดการรักษาและตาย¹⁸

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายการศึกษาที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งพบว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต ไม่ว่าจะเป็น อายุ, เพศ, น้ำหนักตัว¹⁻⁶ การมีโรคร่วมต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคเอดส์ โรคถุงลมโป่งพอง^{1-8, 12-15} ระยะเวลาที่มีอาการ ความผิดปกติของเอกซเรย์ปอด^{1-3, 9-10} และปริมาณของเชื้อวัณโรคจากการตรวจ AFB¹⁻³

โรงพยาบาลน้ำพองเป็นโรงพยาบาลที่พบผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมาก โดยมีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในปี พ.ศ. 2559 (96 คน), ปีพ.ศ. 2560 (107 คน) และปีพ.ศ. 2561 (72 คน) และเนื่องจากกรมควบคุมโรคโดยกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคในปี 2560¹⁹ ได้กำหนดอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค $\geq 85\%$ ซึ่งผลการรักษาของโรงพยาบาลน้ำพอง ต่ำกว่าตัวชี้วัดตลอด โดยพบว่าผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปี 2559 ได้ 81.36 %, ปี 2560 ได้ 82.35 %, ปี

2561 ได้ 80 % ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่าเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตค่อนข้างมากถึงร้อยละ 18 ซึ่งสูงกว่าอัตราการตายของประเทศ

ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับการตายของผู้ป่วยจะทำให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาป้องกัน และนำไปสู่กระบวนการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลน้ำพองให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มอัตราผลสำเร็จของการรักษา และลดอัตราการตาย

วัตถุประสงค์

เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตายของผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยการเก็บข้อมูลจากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลเอกซเรย์ปอด ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย, รักษา จนกระทั่งรักษาหายหรือเสียชีวิต แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ และเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในช่วง 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2561 ซึ่งมีจำนวน 275 คน

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

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

Proportion (p) = 0.12, Error (d) = 0.03 Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964 Sample size (n) = 166

Inclusion criteria

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อทุกคนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนวัณโรคในโรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2561

Exclusion criteria

ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนวินิจฉัยไม่เป็นวัณโรคในภายหลัง ขาดการติดตามการรักษานานเกิน 2 เดือน มีการโอนออกหรือส่งต่อไปรักษาที่อื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ

Fisher's exact test และ Generalized linear model

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนวัณโรคในโรงพยาบาลน้ำพอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2561 มีทั้งสิ้น 275 คน โดยผู้ป่วยขาดการติดตามการรักษาและติดต่อไม่ได้ 3 คน และผู้ป่วยส่งออกไปรักษาที่อื่น 10 คน ทำให้มีผู้ป่วยเข้าการศึกษาครั้งนี้ 262

คน โดยพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระยะการรักษาแบบเข้มข้น (Intensive phase) คือระยะ 2 เดือนแรก ร้อยละ 62.5 (30/48) ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิต 48 คนคิดเป็นอัตราเสียชีวิตร้อยละ 18.3 มีผู้ป่วยวัณโรคปอดติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย 40 คน โดยในกลุ่มที่มีติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย เสียชีวิต 12 คน (ร้อยละ 30) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยที่ไม่เสียชีวิตไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน 8 คน (66.66%) และมีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 9 คน (75%)

ตาราง 1 ลักษณะปัจจัยของผู้ป่วยที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

ลักษณะปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิต (n=48) n (%)	กลุ่มผู้ป่วยไม่เสียชีวิต (n=213) n (%)	P-value
เพศ			
หญิง	28 (58.3)	120 (56.3)	0.801
ชาย	20 (41.7)	93 (43.7)	
อายุ			
น้อยกว่า 65 ปี	30 (62.5)	160 (75.1)	0.076
มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี	18 (37.5)	53 (24.9)	
น้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษา			
น้อยกว่า 40 กิโลกรัม	17 (35.4)	53 (24.9)	0.137
มากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม	31 (64.6)	160 (75.1)	
ประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน			
เคย	4 (8.3)	34 (16.0)	0.176
ไม่เคย	44 (91.7)	179 (84.0)	
โรคร่วม			
เบาหวาน			
เป็น	13 (27.1)	61 (28.6)	0.829
ไม่เป็น	35 (72.9)	152 (71.4)	
ติดเชื้อ HIV			
ติดเชื้อ	12 (25.0)	28 (13.1)	0.039
ไม่ติดเชื้อ	36 (75.0)	185 (86.9)	
COPD			
เป็น	6 (12.5)	49 (23.0)	0.107

ตาราง 1 ลักษณะปัจจัยของผู้ป่วยที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต

ลักษณะปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิต (n=48) n (%)	กลุ่มผู้ป่วยไม่เสียชีวิต (n=213) n (%)	P-value
ไม่เป็น	42 (87.5)	164 (77.0)	
ผลเสมหะAFB			
น้อยกว่า 3+	18 (37.5)	127 (59.6)	0.005
3+ ขึ้นไป	30 (62.5)	86 (40.4)	
Time to symptom			
<30 days	28 (58.3)	143 (67.1)	0.246
>=30 days	20 (41.7)	70 (32.9)	
CXR			
No cavity	30 (62.5)	167 (78.4)	0.021
Cavity	18 (37.5)	46 (21.6)	

จากตาราง 1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 262 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.5 (148/262) ร้อยละ 74.8 (196/262) มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 72.9 (191/262) มีน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม มีเพียงร้อยละ 18.5 (38/262) ที่เคยมีประวัติป่วยด้วยวัณโรคปอดมาก่อน โรคประจำตัวที่พบได้แก่ เบาหวานร้อยละ 28.2 (74/262) ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 15.2 (40/262) โรค COPD ร้อยละ 20.9 (55/262) และร้อยละ 55.3 (145/262) มีผลตรวจเสมหะข้อมพบเชื้อ AFB น้อยกว่า 3+

ผู้ป่วยจำนวน 171 รายหรือร้อยละ 65.2 มีอาการแสดงน้อยกว่า 30 วันก่อนมาโรงพยาบาล และผลการตรวจเอกซเรย์ปอดพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 75.1 (197/262) มีผลการตรวจเป็นแบบ No cavity

ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยเสียชีวิต 48 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 18.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญของการศึกษานี้คือ 1.วินิจฉัยว่าเป็นโรค AIDS 2.ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อปริมาณมากกว่า 3+ และ 3.ผลเอกซเรย์ปอดพบ Cavity (ตารางที่ 1)

ตาราง 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต

ปัจจัยเสี่ยง	Risk difference	95% CI	P	Adj.risk difference	95% CI	P
ติดเชื้อ HIV						
ไม่ติดเชื้อ	Reference					
ติดเชื้อ	13.70%	-1.30% - 28.72%	0.073	16.59%	1.77% - 31.41%	0.028
ผลเสมหะ						
น้อยกว่า 3+	Reference					

3+ ขึ้นไป	13.44%	3.84% - 23.05%	0.006	9.60%	-0.14% - 19.34%	0.053
CXR						
No cavity	Reference					
Cavity	12.89%	0.79% - 25.00%	0.037	8.86%	-3.43% - 21.16%	0.158

จากตาราง 2 เมื่อคำนวณ Risk Difference แยกแต่ละปัจจัยด้วยสถิติ Univariable Generalized Linear Model พบว่าผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ AFB 3+ ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อปริมาณน้อยกว่า 3+ 13.44% (95% CI 3.84% - 23.05%) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น 13.71% (95% CI - 1.30% - 28.72%) และผู้ป่วยที่มีผลเอกซเรย์ปอดที่พบ Cavity มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบ Cavity 12.89% (95% CI 0.79% - 25.00%)

สรุปและอภิปรายผล

วัณโรคปอดเป็นวัณโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ปัจจุบันพบว่ายังมีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตและอัตราการรักษาสำเร็จไม่บรรลุตามเป้าหมายโดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 18.3 ซึ่งพบว่าโดยส่วนใหญ่เสียชีวิตในระหว่างการรักษาแบบเข้มข้น (Intensive phase) 2 เดือนแรกของการรักษาถึงร้อยละ 62.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รามเมศ คนสมศักดิ์¹ ที่พบการเสียชีวิตในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาร้อยละ 66.7 และการศึกษาของ Anunnatsiri S¹¹ ที่พบการเสียชีวิตร้อยละ 68.76 ซึ่งโดยส่วนใหญ่เสียชีวิตจากตัววัณโรคเอง

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแล้วพบว่าผู้ป่วยที่มีเสมหะยอมพบเชื้อ AFB3+ ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่า ผู้ที่ตรวจพบเสมหะ AFB 3+ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{1,3} ซึ่งอาจเนื่องจากปริมาณเชื้อที่มากทำให้มีอาการรุนแรง และทำให้ร่างกาย

ผู้ป่วยอ่อนแอมาก ส่วนผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่มีโรคร่วมคือติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อ HIV ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัฒนา โพธิ์แก้ว และคณะ⁸ ที่ศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในเขตภาคเหนือตอนบนที่พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคร่วมมากที่สุดร้อยละ 33 โดยโรคร่วมที่เป็นสาเหตุสำคัญคือโรคเอดส์ และถึงแม้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่เป็นวัณโรคปอด สามารถรักษาให้หายขาดได้ถึงร้อยละ 95 ดังเช่นคนปกติทั่วไป แต่มีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เสียชีวิตหรือรักษาไม่สำเร็จได้ เช่น ระดับ CD4 ;การได้รับยาต้านไวรัส, การมีโรคฉวยโอกาสอื่นๆ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดตรวจพบการติดเชื้อ HIV ถึง 40 คน และเสียชีวิต 12 คน (ร้อยละ 30) โดยพบว่าในจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่เสียชีวิตไม่ได้รับยาต้านไวรัสมาก่อนถึงร้อยละ 66.66 และพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ที่เสียชีวิตมีระดับ CD4 <200 ถึงร้อยละ 75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิศ ตรีบุพชาติกุล¹² และการศึกษาอื่นๆ^{13,14} ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีระดับ CD4 ต่ำ และไม่ได้รับยาต้านไวรัส จะทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ และติดเชื้อแบคทีเรียที่รุนแรงซึ่งเดิมในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำและสภาพทรุดโทรมอยู่เดิมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ส่วนผลเอกซเรย์ปอดผิดปกติพบ Cavity มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลเอกซเรย์ปอดไม่พบ Cavity ซึ่งน่าจะเกิดจากความสัมพันธ์ของปริมาณเชื้อวัณโรคปอดใน Cavity ซึ่งจะมีมากและทำให้โรครุนแรง และจากการศึกษาอื่นๆ^{9,10} พบว่าเอกซเรย์ปอดที่มี Cavity เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอด

เมื่อวิเคราะห์โดยปรับความแตกต่างของปัจจัยทั้ง 3 ด้วยสถิติ Multivariable Generalized Linear Model พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมติดเชื้อ HIV มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรค AIDS 15.13% (95% CI 0.43%-29.83%) และผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อปริมาณ 3+ ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อปริมาณน้อยกว่า 3+ 11.75% (95% CI 2.16% - 21.34%)

โรคร่วมโรคเบาหวาน ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาแบบ Systemic Review¹⁵ ถึงผลกระทบของโรคเบาหวานต่อการรักษาวัณโรคปอด พบว่า โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการรักษาล้มเหลวและเสียชีวิต แต่ในการศึกษารั้งนี้ไม่พบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ต่อการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอด

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ Multivariable Generalized Linear Model พบว่ามีเพียงปัจจัยที่มีโรคร่วมคือติดเชื้อ HIV และปัจจัยตรวจพบเชื้อ

AFB3+ขึ้นไปมีความสัมพันธ์ต่อการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่มีโรคร่วมคือติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะย้อมพบเชื้อ AFB3+ขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อการตายดังนั้นควรเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ตรวจพบวัณโรคและรักษาโดยการวางแผนการรักษาและติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อลดอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวให้น้อยลง และควรมีมาตรการการค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรคให้เร็วและเริ่มยาต้านไวรัสให้เร็วที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชัย อัสวภาคย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำพอง ที่สนับสนุนให้เฝ้าระวังวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคและเจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลน้ำพองที่ให้ความร่วมมือ และช่วยค้นหาข้อมูลในเวชระเบียน ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. รามศ คนสมศักดิ์, ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย วารสารเชียงรายเวชสาร 2560;9(1):19-27
2. วิวรรธ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, และคณะ, สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างการรักษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(1):22-34
3. เจริญศรี แซ่ตั้ง, ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบนปี 2005-2014 วารสารควบคุมโรค 2560; 43(4):436-447
4. จิตติพร บากเมือง,เบญจวรรณ ตาแก้ว,และคณะ, ปัจจัยเกี่ยวเนื่องกับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลพะเยา เชียงรายเวชสาร 2559;8(1):53-59
5. Moolphate S, Myo Nyein Aung, Nampaisan O, et al. Time of highest tuberculosis death risk and associated factors: an observation of 12 years in Northern Thailand. International Journal of General Medicine 2011;4:181-90
6. Irlie A, Tesfaw G, Dejene T, et al. K. Time to death and associated factors among tuberculosis in dangila eoreda, Northwest Ethiopia, Plos one;2015;10
7. อัมพาพันธ์ วรรณพงศ์กิต, กิตติกาญจน์ มูลฟอง, ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดลำพูน, วารสารสาธารณสุขล้านนา: 2560;13(2):72-85

8. Pokaew P,chearsuwan A,Immsanguan V,et all. Cause of death in new TB patients registered in 33 hospitals in upper Northern region of Thailand during 2010,Thai J Tubere chest Dis Crit Care 2013;34:51-62
9. Oren E, Navita M, Nolan C, et all. Area-level socioeconomic disadvantage and severe pulmonary tuberculosis;u.s.,2000-2008, Public Health Rep 2013;128(2);99-109
10. Lin CH,Lin CJ, et all. Tuberculosis mortality:pateiut chalactevistics and causes.BMC infect Fis 2014;14 (5)
11. Anunnatsiri S, chetchotisaked P,et all.Factors associated with treatment outcomes in pulmonary tuberculosis in Northeastern Thailand.Southeast Asian J. Trop Med Public Heath 2005;36(2):324-30
12. พรพิศ ตรีบุษชาติกุล.การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี และอุปสรรคของความต่อเนื่องในระบบบริการดูแลรักษาเอชไอวี.วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2560;36(1):8-17
13. Worodria W,Massinga-Loembe M, et all. Incidence and predictors of mortality and the effect of tuberculosis immune reconstitution inflammatory syndromc in 9 cohort of TB/HIV patients commencing antiretroviral therapy. J Acquir Immunc Defic Syndr 2011;58:32-37
14. Sileshi B,Deyessa N, et all. Predictors of mortality among TB-HIV Co-infected patients being tveated for tuberculosis in Northwest Ethiopia : a retrospective cohort study.BMC in fect Dis 2013;13:297
15. Baker MA,Harris AD, et all. The impact of Diabetices on tuberculosis treatment out comes : a systemic review. BMC Med 2011; 9(1):81
16. World Heath Organization,Global tuberculosis report 2016. Geneva:World Heath Organization; 2016
17. World Heath Organization,Definitions and reporting frame work for tuberculosis-2013 revision . Geneva:World Heath Organization; 2013
18. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคปี 2558.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558.
19. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

Development of surveillance patterns for detection of early-onset sepsis in newborns at

Prachuap Khiri Khan Hospital

มะลิวรรณ พรเงิน, อัญชลิดา ดิษฐ์มหาผล

MARIWAN PHONGERN, ANCHALIDA DITMAHAPON

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และ 2) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 5 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ระยะที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และระยะที่ 5 รับรองรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาค้นคว้า การสนทนากลุ่ม การทดสอบ และการสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วย 1.1 การพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด 1.2 การส่งตรวจทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 1.3 การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และ 1.4 การนิเทศทางการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด 2. ประสิทธิภาพรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ คือ 2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2.2 พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก 2.3 มารดาหลังคลอดมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก 2.4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า 2.4.1 ร้อยละ 100 ของทารกแรกเกิดแรกได้รับการประเมินตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2.4.2 ร้อยละ 0 การเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก 2.4.3 ร้อยละ 73.33 ของการส่งต่อข้อมูลครอบคลุมตามมาตรฐาน และ 2.4.4 ร้อยละ 49.26 ของการส่งต่อข้อมูลครอบคลุมตามหลัก STABLE ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบและยืนยันว่ารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประโยชน์ สามารถป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดได้

คำสำคัญ: รูปแบบ, การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ระยะแรกของทารกแรกเกิด

Abstract

The research and development study aimed to 1) develop and 2) study the effectiveness of the surveillance care model to detect the early-onset sepsis in newborns of Prachuap Khiri Khan Hospital. The research procedure consisted of five phases including 1) situation analysis, 2) developing the model, 3) to implement the model 4) evaluating the effectiveness of the model and 5) improving and guarantee the model by newborn care connoisseurs. The method to collect data used in this study were a literature reviewing, a group discussion, an in-depth interview, questionnaires, and behavioral observation. The data were analyzed and described using frequency, mean, standard deviation, and content analysis.

The results of the study showed that 1) the surveillance care model to detect the early-onset sepsis in newborns of Prachuap Khiri Khan Hospital has four parts including 1.1 Guideline of surveillance the early-onset sepsis in newborns, 1.2 Data communication using SBAR techniques,

1.3 Newborn care and transferring using STABLE concept, and 1.4 Nursing practice supervision follow the surveillance care model to detect the early-onset sepsis in newborns of Prachuap Khiri Khan Hospital. The result of model implementation which evaluated the effectiveness of using in part of nursing practicing and satisfaction, families' satisfaction, and nursing result. The result revealed that the knowledge of the nurses after attending workshop and using the model was higher than prior to using it, which was statistically significant 0.5 and had high level of using satisfaction. In the part of family of newborns found that, the postpartum mothers satisfied in high level. In the part of nursing results found that 100% of newborns was assessed by using the surveillance care model to detect the early-onset sepsis in newborns of Prachuap Khiri Khan Hospital. In relation this, there was 0% of newborns in Prachuap Khiri Khan Hospital dead from early-onset sepsis. There was 73.33% of data communication using SBAR techniques correctly, and there was 49.26% of using newborn care and transferring with STABLE concept correctly. Overall, experts were satisfied with the model, which was at a higher level, allowing nurses and healthcare team to use the model to improve nursing care of preventing early-onset sepsis in newborns.

Keywords: surveillance care model, early-onset sepsis, newborns

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2559 พบว่ามีอัตราการตายของทารกแรกเกิด 18.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 1 ใน 4 สาเหตุหลักของการเสียชีวิต ซึ่งการติดเชื้อในทารกแรกเกิดนั้น มีสาเหตุการเกิดได้ทั้งจากการติดเชื้อและทารกแรกเกิดเอง และทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อมักมีอาการแสดงน้อยหรืออาจจะไม่มีอาการแสดงออกมาให้เห็นไปจนถึงขั้นที่มีอาการรุนแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้

จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ปี 2560 พบอัตราการตายของทารกแรกเกิดเท่ากับ 3.52 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็น 1 ใน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยการรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นต้องอาศัยความรวดเร็วในการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรกเริ่มก่อนคลอดเพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อให้มีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีและมีภาวะแทรกซ้อนลดลง ลดอัตราการเสียชีวิต ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดนั้นมีปัจจัยเสี่ยง 2 ด้านคือ ด้านมารดา และด้านทารกแรกเกิด ปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ได้แก่ มารดามีไข้ก่อนคลอดมากกว่า 38 องศาเซลเซียส มีน้ำเดินก่อนคลอดมากกว่า 18 ชั่วโมง

ก่อนคลอด⁽¹⁾ มารดามีการติดเชื้อ group B streptococcus (GBS)⁽²⁾ มารดามีการติดเชื้อด้วยโรคติดเชื้อขณะตั้งครรภ์และก่อนคลอด เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงด้านทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกแรกเกิด Birth Asphyxia น้ำหนักตัวน้อย อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์⁽³⁾ เป็นต้น ทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อในระยะแรกมักมีอาการแสดงให้เห็นได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดไปจนถึง 72 ชั่วโมงหลังคลอด อาการแสดงที่พบบ่อยได้แก่ หายใจเร็ว ระดับออกซิเจนต่ำ ซึมลง มี Retraction⁽²⁾ รับนมไม่ได้⁽⁴⁾ พยาบาลเป็นหนึ่งในผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดในช่วงแรกของชีวิตเนื่องจากเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดอย่างใกล้ชิดจึงมีบทบาทโดยตรงในการประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยง อาการและอาการแสดงตั้งแต่ระยะเริ่มแรกในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว⁽⁵⁾

จากข้อมูลหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ปีพ.ศ.2559-2561 พบว่าอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกในทารกแรกเกิดคิดเป็นร้อยละ 0.38 1.17 และ 3.62 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่ามีความเสี่ยงของปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา คือ มารดามีไข้และน้ำเดินก่อนคลอด มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมารดามีการติดเชื้อด้วยโรคติดเชื้อก่อนคลอด ปัจจัยเสี่ยงด้านทารกแรกเกิด คือ ทารกแรก

เกิดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ น้ำหนักตัวน้อย และทารกแรกเกิดที่คลอดที่บ้าน อีกทั้งพบว่ามีมารดาส่วนหนึ่งที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาแต่ทารกแรกเกิดมีอาการแสดงการมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด อาการแสดงที่พบ คือ หายใจเร็ว ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ สารออกนม มีไข้และมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำตามลำดับ จากการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก เฉลี่ย 20,788 บาทต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าทารกแรกเกิดปกติถึง 13.7 เท่า และวันนอนเฉลี่ย 9.15 วันต่อคน ซึ่งมากกว่าทารกแรกเกิดปกติ 3.9 เท่า และในปี พ.ศ. 2561 พบทารกแรกเกิดเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงขณะรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย 1 ราย เมื่อทบทวนกรณีศึกษาและแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดหลังคลอด พบว่ายังขาดการประเมินประวัติเสี่ยงของมารดาและทารกแรกเกิดตั้งแต่ก่อนคลอด และขาดการส่งต่อข้อมูลด้านความเสี่ยงของมารดาและทารกแรกเกิดในการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกระหว่างหน่วยงาน อีกทั้งยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลของหน่วยงาน ผู้วิจัยจึงได้ใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ใช้หลัก SBAR ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ เนื่องจากมีโครงสร้างชัดเจน สามารถนำมาใช้กำหนดกรอบการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กระชับครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นและสื่อสารในรูปแบบเดียวกัน ทำให้ทารกแรกเกิดปลอดภัยโดยเน้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วย ซึ่งเทคนิคการสื่อสารแบบ SBAR มี 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) S(Situation) เป็นการระบุสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสั้นๆ 2) B(Background) คือข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ 3) A(Assessment) หมายถึงการประเมินสถานการณ์ และ 4) R(Recommendation) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานการณ์⁽⁶⁾ การนำเทคนิคนี้มาใช้จะทำให้ลดปัญหาการสื่อสารภายในของทีมสุขภาพได้ รวมทั้งได้นำแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของ

ทารกแรกเกิดมาใช้ร่วมด้วย เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

ดังนั้นหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมจึงได้พัฒนารูปแบบแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด(Early Neonatal Sepsis) โดยมุ่งเน้นการค้นหาค่าความเสี่ยงในการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของมารดาและทารกแรกเกิด และมีรูปแบบแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกขณะทารกแรกเกิดรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย เพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการประเมินความเสี่ยงและวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกได้รวดเร็ว และได้การรักษาตามมาตรฐานแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่แรกเกิดจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล ลดการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ทารกแรกเกิดสุขภาพดี และสามารถจำหน่ายกลับบ้านพร้อมมารดาได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ 10 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ (Situation Analysis) การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มี

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลประจำศิริราช สติภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิด ปัญหาและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Persons) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 31 คน เก็บรวบรวมโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกปฏิบัติการความเสี่ยงและบันทึกปัญหาปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสถานการณ์การรับส่งเวรทารกแรกเกิด และการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงาน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเวรและการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงาน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม(Focus Group) และแบบบันทึกข้อมูลสถานการณ์การรับส่งเวรระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งศึกษาแนวทางการส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR และศึกษาการส่งต่อทารกแรกเกิดตามหลักการ STABLE

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต เรื่องการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และการปฏิบัติตามหลัก CPG Neonatal Sepsis กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 31 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้

เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และการปฏิบัติตามหลัก CPG Neonatal Sepsis

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ

ในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด จากผลการศึกษา ระยะที่ 1 ร่วมกับทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) กลุ่มตัวอย่างเป็นเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) การปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดยังไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ จึงได้ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis (2) การพยาบาลมีปัญหาด้านการทำงานส่งต่อข้อมูลทารกแรกเกิดระหว่างการรับส่งเวร และการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานไม่ครอบคลุมตามหลัก STABLE

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ ใน กระแส เลือด ระยะ แรก ของ ทาร กแรกเกิด ประกอบด้วย 1) แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดและการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis 2) การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และ 4) การนิเทศทางการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด มีการประเมินรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ สูติแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญการด้านการดูแลทารกแรก

เกิด เพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) จากนั้นทำการปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด จากผลการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 จึงได้นำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดไปทดลองใช้ และนำผลที่ได้ไปปรับใช้ โดยดำเนินการ 2 วงรอบ มีขั้นตอนการออกแบบและพัฒนา 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 นำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 31 คน ทดลองที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยให้ปฏิบัติตามรูปแบบคือ 1) แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดและการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis 2) การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE ดำเนินการเป็นเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยได้นิเทศทางการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 7 ทบทวนสรุปปัญหาจากการทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพที่ทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม(Focus Group) ในประเด็น 1) การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis 2) ปัญหาการส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE 4) ผลการนิเทศทางการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด 5) การปรับปรุง

รูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 8 การจัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ที่พัฒนาขึ้นใหม่ ประกอบด้วย 1) แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด 2) การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และ 4) การนิเทศทางการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ระยะที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 9 การทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ครั้งที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 31 คน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด คือ 1) การประเมินความรู้ของพยาบาล โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด 2) ประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการมารดาหลังคลอด 3) ประเมินความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และ 4) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ระยะที่ 5 การรับรองรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 10 ดำเนินการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ในประเด็นรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดโดยผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด แก่ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด อาจารย์ด้านการศึกษาพยาบาล พยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) สาขากุมารเวชกรรม จำนวน 7 คน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณารูปแบบ และรับรองผลของรูปแบบการพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดใน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด หรือไม่ อย่างไร 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ได้เพียงใด 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์ในการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด อย่างไร

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ (Situation Analysis) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และปัญหาที่พบในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลขาดการประเมินและบันทึกความเสี่ยง และอาการแสดงการติดเชื้อในร่างกายของทารกแรกเกิดทำให้เกิดการ Delayed Detect ของภาวะติดเชื้อของทารกแรกเกิดได้ พยาบาลบางรายยังประเมินอาการแสดงการติดเชื้อของทารกแรกเกิดได้ไม่ครอบคลุม และจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่า การบันทึกเรื่องการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดไม่ครอบคลุมทุกรายขาดข้อมูลด้านความเสี่ยงของมารดาและทารกแรกเกิดในการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกระหว่างหน่วยงาน และขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการประเมินและเฝ้าระวัง

การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสถานการณ์การรับส่งเวรทารกแรกเกิด และการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงาน เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเวรและการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงาน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ มีการส่งเวรข้อมูลของทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานยังไม่ครบครอบคลุมข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด เช่น ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการประวัติการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด การรักษา ที่ได้รับประวัติน้ำเดินของมารดา และการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE ไม่ครอบคลุม

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาระดับความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติ – นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ มีค่าเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และการปฏิบัติตามหลัก CPG Neonatal Sepsis อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 7.38 , SD = 2.79)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) กลุ่มตัวอย่างเป็นเอกสารวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า (1) การปฏิบัติการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดยังไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้จึงได้ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และการปฏิบัติตาม CPG

Neonatal Sepsis (2) การพยาบาลมีปัญหาด้านการทำงานส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงต่อกันในระหว่างการเปลี่ยนผ่านการดูแล (Transitional care) ทารกแรกเกิดระหว่างการรับส่งเวร ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้หลัก SBAR ในการส่งเวรทารกแรกเกิด (S: Situation, B: Background, A: Assessment, R: Recommendation) ขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้ใช้เทคนิคนี้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ เนื่องจากมีโครงสร้างชัดเจน สามารถนำมาใช้กำหนดกรอบการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่กระชับรวบรัดครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นและสื่อสารในรูปแบบเดียวกัน⁽⁷⁾ และการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE เป็นกิจกรรมที่สามารถลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารกได้⁽⁸⁾

ขั้นตอนที่ 5 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด จากข้อมูลพบว่า พยาบาลยังขาดความรู้การประเมินปัจจัยเบื้องต้นอาการแสดงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด รวมทั้งแนวปฏิบัติเรื่องส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและให้ยาตามแผนการรักษาไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis ดังนั้นจึงจัดให้ความรู้วิชาการเพื่อให้ความรู้พยาบาลในห้องคลอด หอผู้ป่วย สูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษห้องคลอด หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จากนั้นกำหนดโครงสร้างองค์ประกอบของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 1) แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดและการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis 2) การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE และ 4) การนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด มีการประเมินรูปแบบดังกล่าวจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

กุมารแพทย์ สูติแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญการด้านการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับดีขึ้นไป และมีการแก้ไขบางประเด็น ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 6 นำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 31 คน ทดลองที่ปฏิบัติงานห้องคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยให้ปฏิบัติตามรูปแบบคือ 1) แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดและการปฏิบัติตาม CPG Neonatal Sepsis 2) การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE ดำเนินการเป็นเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นผู้วิจัยได้นิเทศทางพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ขั้นตอนที่ 7 ทบทวนสรุปปัญหาจากการทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่า พยาบาลวิชาชีพบางคน ยังประเมิน Clinical Risk ไม่ครอบคลุม เมื่อทารกแรกเกิดมีอาการแสดงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลตามหลักเกณฑ์ของ CPG Neonatal Sepsis บางคนส่งเวรไม่ครอบคลุมข้อมูลสำคัญของทารกแรกเกิด และพยาบาลแต่ละคนส่งเวรแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตามหลัก STABLE ในการย้ายทารกแรกเกิดไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 8 จัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ที่พัฒนาขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล จากการประเมิน

สถานการณ์อุบัติการณ์ความเสี่ยงได้ร่วมประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อทบทวน พบว่า มีแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะแรกของทารกแรกเกิดแต่ยังไม่ครอบคลุมการปฏิบัติการพยาบาล จึงได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกจนถึง 72 ชม. หลังคลอด ซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก การส่งต่อข้อมูลทารกแรกเกิดโดยใช้ SBAR และการดูแลทารกแรกเกิดตามหลัก STABLE และมีการนิเทศทางการพยาบาลโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย

8.1 แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

8.2 การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR

8.3 การส่งต่อดูแลทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE

8.4 แผนการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ระยะที่ 4 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 9 การทดลองใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ครั้งที่ 2 โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 31 คน จากนั้นประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด โดยการประเมินความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด การประเมินความพึงพอใจของ

มารดาหลังคลอด การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ดังนี้

9.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9.2 ระดับความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นมารดาที่ได้รับการดูแลแบบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่ามารดาหลังคลอดมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ ท่านได้รับการที่ดีจากพยาบาล(Mean = 4.42, SD=0.59) รองลงมาคือ ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลและได้รับช่วยเหลือทันที (Mean=4.34, SD=0.63)

9.3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลที่มีต่อรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่า พยาบาลมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ แนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกนี้เป็นขั้นตอน ชัดเจน เข้าใจง่ายและการส่งข้อมูลโดยใช้หลัก SBAR ทำให้ได้รับข้อมูลครอบคลุมครบถ้วน(Mean=3.87, SD=0.56) รองลงมา คือ การดูแลทารกแรกเกิดตามหลัก STABLE ช่วยให้ผู้ส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานได้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน(Mean=3.84, SD=0.73)

9.4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า

9.4.1 อัตราทารกแรกเกิดที่ได้รับการประเมินตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในระยะแรกเกิด พบว่า การค้นหาทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยงหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อสูงกว่ารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบเดิม (Mean=1.47, SD = 0.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการติดตามประเมินอาการทางคลินิกของภาวะติดเชื้อหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นใหม่สูงกว่ารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบเดิม (Mean=5.25, SD = 1.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านการดูแลทารกแรกเกิดที่มีอาการทางคลินิกของภาวะติดเชื้อหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นใหม่ไม่แตกต่างกันกับรูปแบบการดูแลทารกแรก

เกิดแบบเดิม (Mean=10.51, SD = 2.91) ด้านการวางแผนจำหน่ายหลังการให้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นใหม่สูงกว่ารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบเดิม (Mean=10.48, SD = 0.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภาพรวมหลังการให้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นใหม่สูงกว่ารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบเดิม (Mean=17.68, SD = 2.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

9.4.2 อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก พบว่า ไม่มีการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก

9.4.3 ผลของรูปแบบการส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR พบว่า ร้อยละ 73.33 ของการส่งต่อข้อมูลครอบคลุมตามมาตรฐาน ผลของการส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR ในด้านถูกต้องและครบถ้วน รายองค์ประกอบมีองค์ประกอบ Situation อยู่ในระดับสูงเท่ากับการส่งเวรในแนวทางเดิม องค์ประกอบ Background และ Assessment อยู่ในระดับสูงมากกว่าการส่งเวรในแนวทางเดิม และองค์ประกอบ Recommendation อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับการส่งเวรในแนวทางเดิม

9.4.4 ทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลและเตรียมส่งต่อทารกแรกเกิดตามหลัก STABLE พบว่า ร้อยละ 49.26 ของทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลและเตรียมส่งต่อทารกแรกเกิดตามหลัก STABLE ซึ่งการส่งทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE ในด้านถูกต้องและครบถ้วน รายองค์ประกอบ มีองค์ประกอบ Sugar and Safe Care มีการตรวจและช่วยเหลือเบื้องต้น องค์ประกอบ Temperature องค์ประกอบ Airway และองค์ประกอบ Emotional Support อยู่ในระดับสูงกว่าในแนวทางเดิม และพบว่าองค์ประกอบ Blood Pressure และ Lab Work อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับการดูแลและเตรียมส่งต่อตามหลัก STABLE ในแนวทางเดิม

ระยะที่ 5 รับรองรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

ดำเนินขั้นตอนที่ 10 ดำเนินการสัมมนาอ้างอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ประเด็นรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่า ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด และรับรองผลของรูปแบบการพัฒนาการเฝ้าระวังการติดเชื้อระยะแรกของทารกแรกเกิดว่ามีความสอดคล้องกับแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประโยชน์ในการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

สรุปและอภิปรายผล ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 1) แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด 2) การส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR 3) การส่งต่อทารกแรกเกิดตามหลัก STABLE 4) แผนการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด

จากการศึกษาสถานการณ์ของการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทารกแรกเกิด เกิดจากการขาดทักษะความรู้ในการประเมินทารกแรกเกิด การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพไม่ครอบคลุม จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดอย่างเป็นระบบที่เกิดจาก 1) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิด 2) พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สัมพันธ์กับปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล 3) มีการทดลองใช้ 4) มีการปรับปรุง และ 5) มีการรับรองผลจากผู้เชี่ยวชาญ จึงได้รูปแบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ที่นำแนวทางการดูแล 3 แนวทางมาใช้ ได้แก่ (1)แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด (2)การส่งเวรทารก

แรกเกิดตามหลัก SBAR และ (3) การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE ทำให้ครอบคลุมการดูแลทารกเกิดที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน โดยการนำแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดมาใช้ในการประเมินเพื่อให้ทารกแรกเกิดได้รับการเฝ้าระวังและได้รับการ Early Detect ลดความรุนแรงของโรคและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิด สำหรับการส่งเวรทารกแรกเกิดด้วยหลัก SBAR จะเป็นกรอบการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้เนื่องจากหลัก SBAR เป็นเทคนิคการสื่อสารทางสุขภาพที่มีกรอบโครงสร้างการสนทนาที่ชัดเจน 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) S: Situation เป็นการระบุสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสั้นๆ 2) B: Background คือข้อมูลภูมิหลังเกี่ยวกับสถานการณ์ 3) A: Assessment เป็นการประเมินสถานการณ์ และ 4) R: Recommendation เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานการณ์⁽⁷⁾ กรอบการสนทนาดังกล่าวจะช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพได้ข้อมูลที่กระชับครอบคลุมสิ่งที่จำเป็น เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก มีการศึกษาพบว่า การสื่อสารด้วยหลัก SBAR ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะในหมู่วิชาชีพพยาบาล เพราะรูปแบบของ SBAR ช่วยให้ข้อมูลกระชับ มีการจัดระเบียบและครอบคลุมสามารถนำข้อมูล ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการส่งมอบการดูแลรักษาผู้ป่วยหรือผู้มีความเสี่ยงเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น⁽⁹⁾ สำหรับการส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานด้วยหลัก STABLE ได้แก่ การรักษาระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอุณหภูมิกาย การดูแลทางเดินหายใจ ความดันโลหิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะนำมาใช้เป็นการกรอบในการส่งต่อทารกระหว่างหน่วยงานเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นระหว่างการส่งต่อทารกพยาบาลมีการดูแลทิศทางเดียวกัน เพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยการดูแลทารกแรกเกิด

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่า (1) คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ แนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกนี้เป็นขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่ายและการส่งข้อมูลโดยใช้หลัก SBAR ทำให้ได้รับข้อมูลครอบคลุมครบถ้วน (2) ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือ ได้รับบริการที่ดีจากพยาบาล ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างนุ่มนวลและได้รับช่วยเหลือทันที (3) พยาบาลที่ใช้รูปแบบฯ มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด เนื่องจากแนวทางการเฝ้าระวังติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะแรกของทารกแรกเกิดมีขั้นตอน ชัดเจน เข้าใจง่าย และการส่งข้อมูลโดยใช้หลัก SBAR ทำให้ได้รับข้อมูลครอบคลุมครบถ้วน การส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานตามหลัก STABLE ช่วยให้ส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงานได้อย่างปลอดภัยตามมาตรฐาน (4) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าการค้นหาทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยง การติดตามประเมินอาการทางคลินิกของภาวะติดเชื้อและการวางแผนจำหน่ายหลังการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อที่พัฒนาขึ้นใหม่สูงกว่ารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดแบบเดิม ไม่พบอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก ผลของรูปแบบการส่งเวรทารกแรกเกิดตามหลัก SBAR ครอบคลุมตามมาตรฐาน และพบว่า ร้อยละ 49.26 ของทารกแรกเกิดที่ได้รับการดูแลและเตรียมส่งต่อทารกแรกเกิดตามหลัก STABLE

จากประสิทธิภาพของรูปแบบแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด อธิบายได้จากเหตุผล 3 ประการ ได้แก่ 1) นำหลักการดูแลทารกตามหลัก STABLE มาให้ความรู้ในเรื่องการประเมินปัจจัยและอาการแสดงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด ในช่วง 72 ชม.แรก ทำให้พยาบาลมีทักษะการประเมินทารกได้เร็วขึ้น 2) มีการสื่อสารระหว่างพยาบาล

และการรายงานแพทย์แก่แพทย์ ตามเทคนิคการสื่อสารทางสุขภาพ (SBAR) ทำให้พยาบาลมีกรอบโครงการสร้างการสนทนาที่ชัดเจนมาใช้ และ 3) มีการให้ความรู้และมีการนิเทศจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทำให้พยาบาลเกิดความรู้และความมั่นใจในการสื่อสาร เหตุผลดังกล่าวทำให้พยาบาลสามารถสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาของทารกที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดกับทีมสุขภาพได้ครอบคลุมเป็นระบบมากขึ้น เกิดความเข้าใจในการดูแลทารกในทิศทางเดียวกัน ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือทันที่ส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อลดลง พยาบาลที่เป็นผู้ดูแลทารกแรกเกิดจึงเป็นส่วนสำคัญในการให้การประเมินความเสี่ยงและอาการแสดงจึงมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลตามมา สอดคล้องกับการศึกษา ของ วราภรณ์ แสงทวีสิน ⁽¹⁰⁾ พบว่า การดูแลระหว่างการส่งต่อเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญ มากทารกแรกเกิดที่มีการ ดูแลที่ดีและเหมาะสม จะทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้าย หรือเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งจะต้องมีการดูแลต่อช่วยหายใจและระบบทางเดินหายใจการดูแลสารละลายที่ให้ทางหลอดเลือดดำ และการควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของญานิภา เศรษฐโชติศักดิ์ และคณะ ⁽¹¹⁾ พบว่า การดูแลทารกแรกเกิดตลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตาโดยใช้ตามหลัก STABLE ทำให้อัตราการรอดชีวิตของทารกแรกเกิดที่ส่งต่อสูงขึ้น การศึกษาของกุสุมา มณีนพ ปรีชา จันทรโมคาและวรัญญา กริธุม ⁽¹²⁾ ที่ใช้เทคนิค SBAR ในการพัฒนารูปแบบการรับส่งเวรพบว่า รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพครอบคลุมปัญหาผู้ป่วยมากขึ้น การสื่อสารมีทิศทางเดียวกัน ข้อมูลที่ใช้ในการสื่อสารมีความกระชับ ลดระยะเวลาการรับส่งเวรแต่คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ผลทำให้เพิ่มคุณภาพการพยาบาล ช่วยลดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ การศึกษาของครุณี วินัยพานิช พานิช วิรัชชกุลและ จินดา ผุดผ่อง ⁽¹³⁾ ที่นำการสื่อสาร SBAR และการเฝ้าระวังการรายงานโดยใช้ Warning Signs มาใช้พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยมีการจัดสอนให้

ความรู้ และกำหนดแนวปฏิบัติ มีการนิเทศติดตามงานเป็นระยะ ทำให้ในภาพรวมการปฏิบัติการพยาบาล เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และการศึกษาของ เคนซีย์ โพธิ์กลิ่น ⁽¹⁴⁾ พบว่า ของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครทำให้มีการส่งเวรความถูกต้องและความครบถ้วนอยู่ในระดับสูงก่อนการส่งเวรแบบเดิม

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางาน

จากการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิด พบว่าทารกแรกเกิดที่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลทารกแรกเกิดได้มีรูปแบบในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกเกิดที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ทารกแรกเกิดที่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกตั้งแต่แรกคลอดจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาล และทารกแรกเกิดที่มีอาการทางคลินิกของภาวะติดเชื้อไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดของโรงพยาบาล มีรูปแบบการส่งเวรที่ครอบคลุมข้อมูลสำคัญของทารกแรกเกิดและมีแนวทางการดูแลส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างหน่วยงาน ดังนั้นรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกของทารกแรกเกิดนี้สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรกในทารกแรกเกิดที่เข้ารับบริการในหน่วยงานได้ เพื่อให้ทารกแรกเกิดปลอดภัยและได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจากผลการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า พยาบาลยังขาดทักษะในการประเมินอาการแสดงของทารกแรกเกิด ดังนั้นควรจัดประชุมวิชาการ

เชิงปฏิบัติการร่วมกับมีการนิเทศอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญ

2. จากสถิติการติดเชื้อในทารกแรกเกิดของ
โรงพยาบาล พบว่า ยังมีทารกแรกเกิดร้อยละ 40 ที่มีการติด
เชื้อระยะหลัง ซึ่งมีอัตราเสียชีวิตสูงหากประเมินไม่ถูกต้อง
และล่าช้า ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ
ในกระแสเลือดในระยะหลังของทารกแรกเกิดร่วมด้วย
เพื่อให้ครอบคลุมในการดูแลภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด

3. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเริ่มต้นในการพัฒนา
รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก
สำหรับทารกแรกเกิดควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มาก
ขึ้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้
รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และ
คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยที่มอบโอกาสในการพัฒนา
งานประจำไปสู่งานวิจัย การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี
ด้วยความช่วยเหลือของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้า
หอผู้ป่วยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่เห็นถึง
ความสำคัญและโอกาสในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล
ในการดูแลทารกแรกเกิดให้เป็นไปตามมาตรฐานการ
พยาบาลและตอบสนองต่อนโยบาย 2P Safety ของ
โรงพยาบาลและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องที่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางานวิจัยให้เกิดผล
สำเร็จในครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีัญญา ศรีจันทร์ทองศิริ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดของทารกแรกเกิดใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 45(3): 256-271, 2558.
2. จิตรลดา คำจริง และวิวิทย์ ปิยะมงคล. การป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสกรุ๊ปบีในทารกแรกเกิด. [สืบค้นเมื่อ 6
ส.ค. 2560]. แหล่งที่มา
http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=1203:2016-03-10-04-00-34&catid=45:topic-review&Itemid=561, 2559.
3. CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR
1996;45(No. RR-7).
4. ศิริสุตา อัญญะ โพธิ์. การติดเชื้อทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลอ่างทอง. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4. 17(3):
174-182, 2558.
5. ประรณนา จานเชื่อง และ จุฬารักษ์ ตั้งภักดี. การประเมินเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังความก้าวหน้าของภาวะติดเชื้อ 5 ระยะ
ในผู้ป่วยเด็ก. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 986-998ม 2560.
6. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. Patient Safety Goals: SIMPLE กรุงเทพฯ มหานครฯ: สถาบันพัฒนาและ
รับรองคุณภาพ โรงพยาบาล. [สืบค้นเมื่อ 6 ส.ค. 2560]. แหล่งที่มา <https://www.ha.or.th/Backend/fileupload.>, 2551.
7. อัมภา ศรารักษ์. การสื่อสารในงานบริการพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 41(2): 1-5, 2557.
8. Melanie Mears and Shelley Chalmers. Neonatal pre-transport stabilisation – caring for infants the STABLE way.
[สืบค้นเมื่อ 6 ส.ค. 2561]. แหล่งที่มา https://www.stableprogram.org/pdf/Mears_and_Chalmers_2005_Neonatal_pretransport_stabilisation_caring_for_infants_the_STABLE_way.pdf. 2018

9. รัชณี ศิริวัฒน์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการสื่อสารทางการพยาบาลแบบไร้รอยต่อโดยใช้เทคนิค SBAR ในระยะการเปลี่ยนผ่านการดูแล งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1): 60- 69, 2562.
10. วราภรณ์ แสงทวีสิน. การเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิดในเวชศาสตร์ ประการณัด. รายงานการวิจัย. 2550.
11. ญาณิกา เชษฐโชติศักดิ์ และคณะ. ผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลความรู้และการปฏิบัติของมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีความผิดปกติที่จอตา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(2): 155 – 162, 2556.
12. กุสุมา มณีนพ ปรีชา จันทร์โมคา และวรัญญา การิษฐม. การพัฒนารูปแบบการรับ- ส่งเวรด้วยเทคนิคการสื่อสาร SBAR. [สืบค้นเมื่อ 6 ส.ค. 2560]. แหล่งที่มา
www.skko.moph.go.th/dward/document_file/.../20121107093519_660200276.doc
13. ครุณี วินัยพานิช พานิช วิรัชชกุล และ จินดา ผุดผ่อง. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารกองการพยาบาล. 43(2): 101-126, 2559.
14. เค้นชัย โพธิ์กลิ่น. ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุง, 14(1): 9-24, 2561.

ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน
ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง ปี 2561

Factors affecting behavioral and psychosocial outcomes of diabetic patients who participated in the
development of Diabetes Care Model, Lampang 2018

สมพร กิจสุวรรณรัตน์¹, ถาวร ล่อกา², ณัฐฐกรณ์ ปัญจันท์³

Somporn Kitsuwannaratana¹, Thaworn Lorga², Nutthaporn Panchakhan³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง ประชากรคือ บุคลากรสุขภาพ จำนวน 57 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 548 คน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ด้วยแบบโครงสร้างเพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS AMOS 21

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน ลักษณะของบุคลากรสุขภาพ และกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง และพบว่าทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน ผลการศึกษาความเป็นไปได้ พบว่าการให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควรพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะ มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจและพยายามหาวิธีการที่ก่อภาระให้ผู้ป่วยน้อยที่สุด และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวาน ในการเข้ารับบริการจัดการตนเอง โดยคำนึงถึงความตั้งใจ ความมั่นใจของผู้ป่วย และประเมินตามความต้องการของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

This is the research and development by collecting qualitative and quantitative data. The objective is to study the factors affecting behavioral and psychosocial outcomes of diabetic patients who participated in the development of Diabetes Care Model in Lampang province. Studied population was the 57 health personnel and 548 uncontrolled diabetic patients. Data collection tools was semi-structured interview. Collect quantitative data used the questionnaire. Data analysis were performed by descriptive statistics, percentage, average, standard deviation and structural model analysis to test the hypothesis of the relationship between variables with the statistical program IBM SPSS AMOS 21.

The result showed that the factors affecting behavioral and psychosocial outcomes of diabetic patients consists of 3 components that was the characteristics of diabetes patient, characteristics of health personnel and self-management supporting activities. Finding that all components was related. The feasibility study found that the good healthy diabetic patients should develop health personnel to be competent, sympathy, understand and try to find methods that create the least burden for the patient. Last is to determine criteria for selecting diabetic patients in getting self – management service by consideration of the intention, the confidence and the need of patients.

Keywords : Behavioral and Psychosocial results , diabetic patient

¹ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

บทนำ

โรคเบาหวานถือเป็นโรคที่มีความสำคัญและซับซ้อน ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานแล้วถึง 4.8 ล้านคน และอัตราการตายจากโรคเบาหวาน พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2559 พบอัตราการตายโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 22.3 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาอัตราการตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปีจากโรคเบาหวานเพิ่มเป็น 20.6 ต่อแสนประชากร⁽¹⁾ และปี 2560 พบอัตราการตาย 21.96 ต่อแสนประชากร ส่วนจังหวัดลำปางปี 2560 พบอัตราการตาย 180.54 ต่อแสนประชากร ความชุกต่อการเกิดโรครายใหม่ 5,604.86 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยรายใหม่ 301.86 ต่อแสนประชากร⁽²⁾ WHO รายงานว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ไม่ได้รับการควบคุม จะทำลายระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท และระบบหลอดเลือด⁽³⁾ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ สอดคล้องกับ Centers for Disease Control and Prevention⁽⁴⁾ ที่กล่าวว่าคนที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ และลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เกาะในเม็ดเลือด (HbA1c) ทุก 1% จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ถึง 40% ซึ่งความสำคัญอยู่ที่การจัดการในการดูแลตนเอง และมีกลยุทธ์ 3 อย่างที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ 1) การรับประทานอาหารที่แคลอรีต่ำ 2) การเพิ่มการออกกำลังกาย และ 3) การใช้เทคนิคในการลดความเครียด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลายคนทำแล้วประสบความสำเร็จ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานและการใช้อินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ⁽⁵⁾ โดยปัจจัยทั้งจากผู้ป่วยหรือจากระบบบริการสุขภาพ ที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยบางรายไม่สามารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ อีกทั้งยังมีปัจจัยทางด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเรียกว่า แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม เมื่อบุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วยก็จะปฏิบัติตนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ หลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่งจูงใจสู่การปฏิบัติ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ การเรียกร้องและความชอบอย่างอื่นที่เกิดขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ รวมถึงเป็น การเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการ ดูแลปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง อย่างเหมาะสมและยั่งยืน⁽⁶⁾ และปัจจัยด้านระบบสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยบางรายเข้าไม่ถึงบริการและไม่ได้รับการ สนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ⁽⁷⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองและอบรมทดลองใช้คู่มือ การนำคู่มือไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ด้านผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ความตั้งใจเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และด้านยา 2) ความมั่นใจเพื่อความคุมโรคเบาหวาน ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และด้านยา 3) ระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย 4) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนด้านบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยบุคลากรสุขภาพ 2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรสาธารณสุข ภายหลังการเข้าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาคุณภาพการบริการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร

สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ
ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและ
จิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนา
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำปาง

วิธีการวิจัย

1. การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Exploratory Factor
Analysis) เพื่อหาตัวบ่งชี้ขององค์ประกอบ ที่มีผลกระทบ
ต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน
จังหวัดลำปาง

2. การค้นหารูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบ
สมการโครงสร้าง (Structural equation model) ของการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ภายหลังจากนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย
เบาหวาน จังหวัดลำปางและคู่มือไปทดลองใช้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) พยาบาล
วิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 57 คน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ที่มีระดับน้ำตาล (FBS>155 mg) จำนวน 548 คน ที่เข้าร่วม
โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัด
ลำปาง

โดยกำหนดเกณฑ์ในการเลือกแบบเจาะจง คือ 1)
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการ
ตนเองอย่างต่อเนื่อง และยินยอมให้ติดตามระดับน้ำตาล
เฉลี่ยสะสม 6 เดือน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการ
สนับสนุนการจัดการตนเองจากบุคลากรสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบสอบถามระดับการปฏิบัติ (Questionnaires)
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของ Likert's Rating
Scale⁽⁸⁾ ด้านผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1) ความตั้งใจเพื่อ
ควบคุมโรคเบาหวาน ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้าน
อารมณ์ และด้านยา 2) ความมั่นใจเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน
ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และด้านยา 3)
ระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย 4) สัมพันธภาพระหว่าง
ผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ
ครอบครัว ส่วนด้านบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การ
ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดย
บุคลากรสุขภาพ 2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงของ
บุคลากรสาธารณสุข ภายหลังจากเข้าโปรแกรมการสนับสนุน
การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาตรวจความถูกต้อง
ความสมบูรณ์ จากนั้นนำมาจัดทำบันทึกผลและนำมา
วิเคราะห์ผลด้วยสถิติการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์ระดับการ
ปฏิบัติตามเกณฑ์ของเบธ⁽⁹⁾ และการวิเคราะห์ตัวแบบ
โครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ IBM SPSS
AMOS 21⁽¹⁰⁾

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม โครงร่างวิจัยเสนอขอ
การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E
2561/56 ลงวันที่ 2 มกราคม 2561

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์รูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน จังหวัดลำปาง โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
สุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองและอบรม
ทดลองใช้คู่มือ การนำคู่มือไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
กรณีทดสอบ และการประเมินผลการจัดการตนเอง
ตามคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี นครลำปาง ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย
ด้านอารมณ์ และด้านยา ดังนี้

1.1 ลักษณะผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 1)
แผนการจัดการตนเอง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เป้าหมาย
วิธีการปฏิบัติ อุปสรรคที่ขัดขวาง การวางแผนที่จะเอาชนะ
อุปสรรค การติดตามผล ความตั้งใจและความมั่นใจ เพื่อ
ควบคุมโรคเบาหวาน

2) การปฏิบัติตามแผนในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และปัญหาอุปสรรค เป็นแบบบันทึกรายวัน

3) การประเมินระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ด้านอาหารและด้านออกกำลังกาย โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ประกอบด้วย การรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

4) การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เช่น บุคลากรสุขภาพแจ้งให้ทราบถึงการสอบถามข้อมูล และสามารถบอกหรือเล่าเรื่องราวที่ท่านไม่สบายใจให้รับฟังได้ บุคลากรสุขภาพรับฟังเรื่องราวอย่างตั้งใจ บุคลากรสุขภาพไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายและเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกกับบุคลากรสุขภาพว่าท่านไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการควบคุมระดับน้ำตาล

5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จำนวน 7 ข้อ เช่น ครอบครัวช่วยเหลือในการควบคุมอาหารและยา เพื่อการดูแลโรคเบาหวาน ช่วยกระตุ้น/เตือนให้ออกกำลังกาย ครอบครัวให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการดูแลโรคเบาหวาน การให้กำลังใจจากสมาชิกครอบครัว และไม่ตำหนิเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมายหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล

6) การประเมินการจัดการตนเองด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านยา จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การประเมินปัญหาอุปสรรค และการหาวิธีการแก้ไขปัญหา ในด้านอาหาร ออกกำลังกาย ยา และอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน การประเมินปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่ได้รับประทานอาหารตามแผนที่วางไว้ การหาวิธีแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนที่วางไว้ การประเมินความรู้สึกยุ่งยาก/เครียด/วิตกกังวล/เบื่อหน่าย/เป็นภาระ/ท้อแท้ ความรู้สึกท้อแท้/สิ้นหวัง/ขาดแรงจูงใจ/เบื่อหน่าย/

หมดกำลังใจ ในการจัดการตนเอง ความรู้สึกว่าคุณค่าทางด้านสุขภาพไม่ใส่ใจรับฟังต่อสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ความรู้สึกครอบครัว/เพื่อนไม่เข้าใจ/ไม่ให้กำลังใจ/ไม่สนับสนุนในการจัดการตนเอง ความรู้สึกเป็นทุกข์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความรู้สึกว่าล้มเหลวในการปฏิบัติตามแผนการดูแลตนเองเพื่อควบคุมเบาหวาน

1.2 ลักษณะบุคลากรสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ เช่น ความเชื่อว่าผู้ป่วยมีศักยภาพ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ มีเวลาเพียงพอที่จะพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วย เรียนรู้บริบทความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเป็นอย่างดี มีความเป็นกัลยาณมิตรกัน การพยายามหาวิธีการจัดการที่ก่อภาระให้ผู้ป่วยน้อยที่สุด มีการค้นหาวิธีการที่จะให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วย ปรับวิธีการเรียนรู้เพื่อที่จะทำงานให้ดีขึ้น มีความสุขที่จะได้ทำงานกับผู้ป่วยเบาหวาน ชื่นชมกับความสำเร็จของผู้ป่วย และชื่นชมกับความสำเร็จของงานที่ทำ

1.3 การปฏิบัติงานของบุคลากรสุขภาพในการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 4 ด้าน 42 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการให้ข้อมูลและการพัฒนาทักษะให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ด้านกระบวนการ PDCA ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และด้านการจัดบริการ เช่น ชี้แจงและอธิบายสาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จัดให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนพูดคุยปัญหาซึ่งกันและกัน ให้ผู้ป่วยเลือกประเด็นพฤติกรรมที่จะจัดการจัดให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนพูดคุยเกี่ยวกับความสำเร็จของผู้ป่วยแต่ละคน ประชุมร่วมกับญาติ ผู้ดูแล และอาสาสมัครหมู่บ้าน ประสานให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไปรับยาที่สถานบริการใกล้บ้าน สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ แนะนำการจัดการความเครียดให้กับผู้ป่วย ประเมินความตั้งใจความมุ่งมั่นของผู้ป่วยที่จะจัดการตนเอง ประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการจัดการรับ-ส่งผู้ป่วยในการมารับบริการที่สถานบริการ จัดหาวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นให้กับผู้ป่วย ช่วยเหลือในการกำหนดวิธีการเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายของผู้ป่วย และร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและจัดการกับอุปสรรคที่พบ

2. การค้นหารูปแบบทางสถิติ

โดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยนำผลที่ได้จากการทดลองใช้คู่มือวิเคราะห์เพื่อหาตัวแบบสมการโครงสร้าง พบว่า

1. องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย นำเสนอรูปภาพที่ 4 และสมมติฐานการวิจัยประกอบด้วย 5 สมมติฐาน ดังนี้

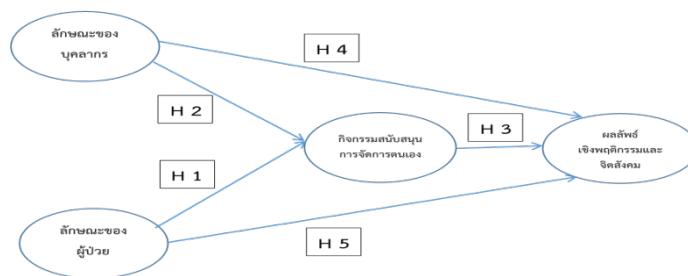
(1) ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานมีผลกระทบทางบวกต่อกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

(2) ลักษณะของบุคลากรสุขภาพมีผลกระทบทางบวกต่อกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

(3) กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีผลกระทบทางบวกต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม

(4) ลักษณะของบุคลากรสุขภาพมีผลกระทบทางบวกต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม

(5) ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานมีผลกระทบทางบวกต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

องค์ประกอบ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)
องค์ประกอบที่ 1: คุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน (Patient Characteristic)	
Intention	0.82
Relation	0.79
Self management	0.76
Distress	0.85
องค์ประกอบที่ 2: คุณลักษณะของบุคลากรสุขภาพ (Health Provider Transformative)	0.61
องค์ประกอบที่ 3: กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMS Model)	
Guidance	0.65
Goal-oriented planning	0.74
องค์ประกอบที่ 4: ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม (Output)	
Condidence	0.81
Family support	0.82
SelfimgtMF	0.75
Problem solving	0.79

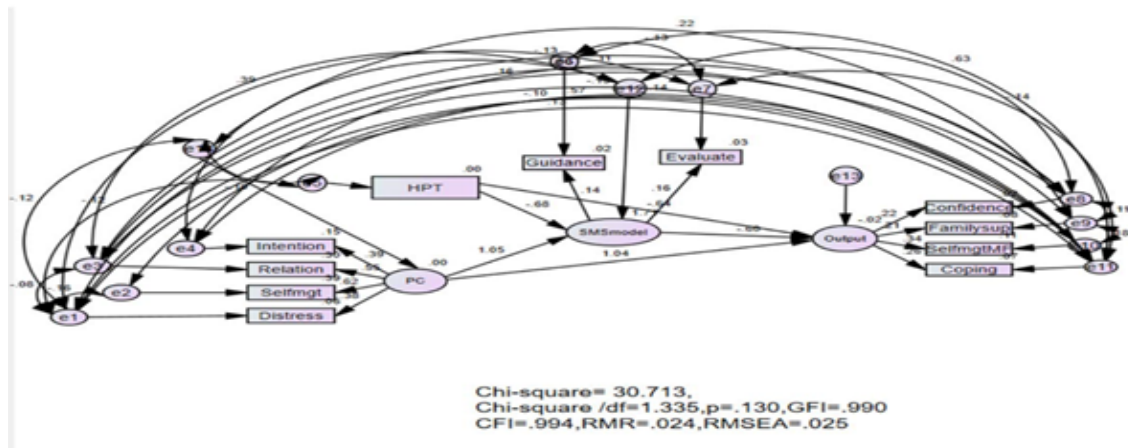
จากตาราง 1 พบว่าผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) สกัด ตัวแปรออกเป็น 4 องค์ประกอบ มีค่าความแปรปรวนของตัวแปร (Eigenvalue) มากกว่า 1 ทุกองค์ประกอบ โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ของตัวแปรสังเกตทุกตัวแปร มีค่ามากกว่า 0.6

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ตัวแปร	ตัวแปรสังเกต	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ	ค่าความผันแปร ที่สกัดได้เฉลี่ย (AVE)	ค่าความเชื่อถือ (CR)
ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน (PC)	Intention	0.78	0.822	0.908
	Relation	0.87		
	Self-management	0.75		
	Distress	0.89		
ลักษณะของบุคลากรสุขภาพ (HPT)		0.40	0.40	0.667
กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMS Model)	Guidance	0.90	0.905	0.847
	Goal-oriented planning	0.91		
ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม (Output)	Condidence	0.76	0.77	0.902
	Familysup	0.83		
	SelfmgmtMF	0.62		
	Problem solving	0.87		

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) จากตาราง 2 พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของลักษณะของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ระหว่าง 0.75-0.89 ลักษณะของบุคลากรสุขภาพ อยู่ที่ค่า 0.4 กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง อยู่ระหว่าง 0.90-0.91 และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม อยู่ระหว่าง

0.62-0.87 นอกจากนี้พบว่าค่าความผันแปรที่สกัดได้เฉลี่ย (AVE) ของแต่ละองค์ประกอบมีค่ามากกว่า 0.4 ค่าความเชื่อถือ (CR) ของแต่ละองค์ประกอบมีค่ามากกว่า 0.5 สรุปได้ว่า ตัวแปรในการศึกษามีความน่าเชื่อถือได้และมีความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (Discriminant validity)⁽¹¹⁾



ภาพ 2 โมเดลสมการ โครงสร้างแบบจำลองเชิงสาเหตุการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มา : ผลการทำโปรแกรม IBM SPSS AMOS 21

จากภาพ 2 ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสถิติแสดงความสอดคล้องของโมเดลระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ไคสแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 30.713 อัตราส่วนของไคสแควร์กับ Degree of Freedom (X²/df) เท่ากับ 1.335 ค่าสถิติทดสอบ p-value เท่ากับ 0.130 ค่าสถิติของวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.990 ค่าสถิติวัดความคลาดเคลื่อนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.994 ค่าสถิติวัดความคลาดเคลื่อนของตัวแบบในรูปของรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนน มาตรฐานวัดระดับความกลมกลืน (RMR) เท่ากับ 0.024 และค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแบบในรูปของรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (RMSEA) เท่ากับ 0.025

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=1.05$, $p<.05$) ลักษณะของบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta =-.68$, $p<.05$) กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta =-.60$, $p<.05$) ลักษณะของบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta =-.64$, $p<.05$) และลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=1.04$, $p<.05$)

จากการค้นหารูปแบบทางสถิติ โดยใช้ตัวแบบสมการโครงสร้าง พบองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานดังนี้

1. ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) ความตั้งใจ(ความตั้งใจด้านยา ความตั้งใจด้านอารมณ์ และความมั่นใจด้านออกกำลังกาย 2) การสนับสนุนจากครอบครัว ที่ครอบครัวช่วยเหลือในการควบคุมอาหาร ช่วยกระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายร่วมกัน 3) การจัดการตนเอง ในเรื่องรับประทาน/นิตยาเบาหวานที่สอดคล้องกับมื้ออาหาร และการออกกำลังกายตามแผนที่วางไว้ ประเมินปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารตามแผนที่วางไว้ หาวิธีแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้ ตามแผนที่วางไว้ 4) ความเครียด คือความรู้สึกยุ่งยาก/เบื่อ/เป็นภาระ/เครียดในการรับประทานยา/นิตยาควบคุมโรคเบาหวาน และรู้สึกว่าบุคลากรสุขภาพไม่สามารถให้คำแนะนำที่นำไปปฏิบัติได้จริงอย่างเพียงพอ

2. ลักษณะของบุคลากรสุขภาพที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ 1) หาวิธีจัดการที่ก่อภาระให้ผู้ป่วยน้อยที่สุด 2) เรียนรู้ว่าจะทำอย่างไรจึงจะสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการตัวเอง 3) ปรับวิธีการเรียนรู้เพื่อที่จะทำงานให้ดีขึ้น

3. กิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ทำโดยบุคลากรสุขภาพที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ 1) การวางแผนร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย ประเมินความตั้งใจของผู้ป่วยก่อนการเข้าร่วมโครงการ ช่วยวางแผน/ตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองของผู้ป่วย และช่วยเหลือในการกำหนดวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วย 2) การให้คำแนะนำ ประกอบด้วย แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ แนะนำการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปรับเวลาการทำงาน และการรับประทานยาให้เหมาะสม และแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ต่อเนื่องตรงเวลา

4. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม ได้แก่ 1) ความมั่นใจ (ความมั่นใจด้านอาหาร/ความมั่นใจด้านออกกกำลังกาย) 2) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (ครอบครัวช่วยเหลือท่านในการควบคุมอาหาร /ช่วยกระตุ้น/เตือนให้ออกกำลังกาย/หรือออกกำลังกายร่วมกัน/ช่วยดูแลในการรับประทาน/ฉีดยาเบาหวาน) 3) การจัดการตนเอง ประกอบด้วย การประเมินปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารตามแผนที่วางไว้/หาวิธีแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถรับประทานอาหารได้ ตามแผนที่วางไว้/วางแผนรับประทาน/ฉีดยาเบาหวานให้สอดคล้องกับมื้ออาหารและการออกกกำลังกาย/รับประทาน/ฉีดยาเบาหวานสอดคล้องกับมื้ออาหารและการออกกกำลังกายตามแผนที่วางไว้ 4) การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ประกอบด้วย ความสามารถแก้ไขปัญหายุงยาก เปื่อ/เป็นภาระ/เครียด ในการรับประทานยา/ฉีดยาควบคุมโรคเบาหวาน และสามารถเข้าถึงบุคลากรสุขภาพเมื่อมีข้อสงสัย

สรุปและอภิปรายผล

1. การออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรค จึงเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่ปฏิบัติมา ยาวนานหรือปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ดังนั้นจึงออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนวิธีการมองผลลัพธ์ การมองแบบองค์รวม การปรับระบบบริการเชิงคลินิก พฤติกรรมและจิตสังคม ปรับระบบบริการ ปรับวิธี

คิดวิธีทำงานของบุคลากรสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ ปรับวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานจัดการตนเองได้ และปรับให้มีนโยบาย กลไกการสนับสนุน เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความอย่างต่อเนื่อง ในด้านการจัดการด้านสัมพันธภาพ ด้านข้อมูล และความต่อเนื่องของประสบการณ์ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองตามกระบวนการ PDCA ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปรารักษ์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ(2560)⁽¹²⁾ พบว่า การควบคุมโรคเบาหวาน ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญที่จะพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเอง โดยการตั้งเป้าหมาย การกำกับตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรง ทำให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์จริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อีกทั้งการศึกษาของ Minet, et al.,(2010)⁽¹³⁾ กล่าวว่า ความสำเร็จของโปรแกรมการจัดการตนเอง ขึ้นกับกระบวนการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ให้บริการในการกำหนดปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผนการรักษาและแนวทางการรักษา

2. รูปแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิผล โดยกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการให้ความรู้ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ในประเด็นอาหาร ออกกำลังกาย ยา และอารมณ์ หากแต่ผลการวิจัยพบว่า

1) ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีความตั้งใจ ความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีอารมณ์ที่ดีขึ้น จะทำให้ความทุกข์น้อยลง รู้สึกว่ามีที่พึ่ง มีกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมองเห็นความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว ในการควบคุมอาหาร ช่วยกระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่

ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการจัดการตนเอง ในการวางแผน ปฏิบัติ ประเมินและแก้ไข ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ (2559)⁽¹²⁾ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ไขว่คว้าใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติจัดการตนเอง การประเมินปัญหาจะนำไปสู่การตัดสินใจในการตั้งเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ (2558)⁽¹⁴⁾ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Ryan P, et al, (2009)⁽¹⁵⁾ ที่ว่าความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยใช้ความรู้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ ปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยความเชื่อมั่นของตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ที่มีความเครียด ผ่านการตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเองและ การคิดย้อนกลับ การตัดสินใจ การวางแผน การประเมินตนเองและจัดการความเครียด รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ อีกทั้งการศึกษาของคุยฉี พวงสุมาลย์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2555)⁽¹⁶⁾ พบว่า ความต้องการของ คือผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลแผนการรักษาอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากรด้านเวชภัณฑ์และการสื่อสารในกลุ่มผู้ป่วย และญาติอย่างชัดเจน ควรจัดบริการสนับสนุนด้วยระบบสารสนเทศ ส่วนด้านปัญหาอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์แบบหลวมในครอบครัวเดียว ทำให้ขาดความสนใจ และผูกพันต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว การการปฏิเสธเรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ ในข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ต่อการนัดตรวจอย่างต่อเนื่อง

การรอคอยเป็นเวลานานในผู้ป่วยเบาหวานที่อดอาหารเพื่อเตรียมตัวตรวจเลือด ขาดการติดตามประเมินผลการรักษา และปัญหาค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้และไม่สามารถรับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นได้

2) ลักษณะของบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เนื่องจากบุคลากรสุขภาพมีการปรับวิธีคิด วิธีการทำงาน จากเดิมที่มีการสอนให้คำแนะนำและให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ได้ปรับเป็นการให้ผู้ป่วยจัดการตนเอง มีส่วนร่วมในการวางแผน ลงมือปฏิบัติ ตรวจสอบและปรับเปลี่ยนแผน ตามกระบวนการ PDCA อีกทั้งเปลี่ยนมุมมองในเรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา สูบบุหรี่) มาปรับเป็นด้านอารมณ์ของผู้ป่วยเบาหวาน การปรับวิธีการที่สามารถนำสู่การปฏิบัติที่ไม่ก่อภาระกับผู้ป่วยเบาหวาน เปลี่ยนความล้มเหลวเป็นความสำเร็จ แม้จะเป็นความล้มเหลวเพียงเล็กน้อยก็ถือว่าสำเร็จ เปลี่ยนสัมพันธภาพแบบสั่งการเป็นความร่วมมือและสนับสนุน และปรับวิธีการเรียนรู้เพื่อที่จะทำให้การทำงานได้ดีขึ้น โดยเชื่อมกับการวิเคราะห์และประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ในการเลือกวิธีการจัดการตนเองที่ละเอียดเรื่อง ตามความพร้อมของผู้ป่วยเบาหวาน และมีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยตามบริบทของผู้ป่วย และเชื่อว่าสิ่งที่ทำไม่เกินความสามารถของผู้ป่วย ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพแสวงหาวิธีการและพร้อมเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนภรณ์ จิระวัฒนะ และคณะ (2560)⁽¹⁷⁾ พบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพ และมีความต่อเนื่องของการดูแล การบริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเบาหวานเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ความมั่นใจ และประสานการดูแล ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเอง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน สูงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของพุดสมพงษ์ วิไล (2552)⁽¹⁸⁾ พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางด้าน

สิ่งของที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือด้านการควบคุมอาหาร และการสนับสนุนด้านการยอมรับมีความสัมพันธ์กับระดับความร่วมมือด้านดูแลตนเองในการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม เนื่องจากกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมที่ต้องมีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตั้งแต่การวิเคราะห์ ทำความรู้จักผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การกำหนดวิธีการ และการสนับสนุนด้วยการให้คำแนะนำในเรื่องที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความตั้งใจและมั่นใจ อีกทั้งบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทักษะ มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการจัดการตนเอง และเปลี่ยนวิธีมองผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นการมองด้านสุขภาวะผู้ป่วยร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ จันทร์ฉาย และคณะ (2555)⁽¹⁹⁾ พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมความรู้ การรับรู้และการพัฒนาทักษะ สร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง การสนับสนุนให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือน ของกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของทศนีย์ ชันทอง และคณะ (2556)⁽²⁰⁾ พบว่า นอกจากนี้การใช้กระบวนการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ในโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยกำหนดให้ผู้ป่วยให้รางวัลแก่ตนเอง เมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และยังได้รับการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง ด้วยการโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำปรึกษา ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาพฤติกรรม การจัดการตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น จนทำให้สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าทั้งโปรแกรมการดูแลตามปกติ และ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่างก็ใช้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค แต่โปรแกรมสนับสนุนการจัดการ

ตนเอง ได้ใช้วิธีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างชนิดและปริมาณอาหาร ความหนักของการออกกำลังกาย ต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

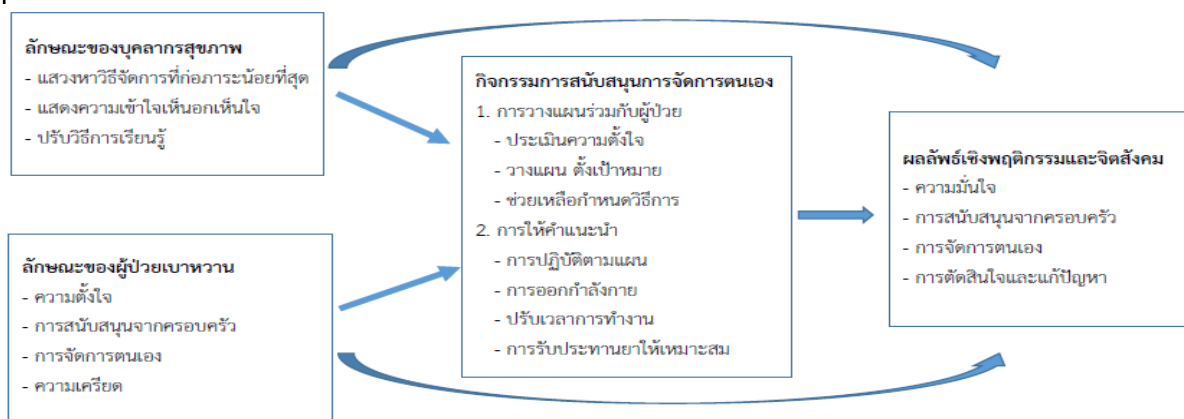
4) ลักษณะของบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม เนื่องจากบุคลากรสุขภาพมีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วม โดยการวิเคราะห์ผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายและกำหนดวิธีการ และสนับสนุนด้วยการให้คำแนะนำ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิ รวมทั้งส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการศึกษาของอมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล (2555)⁽²¹⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการรับรู้สุขภาวะรายด้านและระดับพฤติกรรมการดูแล ตนเองรายด้านและภาพรวมของผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งการศึกษาของชลธิพร หิตถักญา และคณะ (2560)⁽²²⁾ พบว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดี จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง ซึ่งทักษะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการควบคุมอาหารอย่างละเอียด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องสอดคล้องกับระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งการสอนเป็นส่วนหนึ่งของระบบพยาบาลที่สนับสนุนและให้ความรู้ เป็นวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ความสามารถหรือทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการเลือก

รับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้น ต้องประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ส่งเสริมความสามารถโดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และติดตามประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไป

5) ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคม โดยผู้ป่วยเบาหวาน มีการจัดการตนเองในเรื่องอาหารและยามากที่สุด เนื่องจากการรับประทานอาหารและยา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่วนการออกกำลังกายเป็นไปได้ยากและยังต้องการการกระตุ้น ผู้ป่วยไม่เข้าใจความหมายของการออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจ ขาดแรงบันดาลใจหรือสิ่งกระตุ้นในลักษณะของการดำเนินงานร่วมกัน (collaborative) ถึงแม้ว่าจะมีการจัดกระบวนการวางแผนการออกกำลังกาย แต่ผลลัพธ์ยังไม่เกิด จึงต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จูนิ คงทรัพย์ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2555)⁽²³⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย บอกว่าโรคเบาหวานเป็นทรมานทั้งกายและใจ และต้องรักษาด้วยยา การทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน เปรียบเหมือนการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายก็ไม่ได้ช่วยอะไรมาก และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการออกกำลังกายได้ รวมทั้งยังขาดความตั้งใจจริง ขี้เกียจ ไม่มีเวลา สุขภาพไม่ค่อยดี และขาดระบบหรือสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกาย อีกทั้งการศึกษาของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560)⁽²⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ระดับต่ำ และขาดความรู้

เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวและเพื่อนบ้านไม่ส่งเสริมและให้กำลังใจในการออกกำลังกาย รวมทั้งไม่ให้คำแนะนำ และการศึกษาของปฐยาวัชร ปราบภูผล และคณะ (2558)⁽²⁵⁾ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับการเจ็บป่วยได้เนื่องจากไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ มีการรับรู้ว่าการจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และมีความพยายามในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค แต่การปฏิบัติจริงยังขาดความตั้งใจและขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติโดยเฉพาะการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การควบคุมอารมณ์และความเครียด การควบคุมน้ำหนัก ส่วนการจัดการด้านการออกกำลังกายมีการปฏิบัติน้อยที่สุด สิ่งที่สำคัญที่สุดในการจัดการตนเองให้ประสบความสำเร็จคือผู้ป่วยเองต้องมีจิตใจที่เข้มแข็ง ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนให้การจัดการเป็นไปด้วยดีคือการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง อุปสรรคในการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ การตามใจตนเอง ความอยาก การไม่สามารถหักห้ามใจตนเอง การขาดความรู้ วิธีการดำเนินชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ ความเครียด การประกอบอาชีพ สภาพภูมิอากาศ และวัฒนธรรม ผู้ป่วยมีการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง แต่ขาดการกำกับติดตามและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สรุป ลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานและลักษณะของบุคลากรสุขภาพ ส่งผลต่อกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ทำโดยบุคลากรสุขภาพในการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและการให้คำแนะนำ และส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการตนเองของผู้ป่วยในเชิงพฤติกรรมและจิตสังคม ดังภาพ 3



ภาพ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมและจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

1. ในกรณีที่ต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควรดำเนินการดังนี้

1.1 พัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีสมรรถนะ มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจและพยายามหาวิธีการที่ก่อภาระให้ผู้ป่วยน้อยที่สุด และบุคลากรมีความที่จะเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

1.2 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานในการเข้ารับบริการจัดการตนเอง โดยคำนึงถึงความตั้งใจ ความมั่นใจของผู้ป่วย การประเมินตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและบุคลากรสุขภาพ ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 กิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ต้องมีการวางแผน การมีส่วนร่วม การให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2. บุคลากรสุขภาพมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อให้มีแนวคิดใหม่ เปิดใจกว้าง พร้อมทั้งจะเรียนรู้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถประเมินตนเอง ประเมินผู้ป่วยในด้านความตั้งใจ ความมั่นใจเพื่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอที่อำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่ดี

เอกสารอ้างอิง

24. กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ. “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2”. วารสารสภาการพยาบาล. 32(1): 81-93, 2560.
19. จุฑามาส จันทรน้อย และคณะ. “โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์”. วารสารสาธารณสุขชุมชนมหาวิทยาลัยบูรพา. 7(2): 53-68, 2555.
23. จุณี คงทรัพย์ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. “การจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2”. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30(2): 56-63, 2555.
22. สุทธิพร หิดอักษร และคณะ. “บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 10(3): 375-380, 2560.

16. ดุษฎี พวงสุมาลย์ และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี”. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2. 1-12, 2555.
20. ทศนีย์ จันทอง และคณะ. “ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน”. วารสารสภาการพยาบาล. 28(1): 85-99, 2556.
6. ประกาย จิโรจน์กุล. แนวคิด ทฤษฎี การสร้างเสริมสุขภาพและการนำไปใช้. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2556.
12. ประงค์ บัวทองคำวิเศษ และคณะ. “ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย”. วารสารพยาบาลตำรวจ. 9(1): 105-116, 2560.
25. ปัฐยาวัชร ปราบกุลผล และคณะ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์สนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพสาธารณสุข. 2558.
18. พุดสมพงษ์ วิไล. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2552.
17. รัตนาภรณ์ จีระวัฒน์ และคณะ. “ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน โดยผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย”. วารสารสภาการพยาบาล. 24(1): 51-68, 2560.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2554.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำปาง ปี 2560. เอกสารอัดสำเนา. 2560.
1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์ กรุงเทพฯ, 2560.
14. สุธิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้”. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ. 32(1): 44-56, 2558.
21. อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และอนงค์ หาญสกุล. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ”. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 19(1): 1-10, 2555.
10. Arbuckle, J. L. IBM SPSS Amos 21 user's guide. URL <http://www.public.dhe.ibm.com>. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2561.
4. Centers for Disease Control and Prevention. “Vital signs: prevalence, treatment, and control of hypertension United States 1999 - 2002 and 2005 – 2008”. Morbidity and Mortality Weekly Report. 60(4): 103 – 108, 2011
11. Hair, J. et al. Multivariate Data Analysis. 6th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall. 2006.
9. John W. Best. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall Inc. 1970.
8. Likert, Rensis. The Method of Constructing and Attitude Scale. Reading in Fishbein, Martin (Ed.). Attitude Theory and Measurement. New York : Wiley & Son. 1967.

7. McNamara, JP., et al. Contributing factors to poor adherence and glycemic control in pediatric type 1 diabetes: facilitating amovetowardtelehealth. Type1 Diabetes-Complications, Pathogenesis, and Alternative Treatments : InTech. 2011.
13. Minet, L., et al. “Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes : A meta-analysis of 47 randomized controlled trials”. Patient Education and Counseling. 80(1) : 29-41, 2010.
15. Ryan P., Sawin KL. “The Individual and Family Self Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcome”. Nursing Outlook. 57(4) : 217–255, 2009.
3. World Health Organization. World health statistics 2012. France : World Health Organization. 2012.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

Factors Associated with Self-care Behavior among Elderly of Samran Sub-district, Muang district, Khon Kaen Province

เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ¹, เทพไทย โชติชัย², ยลลุดี ดันทาสิต³

Saowaluk Seedaket¹, Tepthai Chotchai², Yolludee Tantasit³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 360 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามขนาดสัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.85 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน Binary logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และระดับต่ำ ร้อยละ 55.8 และ 44.2 ตามลำดับ เมื่อได้ทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ($OR_{adj} = 7.26, 95\%CI: 3.93-13.39$) รายได้ของครอบครัว ($OR_{adj} = 2.68, 95\%CI: 1.67-4.31$) ระดับการศึกษา ($OR_{adj} = 5.83, 95\%CI: 3.72-9.14$) และอายุ ($OR_{adj} = 5.34, 95\%CI: 1.65-17.32$)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, การดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this cross-sectional survey research were to examine the level of self-care behavior, and factors associated with self-care behavior among 360 Elderly in Samran Sub-district, Muang district, Khon Kaen Province. Participants were selected by systematic random sampling by proportional allocation to size of populations in each village, using structured interview which had reliability 0.85. The data was analyzed by descriptive statistics and binary logistic regression.

The results showed that self-care behavior among these elderly was at good and low level, 55.8 and 44.2 percentages, respectively. When controlling the influence of variables found that participation in social activities ($OR_{adj} = 7.26, 95\%CI: 3.93-13.39$), family income ($OR_{adj} = 2.68, 95\%CI: 1.67-4.31$), educational level ($OR_{adj} = 5.83, 95\%CI: 3.72-9.14$) and age ($OR_{adj} = 5.34, 95\%CI: 1.65-17.32$) were significant associated with self-care behavior ($p\text{-value} < 0.05$).

Key words: Factors associated, Self-care, Elderly

¹ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³ วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และเข้าสู่ภาวะสังคมของผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างรวดเร็ว สืบเนื่องจากการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข การดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการตายอันเนื่องจากการสูงอายุลดลง และมีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตลอดจนการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร กล่าวคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2542-2559 ของคณะทำงานคาดประมาณประชากร สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี ที่คาดประมาณว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2570 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นนัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของรายได้เฉลี่ยประชากร การออม การลงทุน รวมถึงรายจ่ายภาครัฐที่เพิ่มขึ้น ด้านการประกันสังคม สุขภาพอนามัย และสวัสดิการผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในลักษณะนี้ ยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ซึ่งมีนัยว่าจะมีสมาชิกของครอบครัวที่จะทำหน้าที่ในการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุน้อยลง

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ประสิทธิภาพในการทำงานจะเสื่อมลง ทำกิจกรรมลดน้อยลง เกิดปัญหาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ รู้สึกท้อแท้ ต้องการการพึ่งพามากขึ้น ขาดความอบอุ่น เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การลดบทบาทในครอบครัว ถูกทอดทิ้ง การทำกิจกรรมเพื่อสังคมลดลง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ

กลับมาทำกิจกรรมต่างๆ ได้เหมือนเหมาะสมกับอายุของตนเอง มีสุขภาพดี เกิดการเอาใจใส่และเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุจากคนใกล้ชิด จึงต้องศึกษาปัจจัยต่างๆ และนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จากที่กล่าวมา จะพบว่ามีปัจจัยหลายอย่าง ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นบุคคล สถานที่ ส่วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ไม่เพียงแต่มีความสลับซับซ้อน แต่เป็นผลมาจากปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมหลายปัจจัย (พรทิพย์ เกษฐานนท์, 2558) ในส่วนของประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนมากเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศและพบว่าแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์เป็นรายอำเภอ พบว่าจังหวัดขอนแก่น มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 15 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 57.69 โดยอำเภอที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ อำเภอเมือง อำเภอบ้านไผ่และอำเภอยางตลาด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการศึกษาของเนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ได้แก่ ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด การศึกษาของสุวิพชา ประกอบจันทร์ และคณะ (2559) ได้แก่ ตัวแปร อายุ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการศึกษาของอาทิตย์วงศ์ (2552) ได้แก่ตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม คณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดดังกล่าวในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีโรคประจำตัว การรับบริการสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยคณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการ

ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey Research) ในพื้นที่ทั้ง 13 หมู่บ้านในเขตตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดในเขตพื้นที่ตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 1,355 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 360 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลลำราญ อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 13 หมู่บ้าน ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Hsieh, Bloch & Larson (1998) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ รวมทั้งสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีในแต่ละหมู่บ้าน (Proportional allocation to size) จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามที่คำนวณได้ โดยคณะผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยงานในพื้นที่

และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น แล้ว เลขที่ HE621027

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ คำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การมีโรคประจำตัว การรับบริการด้านสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และข้อมูลพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร จำนวน 8 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติตนในภาวะเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ และการจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ระดับคือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และแปรผลระดับการปฏิบัติเป็น 2 ระดับคือ ต่ำกับปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และในส่วนของข้อมูลพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ได้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีแอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) รวมทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้วยสถิติอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้ Binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 71.3 ปี (S.D.=8.23) อายุ น้อยที่สุด 60 ปี และมากที่สุด 91 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หม้าย และคู่ ร้อยละ 55.0 และ 26.7 ตามลำดับ จบ การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.4 ประกอบ อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 42.8 รายได้ของครอบครัวส่วน ใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 56.4 มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 51.3 โดยส่วนใหญ่คือโรคความดัน โลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 52.4 และ 49.2 ตามลำดับ เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 88.3) ใช้สิทธิบัตรเป็นบัตรทอง ประเภทยกเว้นค่าธรรมเนียม

2. ข้อมูลพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ จำนวน 360 คน มีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 201 คน ร้อยละ 55.8 และระดับต่ำจำนวน 159 คน ร้อยละ 44.2

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ด้วยแปรหลายตัว

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ระดับต่ำ (%)	Crude OR	Adjusted OR	95%CI for adjusted OR	p-value
การเข้าร่วมกิจกรรมทาง สังคม						
- น้อย	438	55.94	3.58	7.26	3.93 to 13.39	<0.001*
- ปานกลาง	156	24.36	0.91	0.12	0.04 to 0.39	0.001
- บ่อย/สม่ำเสมอ	126	26.19	1.00	1.00		
รายได้ของครอบครัว						
- ไม่พอเพียง	203	48.49	2.11	2.68	1.67 to 4.31	<0.001*
- พอเพียง	157	30.85	1.00	1.00		
ระดับการศึกษา						
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	287	77.45	7.78	5.83	3.72 to 9.14	<0.001*
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	73	30.62	1.00	1.00		
อายุ						
- 80 ปีขึ้นไป	74	64.66	2.21	5.34	1.65 to 17.32	0.005*
- 70-79 ปี	134	39.50	0.79	0.10	0.03 to 0.28	<0.001*
- 60-69 ปี	152	45.24	1.00	1.00		

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ Adjusted ด้วยตัวแปรเพศ

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการวิเคราะห์ควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (Multivariate analysis) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทาง

สังคม ($OR_{adj} = 7.26$, 95%CI: 3.93-13.39) รายได้ของ ครอบครัว ($OR_{adj} = 2.68$, 95%CI: 1.67-4.31) ระดับ การศึกษา ($OR_{adj} = 5.83$, 95%CI: 3.72-9.14) และอายุ ($OR_{adj} = 5.34$, 95%CI: 1.65-17.32) มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ร้อยละ 44.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอาทิตยา ทะวงศ์ (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.6 ในขณะที่การศึกษาของสุวิษฐา ประกอบจันทร์ และคณะ (2559) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก การศึกษาของเนตรดาว จิตโสภาคกุล (2557) และ การศึกษาของเบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แดงงาม (2559) ที่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่าที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากบริบทของประชากรในพื้นที่ที่แตกต่างกัน และการใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีค่าความไวและความจำเพาะที่แตกต่างกัน จึงเป็นผลทำให้ผลการศึกษาที่ได้มีค่าที่แตกต่างกัน

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ มากกว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยหรือสม่ำเสมอ 7.26 เท่า อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เช่น งานเทศกาลตามประเพณี งานกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสังฆะ ออมเงิน และกลุ่มออกกำลังกายรำมวยปลง เป็นต้น แล้วแต่เป็นแรงเสริมการรักษาสมดุลทางจิตใจ ช่วยให้ ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการยอมรับจากสังคม มีความเชื่อมั่น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อีกทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพันเป็นเพื่อน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะช่วยใหบุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพและช่วยป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สิทธิกัน (2560) และอาทิตยา ทะวงศ์ (2559)

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวที่ไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ 2.68 เท่า อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวที่เพียงพอ เนื่องจากการมีอาชีพที่มั่นคง มีโอกาสพบปะกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทำให้สามารถปรับตัวได้ง่ายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ดังทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมได้อธิบายว่าถ้าบุคคลใดมีกิจกรรมมากอย่าง จะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นและมีความพึงพอใจในชีวิตสูงที่ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Barerra (1986) ที่กล่าวว่า การมีรายได้จากการประกอบอาชีพที่มั่นคงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อ และทัศนคติซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1980) ที่กล่าวว่า พฤติกรรม การดูแลสุขภาพสามารถแสดงออกได้ตามความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรม อีกทั้งผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีความเพียงพอของรายได้สูง ซึ่งเอื้อประโยชน์ให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิษฐา ประกอบจันทร์ และคณะ (2559)

การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาจะมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ มากกว่าผู้ที่จบตั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาเป็นต้นไป 5.83 เท่า อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้สูงอายุสมัยก่อนยังไม่ได้รับการศึกษาเท่าที่ควร ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยมักมีการดำรงชีวิตแตกต่างจากผู้ที่มีความรู้ การดูแลสุขภาพของตนเองจึงแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษาถือว่าเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่างๆเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลต่างๆได้ดีสอดคล้องกับ Pender (1982) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องและความถี่ของพฤติกรรมโดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดี ก็มีความโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมที่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจริงจึง ส่งผลให้มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าระดับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งาม (2556) และอาทิตยา ทะวงศ์ (2559)

นอกจากนี้ยังพบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าจะมีความเสี่ยงต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ มากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 5.34 เท่า อธิบายได้ว่าคนเราเมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนทางด้านร่างกายที่มีการเสื่อมลงตามอายุขัย สภาพจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงง่าย จี๋หงุดหงิด มีความวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วยหรือจากการเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิพชา ประกอบจันทร์ และคณะ (2559) และอาทิตยา ทะวงศ์ (2552)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับ

ต่ำ และมีหลายๆปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ทีมคณะผู้วิจัยเล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาในการดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุและเพิ่มพูนทักษะในการจัดการตนเอง เช่น การจัดโครงการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา ลดภาระค่าใช้จ่าย รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือบทบาททางสังคมหรือชุมชนมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลังให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่มีประโยชน์ต่อกัน รุ่นหลังเป็นการเพิ่มพูนความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากผู้ประสานงานในพื้นที่ทุกท่าน ผู้นำชุมชน รวมทั้งได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกคนที่เข้าร่วมโครงการ จึงทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- เนตรดาว จิตโสภาคกุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 171-178.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2555). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553*. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี.
- เบญจพร สว่างศรี และเสริมศิริ แต่งาม. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ*, 1(2), 128-137.
- พรทิพย์ เกษรานนท์. (2558). *สุขภาพของผู้สูงอายุ*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 เมษายน 2558, จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_9.html
- วาสนา สิทธิกัน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบ้านไธสง

อำเภอบ้านไธสง จังหวัดลำพูน. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่).

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2558). *ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*.

เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2558, จาก [http:// www.phoubon.in.th](http://www.phoubon.in.th)

[/download/E1/0308%20ผู้สูงอายุ_ok.doc](#).

สุวพิชชา ประกอบจันทร์ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *รายงานการประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 12*, 543-552.

อาทิตย์ ทะวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

Barerra, M., Jr. 1986. Distinctions between social support concepts, measures, and models.

American Journal of Community Psychology, 14: 413-445.

Hsieh, Bloch & Larson. 1998. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression

Statistics in Medicine, 8, 1623-1634.

Orem , D. E. 1980. *Nursing : concept of practice*. 2ed. McGraw –Hill, New York.

Pender , N. J. 1982. *Health Promotion in Nursing Practice*. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, Norwalk.

Pender N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange.

ไฮโดรควิโนนปนเปื้อนในเครื่องสำอาง ในจังหวัดกาฬสินธุ์

Hydroquinone contaminated in Cosmetics at Kalasin, Thailand

ธีรนาถ สุวรรณเรือง¹

Theeranat Suwanaruang

บทคัดย่อ

ไฮโดรควิโนนเป็นสารเคมีที่เติมในเครื่องสำอางหลายชนิด โดยเฉพาะครีมที่ทำให้ผิวขาว เนื่องจากไฮโดรควิโนนมีฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการสร้างเม็ดสีของผิวหนัง ไฮโดรควิโนนยังมีผลกระทบต่อสุขภาพ อาการระคายเคืองต่อผิว เกิดจุดด่างขาวที่หน้า ผิวหน้าดำ เป็นฝ้าถาวร รักษาไม่หาย ทำให้เกิดโรคผิวหนัง งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนนในเครื่องสำอางที่วางขายในตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 35 ตัวอย่าง อันได้แก่เครื่องสำอางพวก ครีมทาผิวขาว (Whitening creams), ครีมทาตอนกลางคืน (Night creams), ครีมทาตอนกลางวัน (Day creams), ครีมกันแดด (Sunscreen creams), เซรั่ม (Serum), บีบี ครีม (BB creams), ซีซี ครีม (CC creams) และ ดีดี ครีม (DD Creams) โดยใช้การตรวจสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จากผลการวิจัยพบการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนนจำนวน 8 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 22.86 ของตัวอย่างทั้งหมด ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการใช้ครีมดังกล่าว ไฮโดรควิโนนมีผลกระทบต่อสุขภาพผิว มีผลข้างเคียงเกิดอาการเป็นตุ่มแดงในบริเวณผิวหนัง อาจรู้สึกแสบร้อนและ เกิดภาวะผิวคล้ำมากขึ้นในบริเวณที่ทาเครื่องสำอาง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อภายในผิวหนังทำให้เกิดเป็นฝ้าถาวร ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผิวหนังมีการปรับตัวให้สร้างเม็ดสีมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผิวหนังด้วย

คำสำคัญ: เครื่องสำอาง, ไฮโดรควิโนน และ จังหวัดกาฬสินธุ์

Abstract

Hydroquinone is chemical substance that put in many types of cosmetics such as whitening cream due to the hydrocortisone by inhibiting pigmentation process of the skin also known as melanin, which causes the skin and face to become whiter but hydroquinone also affects health skin irritation causes white spots on the face, black skin, melasma, permanent. The aim of this research was detection of hydroquinone in cosmetic Products at Kalasin Shops. The 35 samples were whitening creams, night creams, day creams, sunscreen creams, serum, BB creams (Beauty Balm Creams), CC creams (Color Correcting Creams) and DD Creams (Double Duty Creams). The samples analyzed hydroquinone by test kit of Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. The results found that 8 samples (22.86%) were contaminated with hydroquinone. Therefore, be careful when using cosmetics. Hydroquinone can cause undesirable effects and result in red papules in the skin area that feel a slight burning sensation and more pigmentation conditions in the area with a black embossed blotch around the cheekbone and nose. The skin area that is frequently used for a long time will cause changes in the tissues within the skin resulting in a permanent dark blue blemish which may be caused by the skin being adjusted to create more pigment as well as increasing the risk of skin cancer.

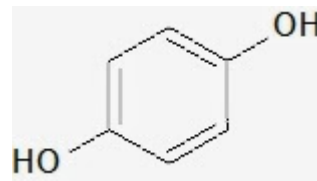
Keywords: Cosmetic, Hydroquinone and Kalasin Province

¹ 1สาขาวิทยาการสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

ไฮโดรควิโนน (Hydroquinone) เป็นสารเคมีในกลุ่มอะโรมาติกอินทรีย์ (ในรูปที่ 1) พบการปนเปื้อนในเครื่องสำอางที่ทำให้ผิวขาวหลายชนิด (Hawaa S. Elferjani, Najw H. S. Ahmida and Aziza Ahmida, 2015) เนื่องจากไฮโดรควิโนนมีส่วนช่วยยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสีผิว นำมาใช้รักษาภาวะผิวหน้าสร้างเม็ดสีมากผิดปกติจนกลายเป็นรอยดำ ฝ้า รวมถึงกระ (Eric Selorm Agorku et al, 2016) กลไกอื่น ๆ รวมถึงการยับยั้งการสังเคราะห์ DNA และ RNA (Laurence Brunton, Bruce Chabner and Bjorn Knollman, 2011, Elvi Rahmayuni, Harmita Harmita and Herman Suryadi, 2018) ไฮโดรควิโนนยังเป็นสารก่อมะเร็งและเป็นที่ยกเว้นว่าไฮโดรควิโนนทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังและระบบทางเดินหายใจหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Doreen Amponsah *et al*, 2014) การใช้ครีมที่มีการปนเปื้อนหรือมีส่วนผสมของไฮโดรควิโนนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้สารไฮโดรควิโนนเป็นวัตถุห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 และ พ.ศ. 2539 ซึ่งปัจจุบันมีปรับปรุงแก้ไข เป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับลงวันที่ 26 มีนาคม 2551 และฉบับลงวันที่ 29 สิงหาคม 2551 (พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535) อาการเบื้องต้นเช่นอาการระคายเคืองต่อผิว เกิดจุดด่างขาวที่หน้า ผิวหน้าดำ เป็นฝ้าถาวร รักษาไม่หาย ทำให้เกิดโรคผิวหนังขึ้น เกิดตุ่มนูนสีดาบริเวณที่ทาครีมที่มีส่วนผสมของไฮโดรควิโนนอาทิเช่นบริเวณใบหน้า แก้ม โหนกแก้มและสันจมูก ซึ่งเป็นบริเวณที่ทาบ่อย และหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อภายในผิวหนังทำให้เกิดเป็นฝ้าถาวรสีน้ำตาลเงินอมดำได้ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผิวหนังมีการปรับตัวให้สร้างเม็ดสีมากขึ้นรวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผิวหนังด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน (H. M. Osman et al, 2015) วงการแพทย์ได้นำเอา ไฮโดรควิโนนมาทำเป็นยาทาเพื่อรักษา เพราะเนื่องจากกลไกการออกฤทธิ์ของไฮโดรควิโนน สามารถจะเข้าไปยับยั้งการทำงานของไทโรซิเนส

เอ็นไซม์ ซึ่งไทโรซิเนสจะเป็นตัวเปลี่ยนไทโรซิน ให้เป็นเมลานิน ที่ส่งผลทำให้เกิดฝ้า แต่เมื่อเวลาผ่านไปพบว่าสารไฮโดรควิโนนส่งผลเสียทำให้ผิวหนังอักเสบแพ้อย่างรุนแรง ผิวกลับมามากและเป็นฝ้าถาวร (F.O. Oyediji, G.O. Hassan and B.B. Adeleke, 2011) ซึ่งจากการทำเครื่องสำอางแล้ว ถูกนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในอุตสาหกรรมหลายชนิด เช่น อุตสาหกรรมพลาสติก ฟอกหนัง และกระบวนการถนอมรูปขาวดำ เป็นต้น



รูปที่ 1 โครงสร้างสารไฮโดรควิโนน

แม้ว่าไฮโดรควิโนน เป็นที่นิยมในการนำมาผสมในครีมที่ทำให้หน้าขาวเนื่องจากเห็นผลได้เร็ว ไฮโดรควิโนนออกฤทธิ์โดยการยับยั้งกระบวนการสร้างเม็ดสีของผิวหนัง ผลทำให้ผิวขาวขึ้นได้ ส่วนผสมของไฮโดรควิโนนนั้นควรใช้กับผู้ที่มีปัญหาฝ้าหรือรอยด่างดำจากสิ่วที่รุนแรง นอกจากนี้ควรใช้ระยะเวลาที่จำกัด ไม่ควรใช้นานเกินไปเนื่องจากอาจจะทำให้ผิวคล้ำลงกว่าเดิมได้จากการที่ผิวหนังเร่งผลิตเซลล์เม็ดสีมาทดแทนนอกจากนี้ไฮโดรควิโนนเป็นสารที่ทำปฏิกิริยากับแสงแดด (Bart Desmedt *et al.*, 2016, P. O. Odumosu and T. O. Ekwe, 2010, Zenovia Moldovan *et al*, 2017)

โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีแดดแรงมีฤดูร้อนที่ยาวนานและค่านิยมที่ต้องการมีผิวขาวสวยในปัจจุบัน มีผลให้ผู้บริโภคใช้ครีมที่อาจมีส่วนผสมของไฮโดรควิโนนยังมีโอกาสเกิดผลข้างเคียง การสัมผัสแสงแดดเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้เกิดผลแบบย้อนกลับของไฮโดรควิโนน กล่าวคือเกิดการกระตุ้นให้เกิดเม็ดสีเมลานิน (W. Westerhof and T. J. Kooyers, 2005) แทนที่จะยับยั้งเม็ดสีเมลานิน (Bart Desmedt *et al.*, 2016) และเป็นสาเหตุทำให้

เกิดมะเร็งผิวหนังในระยะยาว (Priyanka, M., Ketki, D. and Hyacinth, H., 2013, H. M. Osman *et al*, 2015)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษหาปริมาณไฮโดรควิโนน ในเครื่องสำอางในจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ผู้ใช้เครื่องสำอาง และผู้สนใจทั่วไปที่ตระหนักถึงผลอันตรายต่อสุขภาพระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางที่วางขายใน จากร้านสะดวกซื้อ และตลาดนัด อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 35 ตัวอย่าง โดยเลือกเครื่องสำอางที่มีความเสี่ยงในการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนน อันได้แก่เครื่องสำอางพอก ครีมทาผิวขาว (Whitening creams), ครีมทาตอนกลางคืน (Night creams), ครีมทาตอนกลางวัน (Day creams), ครีมกันแดด (Sunscreen creams), เซรั่ม (Serum), บีบี ครีม (BB creams), ซี ซี ครีม (CC creams) และ ดี ดี ครีม DD Creams โดยใช้การตรวจสอบของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หลักการทดสอบ สารไฮโดรควิโนนในเครื่องสำอางของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หากพบการปนเปื้อนของสารไฮโดรควิโนน ครีมจะทำปฏิกิริยากลายเป็นสีเขียว ถึงน้ำเงิน ปริมาณต่ำสุดของสารไฮโดรควิโนน ในครีมเข้มข้น 0.006 %w/w ในโลชั่น 0.014 %w/w

ผลการศึกษา

ตรวจพบครีมที่ปนเปื้อนด้วยสารไฮโดรควิโนนจำนวน 8 ตัวอย่างได้แก่ แอนนาครีม (Anna cosmetic whitening night cream), อีมูนครีม (Emoon cream), ซิง ซิง ครีม (Zing Zing cream), มีนา ครีม (Me na cream), หมี่ปริญญา (Mee Parinya cream (white)), ดอกกูน (Doc-Koon cream), แอนนาครีม (Anna Cosmetic whitening Cream) และ ป๊อบปูล่าครีม (Popular Cream) จากตัวอย่างทั้งหมด 35 ตัวอย่าง ในกลุ่มครีมทาผิวขาว (Whitening creams), ครีมทาตอนกลางคืน (Night creams), ครีมทาตอนกลางวัน (Day creams), ครีมกันแดด (Sunscreen creams), เซรั่ม (Serum), บีบี ครีม (BB creams), ซี ซี ครีม (CC creams) และ ดี ดี ครีม DD Creams

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบสารไฮโดรควิโนนปนเปื้อนในเครื่องสำอางโดยเฉพาะเครื่องสำอางที่ทำให้ผิวขาวในอำเภอเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ ถึง 8 ผลิตภัณฑ์ จาก 35 ผลิตภัณฑ์ พบการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนนถึงร้อยละ 22.86 ซึ่งครีมที่มีการปนเปื้อนด้วยไฮโดรควิโนน มีราคาตั้งแต่ 10- 300 บาท ผู้บริโภคสามารถซื้อได้ง่าย โดยไม่ทราบถึงอันตรายของสาร ไฮโดรควิโนนในระยะยาว แม้ในตอนต้นการใช้ครีมที่มีส่วนผสมของไฮโดรควิโนนออกฤทธิ์โดยการยับยั้งกระบวนการสร้างเม็ดสีของผิวหนัง มีผลทำให้ผิวขาวขึ้นได้อย่างรวดเร็ว แต่เมื่อผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของไฮโดรควิโนนระยะยาว (Doreen Amponsah, Raymond Voegborlo and Godfred Etsey Sebiawu, 2014) โดยในประเทศไทยยังพบการปนเปื้อนของสารไฮโดรควิโนนที่อยู่ในเครื่องสำอาง เช่นเดียวกับในงานวิจัยของ เกษร ประสงค์กุล และ ชิดชนก เรือนก้อน (2560) พบการปนเปื้อนถึงร้อยละ 11.89 -35.66 ในการสำรวจในปี 2556-2559 ในอำเภอรองจังหวัดบุรีรัมย์ ในภาคใต้จากงานวิจัยของ อภิชาติ ดันธนวัฒน์ ทศนิษฐ์ ปานผดุง และปริศนา นิยมคำ (2552) พบการปนเปื้อนของไฮโดรควิโนน ร้อยละ 47.6 เอ็มวดี บุญประชม และคณะ 2556 ยังพบครีมที่ปนเปื้อนด้วยสารไฮโดรควิโนนถึง 10.3 ของตัวอย่างทั้งหมดในจังหวัดนครปฐม และการสำรวจของ นันทนา กลิ่นสุนทร และคณะ 2556 พบการปนเปื้อนของสารไฮโดรควิโนนถึงร้อยละ 6.2 ในเขตภาคกลางตอนล่าง จึงพบว่าเกือบทั่วทุกพื้นที่ในประเทศไทยมีการปนเปื้อนของสารไฮโดรควิโนน

ดังนั้นเครื่องสำอางจึงควรต้องมีปริมาณไฮโดรควิโนนที่แน่นอนระบุอยู่ นอกจากนี้ควรใช้ในช่วงเวลาที่จำกัด ไม่ควรใช้นานเกินไป การใช้ครีมที่มีส่วนผสมของไฮโดรควิโนนที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ เช่น การหาซื้อครีมทาผิวมาใช้อย่างผิดวิธี อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อภายในผิวหนังทำให้เกิดเป็นฝ้าถาวร (Akyol *et al*, 2015, เอ็มวดี บุญประชม และคณะ 2556) ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผิวหนังมีการปรับตัวให้สร้าง

เมื่อสีมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งผิวหนังด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Hu, Z.M.,Zhou, 2009, L Siyaka, AE Joda, HB Yesufu and MO Akinleye, 2016) นอกจากนี้ผลเสียของไฮโดรควิโนนที่ถูกนำไปผสมกับสารอื่นเช่นวิตามินเอ และสเตอรอยด์ ผลเสียหลังจากที่ใช้ก็คือ บางคนใช้แล้วจะเกิดสิว เมื่อมีการหยุดใช้กะทันหันอาจส่งผลทำให้ฝ้ามีสีดำนากยิ่งกว่าเดิม หรือในบางรายที่ทาเป็นระยะเวลานานๆ อาจส่งผลทำให้เซลล์สร้างสีบริเวณที่เกิดการตายของเซลล์ (Kipngetich T. E., Hillary M. and Shadrack M., 2013, Hawaa S. Elferjani, Najw H. S. Ahmida, Aziza Ahmida,2015)

สรุปผล (Conclusion)

สารไฮโดรควิโนนจำนวน 8 ตัวอย่างที่พบการปนเปื้อนสารไฮโดรควิโนนได้แก่ แอนนาครีม (Anna cosmetic whitening night cream), อีมูนครีม (Emoon cream), ซิง ซิงครีม (Zing Zing cream), มีนา ครีม (Me na cream), หมี่ปริญญา (Mee Parinya cream (white)), ดอกกูน (Doc-Koon cream), แอนนาครีม (Anna Cosmetic

whitening Cream) และ ป๊อปปูล่าครีม (Popular Cream) ซึ่งครีมเหล่านี้มีราคาที่ผู้บริโภคทั่วไปสามารถซื้อได้ง่าย จึงมีความเสี่ยงที่ผู้ใช้เครื่องสำอางมีโอกาสสัมผัส กับสารไฮโดรควิโนน ประเทศไทย พบการปนเปื้อนไฮโดรควิโนน เพราะฉะนั้นการใช้สาร ไฮโดรควิโนนในการรักษาฝ้าก็ควรจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้แล้วการใช้เครื่องสำอางที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนไฮโดรควิโนนก็จะสามารถช่วยให้ฝ้าเกิดการจางลงในช่วงระยะหนึ่งเท่านั้น หรือภายในช่วงระยะที่ทาครีมเท่านั้น (อภิชาติ ดันธนวัฒน์ และคณะ,2552, Elvi Rahmayuni, Harmita Harmita and Herman Suryadi, 2018) ซึ่งเมื่อไรที่ทำการหยุดทาาก็กลับมาดำแบบเหมือนเดิม เพราะฉะนั้นแล้วการใช้สารไฮโดรควิโนนอย่างปลอดภัยสามารถทำได้ภายในไม่กี่เดือนเท่านั้น นอกจากนั้นก็ถือว่าอันตรายในระยะยาว ต่อระบบต่างๆของร่างกาย ดังนั้นในปัจจุบันสารไฮโดรควิโนนเป็นสารห้าม ใช้ ตาม ประ กาศ ะ ทรวง สา ธารณ สุข (พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535, นันทนา กลิ่นสุนทร และคณะ 2556)

เอกสารอ้างอิง

1. เกษร ประสงค์กุล และ ชิดชนก เรือนก้อน (2560) การวิเคราะห์สัณฐานการปนเปื้อนสารห้ามใช้ที่เป็นอันตรายในเครื่องสำอางสำหรับผิวหนังในเขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ.2556-2559 วารสารเภสัชกรรมไทย ปีที่ 9 เล่มที่ 2
2. งานกำหนดมาตรฐาน กลุ่มควบคุมเครื่องสำอาง สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2555 รวมกฎหมายเกี่ยวกับเครื่องสำอาง (ฉบับภาษาไทย). 2555 :11,16, 54
3. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2551) เรื่อง กำหนดวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนพิเศษ 80 ง (ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2551).
4. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.2535 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2551) เรื่อง กำหนดชื่อและปริมาณของวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนพิเศษ 162 ง (ลงวันที่ 9 ตุลาคม 2551)
5. นันทนา กลิ่นสุนทร ชมพูนุท นุตสถาปนา ดวงพร เข้มทอง และปริญญามาประดิษฐ์ 2556 สารห้ามใช้ในผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางทาผิว ทาฝ้า ทำให้หน้าขาว ในเขตภาคกลางตอนล่าง ระหว่างปี 2553-2556 วารสารอาหารและยา ฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม 2556
6. อภิชาติ ดันธนวัฒน์ ทศนีย์ ปานผดุง และปรีสนา นิยมคำ (2552) ไฮโดรควิโนน กรดเรติโนอิก และสารประกอบของปรอทในเครื่องสำอางผิว-ฝ้า ในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ 51 (3 - 4) : 224-230.
7. เอมวดี บุญประชม, นารีน อยู่กิจดิษฐ์, นิสสรณ์ เอกบุตร, นุชจิรา พงศ์นิมิตประเสริฐ และ นพรัตน์ นันทรัตนพงศ์ 2556 วารสารไทยเภสัชวิทยานิตยสาร TBPS 8 (1); 2013: 1-8.

8. Akyol, A.; Can, O.T.; Bayramoglu, M. (2015) Treatment of hydroquinone by photochemical oxidation and electrocoagulation combined process. *J. Water Process Eng.*, 8, 45–54.
9. Bart Desmedt, Gamze Ates, Patricia Courselle Jacques O. De Beer, Vera Rogiers, Benoit Hendrickx, Eric Deconinck, Kristien De Paepe (2016) In vitro Dermal Absorption of Hydroquinone: Protocol Validation and Applicability on Illegal Skin-Whitening Cosmetics *Skin Pharmacol Physiol* 2016;29:300–308 DOI: 10.1159/000454719.
10. Doreen Amponsah, Raymond Voegborlo and Godfred Etsey Sebiawu (2014) Determination of Amount of Hydroquinone in some selected Skin-lightening Creams sold in the Ghanaian Market. *International Journal of Scientific & Engineering Research*, Volume 5, Issue 6, June-2014
11. Eric Selorm Agorku, Edward Ebow Kwaansa - Ansah*, Ray Bright Voegborlo, Pamela Amegbletor and Francis Opoku (2016) Mercury and hydroquinone content of skin toning creams and cosmetic soaps, and the potential risks to the health of Ghanaian women *Springer Plus* 5:319 DOI 10.1186/s40064-016-1967-1
12. Elvi Rahmayuni, Harmita Harmita and Herman Suryadi (2018) Development and Validation Method for Simultaneous Analysis of Retinoic Acid, Hydroquinone and Corticosteroid in Cream Formula by High-Performance Liquid Chromatography *Journal of Applied Pharmaceutical Science* Vol. 8(09), pp 087-092, September, 2018 Available online at <http://www.japsonline.com>
13. F.O. Oyediji, G.O. Hassan and B.B. Adeleke (2011) Hydroquinone and Heavy Metals Levels in Cosmetics Marketed in Nigeria. *Trends in Applied Sciences Research*, 6: 622-639.
14. Hawaa S. Elferjani, Najw H. S. Ahmida, Aziza Ahmida (2015) Determination of Hydroquinone in Some Pharmaceutical and Cosmetic Preparations by Spectrophotometric Method *International Journal of Science and Research* ISSN (Online): 2319-7064.
15. H. M. Osman, M. E. Shayoub, Munzir M. E. Ahmed, E. M. Babiker (2015) Assessment of Using Cosmetics Containing Hydroquinone among Sudanese Women *Journal of Cosmetics, Dermatological Sciences and Applications*, 5, 73-77.
16. Hu, Z.M., Zhou, Q., Lei, T.C., Ding, S.F., Xu, S.Z. (2009) Effects of hydroquinone and its glucoside derivatives on melanogenesis and antioxidation: Biosafety as skin whitening agents. *J. Dermatol. Sci.*, 55, 179–184.
17. Kipnetich T. E., Hillary M. and Shadrack M. (2013) UV-VIS Analysis and Determination of Hydroquinone in Body Lotions and Creams Sold in Retail outlets in Baraton, Kenya "Baraton Interdisciplinary Research Journal, 3(1), 23-28.
18. L Siyaka, AE Joda, HB Yesufu and MO Akinleye (2016) Determination of hydroquinone content in skinlightening creams in Lagos, Nigeria *The Pharma Innovation Journal* 2016; 5(9): 101-105
19. Laurence Brunton, Bruce Chabner and Bjorn Knollman (2011) *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (12th ed.). New York: McGraw-Hill Companies Inc.
20. P. O. Odumosu and T. O. Ekwe (2010) Identification and spectrophotometric determination of hydroquinone levels in some cosmetic creams Available online <http://www.academicjournals.org/ajpp> ISSN 1996-0816 © 2010 Academic Journals
21. Priyanka, M., Ketki, D. and Hyacinth, H. (2013) Cytotoxic Effects of Benzene Metabolites on Human Sperm Function: An in Vitro Study. *ISRN Toxicology*, Article ID: 397524, 6pp.
22. W. Westerhof and T. J. Kooyers (2005) Hydroquinone and its analogues in dermatology – a potential health risk *Journal of Cosmetic Dermatology*, 4, 55-59.
23. Zenovia Moldovan, Dana Elena Popa, Iulia Gabriela David, Mihaela Buleandra, and Irinel Adriana Badea (2017) A Derivative Spectrometric Method for Hydroquinone Determination in the Presence of Kojic Acid, Glycolic Acid, and Ascorbic Acid *Hindawi Journal of Spectroscopy* Volume 2017, Article ID 6929520.

การรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน

Illness Perceptions and Self - and Family Management among Chronic Kidney Disease Patients

in I-san Culture Society

อรุณศรี พลเพิ่ม¹, ลักขณา ชอบเสียง² จรูญศรี มีหนองหว้า³, อรทัย พรหมแก้ว⁴

Arunsri Pholperm, Lakhana Chopsiang Jaroonsree Meenongwah, Orthai Promaeaw

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ชุมชนดงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในมุมมองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อการรับรู้ในความเจ็บป่วยการจัดการตนเองและครอบครัวขณะเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 จำนวน 11 คน อายุระหว่าง 23 - 78 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกชนิดกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบ 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ในความเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังและ 2) การจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ในทั้งสองประเด็น ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับรู้ในระดับความเจ็บป่วย โรคไตเรื้อรังของตนเอง ขอมรับในภาวะเจ็บป่วยและการรักษา มีความตระหนักในการดูแลตนเองโดยการจัดการตนเองในเรื่องปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยา การนวดยาเบาหวาน การล้างไต ไปตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ ปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยงในเรื่องการรับประทานอาหาร หยุดสูบบุหรี่ หยุดดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย และมีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะข้างเคียงของโรคโดยมีครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความร่วมมือสนับสนุนผู้ป่วยทุกด้าน

คำสำคัญ: การจัดการตนเองและครอบครัว, การรับรู้, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

The phenomenology study aim was to study illness perception and self-and family management among chronic kidney disease patients in I-san culture society. Semi-structure interviews were held for eleven patients with chronic kidney disease stage 1-5 from Dong Hong Hae community Pratum sub district Mueang district Ubon ratchathani province, Data were analyzed by content analysis. Finding of the study found two themes. 1) Illness perceptions of patients with chronic kidney disease. 2) Self- management in suffering time from chronic kidney disease. In summary, all participants acknowledged about their stage of chronic kidney disease, accepting illness and the remedy. They had been aware of self-management in regard to accordance with the treatment plan, medication adherence, insulin injection, dialysis treatment, deliberate follow up. They also adjusted the risk behavior and adopted healthy lifestyle such as active change to their diet, regular exercise, and give up smoking and drinking. In addition, they had guideline for prevent the co - morbidity with chronic kidney disease. Regarding of the treatment process, participants had closely attended from their families.

Key word: self – and family management, perception, chronic kidney disease

¹ อาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งของประเทศไทย เมื่อการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage kidney disease) ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือด หรือการปลูกถ่ายไต เพื่อยืดชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สมพร ชินโนรสและชุติมา คิปัญญา, 2556) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557 (ไทยรัฐออนไลน์, 2557) สถานการณ์โรคไตของประชากรในประเทศไทยระบุว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณ 8,000,000 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีรวมทั้งรอการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ ทั้งนี้มีผู้เสียชีวิตจากไตเรื้อรังมากกว่าปีละ 13,000 ราย ซึ่ง 1 ใน 3 นั้นมีอายุน้อยกว่า 60 ปี และที่สำคัญผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 1 รายจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 30,000 บาทต่อคนต่อเดือน ทำให้แต่ละปีต้องใช้งบประมาณมากกว่า 3,000 ล้านบาท และคาดว่าในปี 2560 นี้จะต้องใช้งบประมาณมากกว่า 17,000 ล้านบาท

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมีผลกระทบทางกายและทางใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวังในการดำเนินชีวิตและการงานเปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สิทธิพร โนรีและคณะ, 2560) การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการรักษาเนื่องจากประสิทธิภาพของการรักษาโรคที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงให้ผู้ป่วยรอดชีวิตเท่านั้น แต่ยังต้องพิจารณาถึงการใช้ชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ได้แก่ พยาบาล ครอบครัว และญาติที่ใกล้ชิดจึงเป็นบุคคลที่สำคัญอย่างยิ่ง (สมพร ชินโนรสและชุติมา คิปัญญา, 2556) ซึ่งเป็นการนำแนวคิด การจัดการตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำเร็จคือ การให้ความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับระดับความรุนแรงของโรค การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษา แนะนำ และการติดตามจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ (สุนิสา สีม, 2556)

การจัดการตนเองเป็นความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับโรคและการรักษาด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสุขภาพ และเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยใช้ความรู้ ความเชื่อ ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคม (สุนิสา สีม, 2556). Margaret Grey, et al. 2015 ได้นำเสนอกรอบแนวคิดที่ได้ปรับปรุงใหม่ เกี่ยวกับการจัดการตัวเองและครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค กระบวนการ ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว โดยพบว่าปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคประกอบด้วย คุณลักษณะเฉพาะของรูปแบบการใช้ชีวิต สถานะสุขภาพ แหล่งสนับสนุน สภาพแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ส่วนกระบวนการจัดการตนเองประกอบด้วย การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นตามความต้องการของความเจ็บป่วย การสนับสนุนกระตุ้นการจัดการตนเอง และการใช้ชีวิตกับสภาวะความเจ็บป่วย เพื่อการเสริมสร้างความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยอีกทั้งยังมีปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยคุกคาม (Facilitators and barrier) จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการจัดการตนเองและครอบครัว (Self-management processes) และเชื่อมโยงถึงผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Proximal and distal outcomes) ต่อไป (ลักษณะ ขอบเสียง, 2558). นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีความสำคัญโดยตรงต่อการจัดการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งการสร้างแรงจูงใจสำหรับการจัดการตนเอง ประสิทธิภาพการจัดการตนเอง ตลอดจนการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่จะเกิดขึ้น การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยครอบครัวมีส่วนร่วมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสม จะทำให้มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสม ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก และช่วยลดค่าใช้จ่ายเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (สุนิสา สีม, 2556)

เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและการมีส่วนร่วมในชุมชน (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพควรมีทัศนคติที่ดี ภายใต้อาสาใจในสภาวะแวดล้อม บริบทสังคมจะช่วย

ให้เข้าใจวิถีชีวิตและการปฏิบัติตัว รับรู้ในด้านระดับการเจ็บป่วย การจัดการตนเองขณะเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสานซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาการรับรู้ประสบการณ์การจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่เขตในชุมชนดงหนองแห่ ซึ่งห่างจากตัวเมือง 6 กิโลเมตรระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว (Self-and family management) ของ Margaret Grey, et al. 2015 ซึ่งเป็นแนวคิดในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค (Facilitators and Barrier) 2) กระบวนการจัดการตนเอง (Self-management processes) 3) ผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal Outcome) 4) ผลลัพธ์ระยะยาว (Distal Outcomes)

ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 1 – 5 ที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 จำนวน 2 คน ระยะที่ 2 ไม่มี ระยะที่ 3 จำนวน 1 คนระยะที่ 4 จำนวน 3 คนและระยะที่ 5 จำนวน 5 คน รวมจำนวน 11 คน และเสริมข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ได้แก่วารสาร หนังสือ รายงานจากส่วนราชการของหน่วยงาน ข้อมูลแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (semi - structured interviews) ซึ่งมีการ

ออกแบบโครงสร้างคำถาม มีการตั้งคำถามปลายเปิดไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์โดยแนวคำถามมุ่งเน้นการรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในสังคมวัฒนธรรมอีสาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อคำถามการสัมภาษณ์ได้จากการประชุมลงความเห็นร่วมกันของทีมผู้วิจัยและได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งได้มีการเตรียมตัวของทีมผู้วิจัยก่อนเก็บข้อมูล โดยมีนักวิจัยหลักที่ผ่านการเรียนรู้และทำการวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว 2 คน มีการฝึกการเก็บข้อมูลให้กับนักวิจัยที่ยังไม่เคยทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 คน กระบวนการทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถอดได้บันทึกไว้ในเครื่องบันทึกเสียงและได้ถอดเสียงชนิดคำต่อคำ (Verbatim transcription) และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีของ กรานเฮมและลันด์แมน (Graneheim & Lundman, 2004)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการ EC.๐๗/๒๕๕๕ อุบลราชธานีในการเก็บข้อมูลได้ดำเนินการแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัยถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ผลดีต่อผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมวิจัย การถอนตัวออกจากเป็นผู้ให้ข้อมูลการเก็บรักษาความลับของข้อมูล การทำลายเอกสาร การเผยแพร่และการคืนข้อมูลแก่ชุมชน

ผลการศึกษา

จากการศึกษามีประเด็นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 ประเด็นหลักคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) ประเด็นการรับรู้ในความเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยระดับการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และครอบครัวมีส่วนร่วมใน

การดูแลผู้ป่วยและ 3) การจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง

1. มุมทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวนทั้งหมด 11

ราย อายุระหว่าง 23 – 78 ปี อายุเฉลี่ย 57.3 ปี สถานภาพ คู่ 6 คน โสด 2 คน หม้าย 3 คน เป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 1 จำนวน 2 คน ระดับ 3 จำนวน 1 คน ระดับ 4 จำนวน 3 คน และระดับ 5 จำนวน 5 คน ผู้ป่วยระดับ 1-3 รักษาด้วยยา ระดับ 4 รักษาด้วยยาจำนวน 2 คนรักษาโดยได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) จำนวน 1 คน ระดับ 5 ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 2 คน การล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร (continuous ambulatory peritoneal disease, CAPD) จำนวน 3 คน

2. การรับรู้ในความเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรัง

2.1 ระดับการเจ็บป่วย: ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีการรับรู้ถึงระดับการเจ็บป่วยของตน รู้สาเหตุการเจ็บป่วย รู้ความรุนแรงของโรค และปรับตัวได้กับการเจ็บป่วยของตนดังกล่าวต่อไปนี้

“สาเหตุโรคไตนี้มันเกิดมาความดันครับ จากความดันร้อยเปอร์เซ็นต์ เพราะว่าความดันมันลง บ่ได้มันกะเลยไปหาไตแทน กะเลยเฮ็ดให้ไตวายนะ ครับ กะไตเสื่อมสภาพไปเรื่อยๆ บัดเฮาบู้ไต บัดมาสู ตอนเฮาเป็นแล้ว มันหนักไปแล้วนะครับ หมอเพิ่นกะ ให้กินยา ให้ฟอก (P4, stage5)”

“ไตเสื่อมกะปกติอยู่ธรรมดา (P1, stage5)”

“อยู่สื่อคือคนบ่เป็นอีหยังผิดแต่ยามกลางคืน มันปวดเหยี่ยวดู้ท่อนั้น (P11, state1)”

“ปี 49 กินยาอยู่นามัย กินแล้วไข้ขึ้น กินน้ำ หลาย ไข้ก็ขึ้น (P8, stage5)”

“หมอกะว่าเป็นเลข 5 ฟุ่นละ หมอว่า อันเฮ็ด รักษาได้ ตอนนี้อยู่ฟอกทางหน้าท้องเวลาไปอยู่เขา เอรอดมาใส่ ไปอันมานี้คืออยู่ (P6, stage5)”

“เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 5 ขั้นสุดท้ายละเค้ (P2, stage5)”

“หมอกะบอกอยู่แต่บางเพื่อกะลืม ส่วนมากกะ เน้นเป็นเบาหวาน เพราะเฮาบ่ทันเป็น ฟังจะเริ่ม มัน ฟังเริ่ม (P3, stage3)”

“ที่แรกมันกะบวมเมื่อย หล่อยตรวจอยู่สรรพ สิทธิ ตรวจสุขภาพเสียวฟันจั่งสิจั่งสู้ เริ่มเป็นไตละเคื้อ นี้ ชั้น 3 ชั้น 4 ฟุ่นละ โรคประจำตัวมีแต่ความดันกับ ไต เป็นมานานัก (P6, stage5)”

“เพิ่นถามว่าสิเลือกเอาคนริสิเลือกเอาไต เพราะว่าเบ็งแล้วนี่คือไตเฮาบ่ได้แล้ว เขาเลยว่าเอาคน เข้าห้องไอซียูสามมื่อ ไปเลยสิบนาทีกี่มันหยุดทุก อย่างเขาจะปั้มกลับขึ้นมากะส่งเข้าห้องไอซียูเลย แล้ว ฟอกเครื่องอยู่ประมาณเดือนครึ่ง ละกะค่อยมา เปลี่ยนเป็นล้างไตทางหน้าท้อง (P4, stage5)”

“เป็นไตวาย ระยะสุดท้ายครับ กะฟอกมา 8 ปี ละครับเป็นปีแรกกะฟอกเลยเพราะว่ามันเป็น เียบพลัน ใจครับของผผฟอกเลือดอย่างเดียวครับทาง เส้นเลือด

มันกะเป็นโรคไตวาย เป็นไตวายนี้มันกะ ลำบากแน่ (P5, stage4)”

2.2 การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย: ผู้ให้ข้อมูล ส่วนมากมีความใส่ใจสุขภาพ ดูแลสุขภาพ มีการ จัดการป้องกันไม่ให้เกิดโรค รู้ความผิดปกติเมื่อมี อาการเปลี่ยนแปลง รู้วิธีปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขอาการขณะ เจ็บป่วยและรับรู้การจัดการป้องกันไม่ให้เกิดโรคไต เรื้อรังดังกล่าวต่อไปนี้

“เพิ่นบอกว่าถ้าจัดการพวกเบาหวานได้ ไตสิบ ฟัง (P3, stage3)”

“หมอบอกว่าน้ำตาล 311 มันจะลามเข้าไปที่ ไตจะส่งตัวไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (P11, stage1)”

“หมอว่าความดันขึ้น เบาหวานขึ้น คั้นความ ดัน 160 นิ หวัง คั้นความดัน 90 นิมีแสงเพิ่นว่ามันต่ำ นั้น คั้นความดัน 90 นิ รู้สึกว่าตัวมันเบา คั้นเฮายัง ไป คือสิปลิวไป เออตัวนั้นม่เสงบ่หวังแต่ว่าเฮายังเซ ใต้ ย่างอยากเซอยากหยั่ง แต่มันดี ดีกว่ามัน 150 160 นั้นหนา (P10, stage4)”

“คันความคันขึ้นมันมักเป็นครีบ ลูกขึ้น
บวบบ้าง ปวดเอ็นห่องมันลิเป็น นี้อมแล้ว มันลิห้วง
สิเหมื่อย” (P8, stage)

“ถึงที่เอะบ่เฮ็ดหยังกะไปทำงานมาเบ็งทีวีกะ
เมื่อย หลงลืม มันลั่น กะชาวนาน้ำตาลกิน กินกะหาย
กะ มีแสง ผมงะค่อยฝึกเอา ฝึกเว้ามาตลอด แต่ว่าผม
ไปไต่ลด 15%นี้ น้ำปลาน้ำเป็ดค้อออกไปเบ็ด
เป็นอาหารจืด น้ำเปล่า น้ำต้ม ทานอาหารจืด เป๊ปซี่
โคล่า แต่ก็มัก ผมงะบ่กิน กาแฟผมค้อออกไปเบ็ด ถึง
เพื่อมันกะหิวโอ้ยมันอยาก อยากนำเขา ไปงานเลี้ยง
ก็อกัน ไปโต๊ะจีนเขาวัวฮ้าวไปไต่ละนิ กินบ่ได้
ผมฟ้าวก กลับมาก่อนงานสิเลิก (P1, stage5)”

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางคนขาดความ
ตระหนักด้านสุขภาพ ขาดความรู้เรื่องโรค และ
ภาวะแทรกซ้อนของโรค สะท้อนจากคำกล่าว ดังนี้

พยายามบอก แต่ก่อนผมบ่เชื่อ หมอใหญ่ หมอ
บอก ผมย่าน บาดมันไขขึ้น บาดตายคินจั่งไปล้าง ตา
พอ มันบวมขึ้นว่าแม่นอ้ง นิ้วมือปานอ้ง บวมแสง
หมอว่ากินน้ำหลาย เยี่ยว ออกนิกๆ สวนออก ตอนนั้น
เหลือแต่กระดูก ของคนตายคินและตอนนั้นผมงะเฮ็ด
งานอยู่ ยังกินยาอยู่ ยังแข็งแรงอยู่ มันบวมตีบาดนิ กิน
น้ำหลายบวม (P8, stage5)

“ปกติมันบ่เป็นหยั่ง ถ้าผิดปกติมันห้วง มัน
หมุน นอนข้างนี้ มันห้วงแต่หัว แต่เปลี่ยนท่ามันห้วง
เลยใด เวลานอนลงมันจะห้วง แดนนอนลงแสงหาย บัด
แสงลุก ละนอนมันห้วงในหัวนิ นอนไปถึงกะเขา
เป็นจั่งซ้อการปกติ เฮ็ดเวียกเฮ็ดงานได้ บ่เหมื่อย
(P10, stage4)”

“หลานยูห้องพัน เพ็นไปเห็นตายไวย่อนกินยา
เลยบ่อยากให้อัยกินบอกว่ากินหลายกะแสงตายไว
นานๆกินกะตายซ้ำแน่ ข่อยกะเชื่อตัวของเขาเห็นตาย
ภาคคือพ่อใหญ่ เล่าบ่เฮ็ดหยังเห็นแต่กินยาห้อยอยู่
เป็นลิ้มๆอยู่”(P11, stage1)

“หมอบ่ได้เว้าหยังจักเทื่อเพ็นมาเจาะเลือดยุปทุมพิท
อ้าวป้าอันป้าเป็นเบาหวาน เอ้าบ่เป็นคอกบ่เคยเป็นคอก
เบาหวาน (หัวเราะ) ไปอนามัยเคื่อวันที่ 16 เพ็นว่ายาย
กะไปเคื่อบ้านนี้ไปเจาะอยู่ในเมืองเป็นเบาหวานเคื่อนี้กะเจ้า

กะว่า อ้าวเป็นอิหลีตัวหนิ กะเลยไปเพ็นให้กินยาครั้งเม็ดมา
สามสี่ปี (P7, stage4)”

“ไม่รู้ว่าเป็นไคเลื้อมบ สู้แต่เบาหวาน บ่ให้กินหวาน
มัน เข้ม แต่ว่าไคนี้เพ็นบ่ทันว่า ว่าแต่ให้ลด ให้ออก กำลัง
กาย ลดหวาน มัน เข้มคือเพ็นบอกนั้นละกะ จั่งว่าลด
เบาหวานได้” (P3, stage3)

2.3 ผลกระทบจากการเจ็บป่วย: การเผชิญกับ
การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย
จนกระทั่งระยะปรับตัวได้ ผู้ป่วยได้รับผลกระทบใน
ด้าน ร่างกาย จิตใจ และอาชีพ ด้านร่างกายมีอาการ
เหนื่อยอ่อนเพลีย บวม คิดเชื่อ ไม่คล่องตัวในการใน
การดำเนินชีวิต ด้านจิตใจมีอาการหงุดหงิด วิตก-
กังวล คุณค่าในตนเองลดลงและท้อแท้หมดกำลังใจ
ด้านอาชีพผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมปกติ
ได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ครึบนอนอย่างเดียว ช่วงนั้นยังปฏิบัติตัว
ทันถึกกะนอนอย่างเดียว คือร่างกายเขามันปรับยังบ่
ทันได้ เขาขาดการปรับสมดุล เขาบ่รู้ว่า ร่างกายเขา
ขาดสารอาหารตัวนี้ แร่ธาตุตัวนี้มันเกินมาเขาบ่รู้ว่า
ต้องปรับตัวไหนน้อยตัวไหนหลาย (P5, stage4)”

“ขาบวมนำครึบ แต่ตอนนี้บ่บวมแล้วคอนแรก
กะบวมเบ็ดโต (P8, stage5)”

“ครึบมีภาวะหนึ่งครั้งหลังทำช่วงแรกละๆครึบ
ตากฝนกะไขขึ้นครึบ ท้องเดินพร้อมน้ำล้างไสมี แต่
ใส (P4, stage4)”

“กระทบเพราะว่ามีสายนี้ละ อันเดียวเลยสาย
มามันคาครึบมันเฮ็ดหยังบ่ได้ มันระวังโตจะของ
สูงเลย ระวังสายที่สุดกะคือระวังตัวนี้ ผมย่านเขามา
เกาะสายเกาะหยังผม บ้องกันโดยกะคือเขาใส่เสื้อกัน
หนาวกันไว้โลดลึงเทื่อกะไถ่ คนผมงะเอามือปิดไว้
(P4, stage4)”

“ตอนแรกหมอเพ็นเคยส่งไปจิตเวชยุครึบ แต่
ว่าพอมไปตอบคำถามละเพ็นกะว่าปกติ ที่ว่าผม
หงุดหงิดเพราะว่า จากเคยไปเคยมามันไปบ่ได้ มาบ่
ได้ มันเฮ็ดบ่ได้มันกะเลยเกิดการหงุดหงิด มันกะเป็น
ภาวะปกติของคนที่เป็นแบบนี้ แต่ว่ามันกะคิด มันเป็น

กังวลแบบว่านอนบ่หลับ มันคิดเสียตายโอกาส

เสียตายอนาคตเจ้าของ (P5, stage4)”

“รู้สึกหงุดหงิดท้อแก่เรื่องสายครีบ บ่คิดว่าจะ
ของสิเป็นจั่งสิ้นนั้นน้ำรู้สึกท้อแท้เบื้อหน้าย รู้สึกว่า
เป็นหยังคือต้องเจ็บป่วยในตอนแรกๆ (P4, stage5)”

“บางทีก็จะเป็นอยู่บางช่วง กะลี้จ่มว่าอยู่แต่
เอือน บ่ได้ไปใส เป็นบางช่วง กะบอกว่หาเฒ่าแล้ว
หาไปบ่ได้ กะอยู่เอาอยู่เอือน (P9, stage1)”

“อยากดูแลตัวเองทั่วไปแต่ว่าผลเสียคือหาเฮ็ด
กับข้าวยังขายบ่ได้ใจ อยากออกกำลังกาย เตะบอล
กับมู กะบ่ได้น้ำครีบ ตอนนี้อยู่รักษาไป ใช้ชีวิต
ต่อ (P4, stage5)”

“อยากต่อการดำเนินชีวิต จากหาต้องไปฟอก
เลือดมือเว้นมือ สัปดาห์ละสามครั้ง จากหาจะได้ หา
เงิน สัปดาห์ละเจ็ดมือหาจะบ่ได้ ถ้าเป็นมือเว้นมือสิ
ละครีบ ลังทีอจะบ่เป็นมือได้มือบ่ได้จั่งสิ มันกะเลย
ต้องการใช้จ่ายกะต้องหลายขึ้น ประหยัดลงกว่าเก่า
ประหยัดสุดๆ สำหรับการดำรงชีพเพราะว่าหาบ่ได้
คือเก่า (P5, stage4)”

2.4 ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย:
ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่าง
ใกล้ชิด ผู้ดูแลเป็นบุตร ภรรยา ดูแลในเรื่องอาหาร
การรับประทานยา การฉีดยา การเดินทางไปรับการ
รักษา กิจกรรมประจำวัน ด้านจิตใจคนในครอบครัวมี
ความเข้าใจ ห่วงใย ให้กำลังใจและสนับสนุนเรื่องค่า
รักษา รับผิดชอบหารายได้ให้ครอบครัว ดังการ
สะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“สามีกะ ดูแลเปิดทุกแนวกะ กับข้าวกับน้ำกะเฮ็ด
ให้ยายอแต่มีหน้าที่หุงข้าว เอาข้าวให้หมากับแมว ละกะ
ไปออกกำลังกาย แต่ก็น้ำหนาวเพ็นลี้ด้น้ำอุ่นให้อาบ
เพราะว่าเครื่องทำน้ำอุ่นน้ำบ่ไหล เพ็นกะจัดการให้เปิดเลย
กะ บ่ได้ยาก กับข้าวกับน้ำคือกัน แต่ว่าส่วนมากยามแลงแม่
ลี้บ่กินข้าว อดอาหาร ลี้กินแค่ผลไม้ชนิดๆ หน่อยๆ ละลี้พอ
กะ (P3, stage3)”

“ลี้ที่ลูกจดยาให้ ลูกผู้ทำงานอยู่ธนาคารไทย
พาณิชย์นั้นแหละ เฮ็ดลี้แท้ๆ จัดการกับแม่ คุณากัน 2 คน

เก่งก็อกันว่าอยากกินหยัง ย่านแต่แม่บ่ได้กินพวกนี้ หม่อง
ฮั่นแซบเคื่อ หม่องนี้แซบเคื่อ (P7, stage4)”

“กะบ่บ่นครอบครัวดูแลทุกอย่างเลย ให้กำลังใจ
ทุกอย่าง ตอนที่ว่าเป็นใหม่ๆ ทุกคนจะให้ไต่ทุกคนเลย
(P5, stage4)”

“กะมีแต่มาดูแลช่วยกันแห่นยามช้อยเอิ้น ช้อยมีหมู่
รุ่นน้อง ยายอายุหลายกว่าหมู่ แต่สนิท พึ่งกันได้ เบ็งเป็น
เบ็งตายกันได้ (P2, stage5)”

“ดูแลอีกเรื่องคือเรื่องตากแดดนี้ละบ่อยากให้ตาก
ปานได้เดี่ยวไข่มักกะยาก มักออกไปตกเบ็ดลี้ละ มัก
หลาย ยามอาบน้ำนี้กะเซ็ดโตเอา เบ็ดฮ้ายกะฮาดแต่ช่วงได้
ลงไป (P4, stage5)”

“บ่สบาย บวม เหมื่อย หัวมี ยาย ทั้งลูกเค้าครีบ
โทรหาลูกมาลูกที่อยู่ในเมืองบิบบ นวดให้ ชื้อยามาให้กิน
เคยมีอาการ หนาว เข้าน้ำยาสะบั้นเลย (P8, stage5)”

“ภรรยาดูแลเปิดทุกอย่าง ยาฉีดยา ฉีดยาละเพื่อ มือ
ละ 10 ยูนิติ ตอนแลง หมอบอกว่ามันบ่ลงจั่งเพื่อให้นี้คิดตอน
แลง (P9, stage1)”

“ลูกสาวไปเฮ็ดงานกะได้เดือนหนึ่ง ไปทำงานอยู่
สรรพสิทธิ์อินเตอร์ ไปทำความสะอาด ได้มื่อละ 130 มั่นบ่
ถึง 300 มั่นบ่พอใช้ ค่าแรงขั้นต่ำมัน 300 ไปปีแรกได้มื่อละ
ร้อย ร้อยสามสิบหรือห้าสิบนี้แหละ แม่บ่ได้ถาม (P10,
stage4)”

“ละการเงินกะลูกผู้หญิงกลาง ส่ง ตะลงตะล่างนี้เขา
เฮ็ดให้เบ็ด (P11, stage1)”

3. การจัดการตนเองขณะเจ็บป่วยด้วยโรคไต
เรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง
ดูแลตนเองเหมาะสมกับการเจ็บป่วย โดยปฏิบัติตัว
ตามแผนการรักษา ปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยงใน
เรื่องการรับประทานอาหาร รับประทานยา การฉีดยา
และการออกกำลังกาย มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน
ภาวะข้างเคียงของโรคซึ่งมีผลทำให้มีความก้าวหน้า
ในการรักษา ดังกล่าวต่อไปนี้

3.1 ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

เพื่อให้ชะลอการเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติ
และรักษาตนเองตามแผนการรักษา คือ มีวินัย มี
ความรู้ในการรักษาตนเอง เข้าใจในขั้นตอนการรักษา

จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ควบคุมระดับน้ำตาล ดัง
คำกล่าวต่อไปนี้

“ยากะกินสม่ำเสมอ ยามเมื่อเช้า 4 เม็ด ยาม
เที่ยงกะ 2 เม็ด 3 เม็ด แลกะ 4 เม็ดจำได้อยู่จัดไว้เอง
เลยบางทีกะหลานตัวหน้อยๆเข้าโรงเรียน มันกะจำ
ได้กะมาเอ็ดให้เลย (P2, stage5)

“กะมียาเบาหวาน กินมื่อละ 3 เพื่อ กินตรง
เวลา ยาบ่ขาด ไปตามนัดกรับ บ่ได้ขาดไปตรวจทุก 2
เดือนกะ ตรวจทุก วันจันทร์ อังคาร พุธ (P3, stage3)

“การปฏิบัติตัวในแต่ละวัน 06:00ตื่น เอน้ำ
เข้า10:00 เอน้ำออก 14:00 เอน้ำเข้า18:00เอน้ำ
ออก 4 เลื่อ น้ำเข้า น้ำออกแต่ละเลื่อใช้เวลาเอน้ำเข้า
ประมาณ 15 นาที 20 นาที ค้างไว้ 4 ชั่วโมงกรับ เข้า 2
เลื่อ ออก 2 เลื่อ (P8, stage5)”

“ฟอกไตทางหน้าท้องเอง มือนีสามเทื่อละเค้
ฟอกมา แต่ 52 มกราคม ปี 52 ลบ 60 กะแปดปี (P6,
stage5)”

“ที่นอนเฮตาดกแดดยูเรื้อย อาทิตละเทื่อสอง
เทื่อแต่ผ้าห่มนี้คือมื่อเว็นมื่อเลยจัดห้องในการดูแล
โดยจัดห้องให้โล่งกรับปกติ ทำในห้องส่วนตัว”(P4)

“ยาเบาหวาน เท็งกินเท็งจิด เข้าแลง บ่
ธรรมดาเคะน้ำกะได้กินน้ำดื่ม ไปอยู่ไสกะได้เบ็งแต่
จะของเคะ (P11, stage1)”

การควบคุมระดับน้ำตาลผู้ให้ข้อมูลส่วนมาก
รับประทานยาตามแผนการรักษา แต่มีบางคนที่ใช้
สมุนไพรร่วมด้วยซึ่งได้ความรู้มาจากการแชร์
ประสบการณ์ของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังข้อความ
ต่อไปนี้

“-ดื่มยากินลดเบาหวาน มีใบเตย ดอกจาน
เบาหวาน เลาห่วยดื่ม 3 อย่างรวมกัน กินพวกนี้แล้ว
ลดน้ำตาลได้(P3, stage3)”

“กินเห็ดหลินจือเอามาใส่คือกาแฟขงจืด
ใส่กระตือรธรรมาเฮานี เคยกินละเบิดหลายห่อน้ำตาล
ละกะลดลงอยู่กะพอซุยังบ่ขึ้นพอ300จกเทื่อ อยู่ 100
- 200 มีเทื่อหนึ่งหยุดคชะงักเลยเพราะคิดว่าจะของหาย
แล้ว (P11, stage1)”

3.2 ปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยงในเรื่องการ
รับประทานอาหาร: ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความตระหนัก
ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารและหลีกเลี่ยง
อาหารที่เพิ่มความเสี่ยง เพิ่มความรุนแรงของโรคไต
เรื้อรัง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“กินข้าวกินน้ำ นี่เพียงแต่ว่ากินจิดลงเฮ็ดกิน
เอง “

“บักทุเรียนรดได้มาช้อยกะควักเอาวับๆ มี
อละหน่าวๆ กินกับข้าวแซบคือหยั่งนิ ช้อยบ่ทันจิก
ว่าช้อยเป็นเบาหวาน มันปวดเหยี่ยวดูหลายช้อยกะเลย
ไปตรวจเบ็งมันกะเลยพ้อ เป็นใหม่ๆนิ จากนั้นมากะ
ปรับพฤติกรรม ทุเรียนทุเลินกะบ่ได้สนละบ้านนิ
ทุเรียนทุหลอกบ่ได้เอาขึ้นมาแล้ว บ่ได้เอาเข้าเฮือน
แล้วมันลิพาตาย ซาใจนี้มักปานหยั่ง (P11,
stage1)”

ตะกั๊ตะเป็นหนุ่มกะกินเผ็ดกินเค็ม น้ำส้ม น้ำหวาน
แม่กะบ่กินจกเทื่อตั้งแต่เกิดมาบ่อยากแต่ได้ หลังคนกะว่า
กินเป๊ปซี่ โคล่า บ่อีกดอกเขาซื้อมานั้นเนาะ บ่กินเคะ นมกะ
บ่อยาก บ่อยากช้อยๆ บ่มัก น้ำบักตุมคอยค่านนั้นนา กินแบบ
นั้นละ ของหวานแม่บ่สู้กินคั่ว กินผลไม้ กินกล้วยกินหยั่ง
ไปพุ่นละ (P7, stage4)”

“คิดว่าความเค็มมีผลเฮ็ดให้ไตวายได้ เฮากะ
เลยต้องลดเกลือลงทานชีอิ้วขาว เผ็ดกะกินบ่ได้ ออก
กำลังกายทุกมื่อ อย่างเลาะอย่างห้วยวังนอง อย่างทุกมื่อบ่
ไกลดอกกลับไปกลับมาประมาณ2 กิโล ธรรมดา
เพราะว่ามันเคยออก หลายเป็นสิบปีแล้ว (P9,
stage1)”

“พรรคพวกหมู่พองหมู่ฮักหมู่แพง เอาอาหาร
มาค้อน คั่นเค็มช้อยบ่กินเคื่อ บอกกัน กะบ่อยากใส่
เลย พวกน้ำเกลือ น้ำปลาใส่คั่นหนึ่งกินได้นิดหนึ่งหมา
กส้ม หมากล้วย หมาขาม (P2, stage5)”

“การรับประทานอาหารนอกบ้าน เฮาสีระวัง
เอง บอกร้านให้ทำจิดๆ (P4, stage5)”

“ควบคุมลด คพวกอาหารรสจัดพวก เผ็ด เค็ม ให้
กินจิด การปฏิบัติเรื่องอาหารกะคือเฮ็ดอาหารกินเองเฮ็ด
อาหารกินเองเลย ละกะจำคั่นน้ำ คั่นน้ำน้อย สาเหตุที่คั่นน้ำ
น้อยเพราะว่า เฮาบ่เหยี่ยวถ้ำเป็นพวกข้าวคั้มจ้งสิ เฮาบ่ใส่

ผงซุส จะบิใส่ช้อนน้ำปลา เกลือกะบิใส่ จะใส่เป็น ซิอิ้ว
ขาวกรับ ละกะใส่เครื่องปรุงรสชนิดหนึ่ง นิดเดียวได้กรับ แต่
แรกๆมันก็จะซัดๆ ฝึนๆแน่ เพราะว่าเฮาบ่เคยกินจืด กินไป
เรื่อยๆมันก็จะชินเอง พรึกกะกิน ได้อยู่กรับ กินนิดหนึ่งนี่
คือรู้สึกเลย เหวื่อแตกออกโลด ช่นกินเม็ดหนึ่งนิ (P5,
stage4)”

“เรื่องอาหาร กะให้กินปลาหนึ่ง ปลาปิ้ง กินป่น
พวกผัดทอดกินอยู่ห่างๆ บ่ค่อยกิน ส่วนมากกินปลา
ของหวานกะบ่ค่อยกิน แต่กล้วยกินอยู่กิน มีอะ
หน่วยกินเต็ม บ่กินเผ็ด กินจางๆไว้ เคยกินนัวแสง กะ
บ่กิน (P9, stage1)”

“ขึ้นอยู่กับผลเลือดกรับ ว่าแคลเซียมเฮาน้อยเฮา
หลายสำไ้ ถ้าต่ำลงเขาจะให้เพิ่มขึ้น ปรับยาให้ ช่นพวก
โพแทสเซียมจั่งสิ ถ้าสูงกะต้องลด ถ้ามันต่ำกะต้องเพิ่มลด
อาหารประเภทไ้ ถ้าเป็นโพแทสเซียม พวกผักผลไม้กรับ
พวกมีฟอสเฟต ขนบั้งซากาแฟ โยเกิร์ต นมเปรี้ยว ละกะ
พวกเมล็ดพืช ธัญพืช กะเป็นผล ถ้าโพแทสเซียมเกินนี้มัน
จะรู้สึกร้อนวูบวาบในตัว ละกะคันตามผิวหนัง หงุดหงิด
ต้องจดเลบ่แม่นลด ต้องมาปรับเปลี่ยนใหม่ หัวใจเต้นเร็ว
กรับ กะคือนั่นคือการแสดงความผิดปกติแล้ว ที่ต้องลด
การกินลง (P5, stage4)

“เพียงแค่ว่าเรื่องยาสูบเรื่องเหล้านี้ก็หยุดหมด”
(P4, stage5)

“ถ้าเฮ็ดตามใจปฏิบัติโตคือเก่า มันกะจะทรุด
ลงจากทรุดลงแล้วมันก็จะเป็ภาระของครอบครัว
จากเขาต้องไปทำงานเขาต้องมาดูแลเฮาตลอด กะเลย
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ เฮ็ดให้กะของแข็งแรงขึ้น
บ่เป็ภาระของครอบครัว ที่เห็นครอบครัวต่างให้
กำลังใจกัน มันกะมีกำลังใจแต่ว่าโตเฮานี้ต้องให้
กำลังใจเจ้าของ” (P5, stage4)

3.3 การรับประทานยาและการนวด

“มีयरักขาเป็นยาเม็ดใหญ่ๆก่อนอาหาร 2 เม็ด
ยานิดเพ็็นลดลงมา แต่ก่อนนิต 14 ยูนิตตอนนี้เหลือ 10
ยูนิตยาความดันมียาตัวหนึ่ง (P9, stage1)

“กินยา ความดัน ไ้มัน เบาหวานนิตเอา มีอะ
ละ 8 ยูนิต นิตแต่ยามกินมีอะเข้าก่อนกินข้าวกรับ นิต

เองกรับนิตที่ท้องกรับ ซ้ายขวา ซ้ายขวาไปจั่งซี้ละ
กรับ” (P8, stage5)

“ตอนนี้รักษานิดยาอาทิตย์ละเข็มยาตัวนี้มัน
เป็นยาที่เป็นแบบสร้างเกี่ยวกับเลือด”

3.4 การออกกำลังกาย: ผู้ให้ข้อมูลบางคนตระหนัก
ในเรื่องการออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกายเบาๆ ใน
ระยะที่ปรับตัวได้หลังเจ็บป่วย ประเภทการออกกำลังกาย
คือ การเดิน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“หกโมงเช้ากรับ เข้าน้ยาไว้แล้ว นิดยา นิดยา
แล้วกะหัดสวน แล้วกะย่างเลาะเล่น” (P8, stage5)

“ออกกำลังกายทุกมีอะ ย่างเลาะอ่างห้วยวังนอง
ย่างทุกมีอะบ่ไกลคอกกลับ ไปกลับมาประมาณ 2
กิโล ธรรมดาเพราะว่ามันเคยออก หลายเป็นสิบปี
แล้ว” (P9, stage1)

มีผู้ให้ข้อมูลบางคนต้องการออกกำลังกายแต่
ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีอุปสรรคอุปการณ์การ
รักษา ดังคำกล่าว

“อยากออกกำลังกายเตะบอลกับหมู่กะบ่ได้น้ำกรับ
เล่นผมมันคาสายนั้นน้ำกรับ (P4, stage5)

3.5 แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะข้างเคียง
ของโรค: ผู้ให้ข้อมูลทุกคนไ้ใจสุขภาพ ปฏิบัติตน
ตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสาธารณสุข ดังคำ
กล่าว

“ความสะอาดมันมีอุปกรณ์ ล้างอุปกรณ์หยัง
นะกรับ ผมเฮ็ดเองผมเฮ็ดเองเบ็ดไ้เรียนยุโรบาล
กรับ พยาบาลแนะนำการล้างมีอะ เตรียมอุปกรณ์ เช็ด
ไ้กะกะเฮ็ดตามหนังสือนะกรับ ทำแผลวันละ 4 เทื่อ
กรับ ครั้งละ 100 กรับ (P4, stage5)

“เวลาอาบน้ำผมซื้อผ้าจากโรบาล ผืนละ 50 บาท
เอามารัดไว้เอาขันมาปิดแผลไว้อาบน้ำบ่เปียก แพทย์
แนะนำใช้ผ้ารัด แต่พ่อเอาขันมาช่วย เฮ็ดเองเลย
วิธีการทำเอา ผ้ายางพันไว้ก่อน จุ่มพลาสติกไว้ ละเอา
ขันมาครอบ อาบแบบไ้เองนี้ละกรับ (P8)

พรรคพวกหมู่ผองหมู่ฮักหมู่แพง เอาอาหารมา
ดื้อน คั่นเค็มข่อยบ่กินเคื่อ บอกกัน กะบ่อยากไ้เลย
พวกน้ำเกลือ น้ำปลาไ้ชนิดหนึ่งกินไ้ชนิดหนึ่ง (P2)

ตำบลทุ่งเผด็จฯ ตำบลกกอก ตำบลแดง ยายมังกา
บัดนี้ยายบ่กิน คันกินเข้าของทรุดโทรมลง ตัดปัญหาบ่กิน
หลังดูแลเข้าของกะ ตี มีแสงนำคนนำโด ตากะแจ้งขึ้น
(P10, stage)

ผลการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและคำแนะนำ
ของบุคลากรทำให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความก้าวหน้าในการ
รักษา เห็นได้จากผลทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น และการลด
ปริมาณยาที่ใช้ในการรักษาดังกล่าวต่อไปนี้

“ละตอนนี้ผลเลือดดีขึ้นครบทุกอย่างดีขึ้นเบ็ด
เลขความเข้มข้นเม็ดเลือด 34 % ล่าสความดัน
137/74 น้ำหนัก 74 “ผลไตล่าสุด ครีเอตินิน ได้ 11.25
ผลเลือดอย่างอื่นปกติทุกตัว ไข่ขาวกะดีแล้ว บ่ได้กิน
โปรตีนเพิ่มแล้วครับ (P4, stage5)”

“น้ำตาลสะกะลดลงอยู่กะพอซุซยังบ่ขึ้นพอ 300
จักเทื่อ อยู่ 100 – 200” (P11, stage1)”

“อาการดีขึ้นแน่นอน เพราะเบาหวานมาขึ้น
ปกติ บ่คือแต่ก็ แต่ก็มัน 200 (P3, stage3)

น้ำตาลบ่สูงบ่ต่ำพอดีบ่กะบ่ค่อยกินขึ้นมันหวานกิน
ธรรมดาเนี่ยละคุณหมอ กินผลไม้ต่างๆ (P7, stage4)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาการรับรู้ในความเจ็บป่วยและการ
จัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทของ
คนอีสาน ตำบลดงหนองแห่ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการ
เจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวาน โรคความดัน
โลหิตสูง ที่ควบคุมได้ไม่เป็นที่ไปตามเกณฑ์และส่วนมาก
เป็นผู้สูงอายุ (สุริยา, 2557) มีเพียงสองรายที่เป็นวัยทำงาน
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อาจเนื่องมาจากเพศชายมี
พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง
มากกว่าเพศหญิง เช่นการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ มี
ผลทำให้ไตเสื่อมเร็วมากขึ้น (Hallan & Orth, 2011 ;
McManus, 2011; Yamagata et al., 2007) ระดับการศึกษา
ส่วนมากจบประถมศึกษา ระดับการศึกษามี
ความสัมพันธ์กับการรับรู้เรื่องการดำเนินของโรค ผู้ป่วยที่
มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการควบคุมตนเองและการ
รักษาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับที่ต่ำกว่า (McManus,

2011) ด้านอาชีพส่วนมากผู้ป่วยมีอาชีพค้าขาย รับจ้าง
และมี 1 คนที่เกษียณอายุราชการ

2. การรับรู้ในความเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยโรค
ไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ให้ความหมายของ โรคไตเรื้อรัง ไม่
ชัดเจน รับรู้ว่าตนเองไม่เจ็บป่วยหรือการเจ็บป่วยไม่มี
ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต เพราะสามารถดำรงชีวิต
ได้เป็นปกติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 ให้ความ
หมาย บอกสาเหตุ และอาการของการป่วยเป็น
โรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน (Pagels et al., 2015) ในด้าน
ระดับการเจ็บป่วยทุกคนได้รับการแจ้งจากบุคลากร
ด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ
เป็นส่วนมาก การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่หน่วย
บริการปฐมภูมิมีความซับซ้อนเพราะขึ้นกับปัจจัย
หลายอย่างเช่น แพทย์ผู้ให้การรักษา ความรู้ของ
พยาบาลในแนวความคิดของโรคไตเรื้อรังและการ
รับรู้ของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรัง (Dipten et al., 2018) มี
ผู้ป่วยบางรายไม่รู้ระดับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้เมื่อ
มีอาการทางคลินิกอย่างอื่นและทำให้ได้ตรวจพบเมื่อ
ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แล้ว ในบางรายไม่
กล้าสอบถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนกับแพทย์
ผู้รักษา เพื่อลดปัญหาดังกล่าวมีแนวทางพัฒนาคือการ
ปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการโรคเรื้อรังโดย
การส่งเสริมสุขภาพในขณะที่ยังไม่ป่วย การคัดกรอง
กลุ่มเสี่ยงโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและ
ทีมสุขภาพ (ปราโมทย์ อ่างกระโทก, 2560) มีแนว
ปฏิบัติแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
และนำไปบูรณาการในโปรแกรมโรคหัวใจและหลอดเลือด
(Yamagata et al., 2007)

เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้ป่วยทุกคนใส่ใจสุขภาพของ
ตนเอง รับรู้ความผิดปกติผ่านทางอาการ ซึ่งอาการของโรค
ไตเรื้อรังในระยะแรกจะแตกต่างจากระยะสุดท้ายคือ ใน
ระยะที่ 2 - 3 อาการที่พบบ่อยคือ ตะคริวที่ขา ผิวหนังแห้ง
ข้อต่อเจ็บหรือแข็ง เสื่อมสมรรถนะทางเพศและน้ำหนัก
เปลี่ยนแปลง ในระยะ 4-5 มีอาการที่พบบ่อยคือ ความเมื่อย
ล้า ขาดพลังงาน ปวดขา กระหาย คันและอาการบวมที่
ขา (Pagels et al, 2015) เมื่อมีอาการผู้ป่วยรู้วิธีปฏิบัติตัว
เพื่อแก้ไขอาการนั้นๆ จากอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทาง

ร่างกายของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะที่ 4-5 ในระยะเริ่มต้นของการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตจะมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย เพราะยังปรับตัวไม่ได้กับการรักษาทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนไป ซึ่งให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกมีความวิตกกังวลกับความก้าวหน้าของโรค (Clarke et al., 2016) ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เมื่อได้รับการรักษาในระยะหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา อุดติและ ณัฐนิช จันทจิราภิวัฒน์ (2550) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ มากขึ้นโดยการนำหลักศาสนามาเป็นที่พึ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ การทำบุญ สวดมนต์ไหว้พระ ขอพร ทำให้บรรเทาความกังวลจิตใจสงบ เกิดการเรียนรู้ปรับตัวเข้ากับโรค มีทัศนคติเชิงบวกกับแผนการรักษาและมีความหวัง (Wu et al., 2016) นอกจากนี้การเจ็บป่วยและการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไตมีผลกระทบต่ออาชีพ จากศักยภาพทางร่างกายลดลงทำให้ทำงานได้ไม่ เต็มเต็ม และไม่สามารถรับงานในวันรับการรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยการล้างไตด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ที่ต้องใช้เวลา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ใช้เวลานานวันทำงานโดยแต่ละครั้งใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง (Muehrer et al., 2011) ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและค่ารักษา

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทุกรายต้องประสบกับปัญหาที่ยากลำบากทั้งทางร่างกาย จิตใจจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคไตเรื้อรังแต่ยังสามารถผ่านวิกฤตและปรับตัวได้ จากการดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว ทุก ๆ ด้าน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาหาร การรับประทานยา การฝึกเดินชูลิน การเดินทางไปรับการรักษา ค่ารักษา ทางด้านจิตใจครอบครัวให้ความห่วงใยเอาใจใส่ให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wechpradit, Thaiyuenwong, & Kanjanabuch (2011) สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการแบ่งปันเวลาให้กับผู้ป่วย ในสถานการณ์ความเครียดหรือความโศกเศร้า และสามารถช่วยให้พวกเขาผ่อนคลายในเวลาที่ยากลำบากและ

เผชิญหน้ากับภาวะวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. การจัดการตนเองขณะเจ็บป่วย เมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยทุกคนมีความวิตกกังวล แต่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูก หลาน อย่างใกล้ชิด และได้รับการเสริมแรงจากทีมสุขภาพโดยได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย ให้ความช่วยเหลือเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไต ได้รับการสนับสนุนน้ำยาล้างไตฟรี ใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทเมื่อมีการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีพลังทางกายและทางใจในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไม่ให้เข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายช้าที่สุด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดย ใส่ใจสุขภาพ มีวินัยในการรับประทานยา นิดยา ปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่นการปลูกผัก เลี้ยงสัตว์ เพื่อลดความเครียด เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมในโอกาสที่เหมาะสม รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ไปรับการตรวจตามนัดทุกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wu et al., (2016) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ปรับวิถีชีวิตของตนเองหยุดพฤติกรรมเสี่ยงโดยการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร เป็นอาหารเมนูผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างเคร่งครัด ตั้งใจออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ เพื่อให้ชะลอการเสื่อมของไต ชีวิตจะได้ยืนยาวขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร มีการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ คือมีวินัยในการล้างไต การป้องกันการติดเชื้อ การทำความสะอาดอุปกรณ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการรักษา

สรุป

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์ครั้งนี้ทำให้เข้าใจถึงการรับรู้ในความเจ็บป่วยและการจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทของชนอีสาน ตำบลคงทองแห่ง จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับรู้ในระดับความเจ็บป่วยของตนเอง ในระยะแรกของการเจ็บป่วยมีความวิตกกังวล ปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้อง ได้รับการ

ดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ทั้งทางด้านอาหาร การรักษา การเดินทางไปรักษา และด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ สามารถปรับตัวได้กับการเจ็บป่วยดำรงชีวิตได้ตามปกติ เพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัวและชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยทุกคนมีการจัดการตนเองโดยปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาด้วยความมีวินัยในการรับประทานยา นิดยา ฟอกไต ไปตรวจตามนัด ปรับพฤติกรรมลดความเสี่ยงในเรื่องการรับประทานอาหาร บุหรี่ แอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะข้างเคียงของโรค ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความก้าวหน้าในการรักษา คือ หายวิงเวียนศีรษะ ระดับน้ำตาลลดลง ระดับความดันควบคุมได้ในระดับปกติ ความเข้มข้นของเม็ดเลือดและค่าการทำงานของไต (BUN, creatinin) ดีขึ้น ได้รับการลดยาเบาหวาน ยาความดัน ไม่มีการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร ใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในชุมชนเขตเมืองที่มีความสะดวกทางด้านคมนาคม มีแหล่งบริการด้านสุขภาพหลายระดับ มีศูนย์ไตเทียม มีแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าถึงบริการได้สะดวกส่งผล

ให้มีความก้าวหน้าในการรักษา ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนเขตชนบท

2. ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวให้กับผู้ป่วยก่อนเข้าสู่โรค ไตวายระยะแรก
3. พัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลโรคไตเรื้อรังให้กับพยาบาลระดับปฐมภูมิอย่างทั่วถึง
4. ผลการศึกษานี้ได้ผลลัพธ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น จึงควรมีการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุก ๆ ท่าน ที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าในครั้งนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงห้องแหในการช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จด้วยดีและขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณดี สุทธิวรกร ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กัทธิดา อุดดีและ ฉัฐนิช จันทจิร โกวิท. “ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง.” . *สงขลานครินทร์เวชสาร* 25 (3) : 171-177, 2550.
- ไทยรัฐ ออนไลน์. เผยสถานการณ์โรคไตในไทย คาดป่วยไตเรื้อรังแล้ว 8 ล้านคน. <http://www.thairath.co.th/content/408650>. สืบค้นเมื่อ 9 มีนาคม 2557.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. “บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง.” *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 37 (4) : 154-159. 2560.
- ลักขณา ชอบเสียง. “การจัดการตนเองและครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*. 16 (3).: 2-12, 2558.
- สมพร ชินโนรสและ ชุติมา ติปัญญา. “คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด” *วารสารเกื้อการุณย์*, 20 (1) : 5-14, 2556.

- สิทธิพร โนรีและคณะ. “ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง.” **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 35 (4) : 302-312, 2560.
- สุนิสา สีม. “การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง” **วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย**. 6 (1) : 12-18, 2556.
- Clarke, A. L., Yates, T., et al. “Patient's perceptions of chronic kidney disease and their association with psychosocial and clinical outcomes.” **Clinical Kidney Journal**. 9 (3) : 494-502, 2016.
- Dipten, C. V., Berkel, B.V., et al., “General practitioners ’ perspectives on management of early-stage chronic kidney disease : a focus group study.” **BMC Family Practice**. 1-7, 2018.
- Graneheim, U.H., Lundman, B. “Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.” **Journal Nurse Education Today**. 24 : 105-112. 2004.
- Grey M, Schulman-Green D, et al. “A revised self-and family management framework” **Nurse Outlook**. 63: 162-170, 2015.
- Hallan, S. I., Orth, S. R., “Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure” **Kidney International**. 80 (5) : 516-523, 2011.
- Muehrer, R. J., Schatell, D., et al., “Factors affecting employment at initiation of dialysis” **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**. 6 (3) : 489-496, 2011.
- McManus, S., “Illness Representation and Medication Adherence of Patients with Chronic Kidney Disease” PhD thesis Scholar Works, Indiana University-Purdue University Indianapolis (IUPUI). 2011.
- Pagels, A. A., Klang, B., et al. “Differences in illness representations in patients with chronic kidney disease” **Journal of Renal Care**” 41 (3) : 146-155. 2015.
- Wechpradit, A., Thaiyuenwong, J., et al “Health Promotion Behaviors and Related Factors in End Stage Renal Disease Patients Treated with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis.” **J Med Assoc Thai**. 94 (4) : 113-118. 2011.
- Wu, C. C., Lin, C. C., et al. Lived experiences and illness representation of Taiwanese patients with late-stage chronic kidney disease” **Journal of Health Psychology** 2 (12) : 2788-2798, 2016.
- Yamagata, K., Ichida, K., et al. “A Risk factors for chronic kidney disease in a community-based population: a 10-year follow-up study” **Kidney International**. 71 (2) : 159-166 2007.

ความผันแปรของสมบัติดินในรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ต้นน้ำลุ่มน้ำห้วยหลวง

Variation of soil properties in different land uses in headwater area of Huai-Luang watershed

อริตา อินทสิน^{*1}, เพ็ญใจ สมพงษ์ชัยกุล², ปัทมา สิงห์รักษ์²

Arita Intasin^{*1,2}, Penjai Sompongchaiyakul², Patama Singhruck²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมบัติดินในพื้นที่ต้นน้ำลุ่มน้ำห้วยหลวง โดยทำการสุ่มตัวอย่างดินด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นปฐมภูมิ (Stratified random sampling) ได้จำนวนตัวอย่างดิน 24 สถานี ครอบคลุมลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดิน 6 ประเภท ได้แก่ ป่าไม้ นาข้าว อ้อย มันสำปะหลัง ยางพารา และเกษตรกรรมอื่นๆ นำมาวิเคราะห์สมบัติ 4 ประเภท ได้แก่ เนื้อดิน ความหนาแน่นรวม ความพรุน และอินทรีย์วัตถุ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสถิติเชิงพรรณนา F-test และวิเคราะห์การจัดกลุ่ม (cluster analysis) ผลการศึกษาพบว่า ดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย (loamy sand) และดินทรายปนร่วน (sandy loam) มีสัดส่วนของอนุภาคทรายมากที่สุด รองลงมาคือ ทรายแป้งและดินเหนียว (ร้อยละ 69.6, 21.2 และ 9.28 ตามลำดับ) ความหนาแน่นรวมเฉลี่ย 1.50 กรัม/ลูกบาศก์เซนติเมตร และความพรุนเฉลี่ย ร้อยละ 39.7 ปริมาณอินทรีย์วัตถุเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ (ร้อยละ 0.83) ปริมาณอินทรีย์วัตถุพบมากที่สุดในพื้นที่ป่าไม้ และพบน้อยที่สุดในพื้นที่ยางพารา (ร้อยละ 4.32 และ 0.03 ตามลำดับ) ปริมาณอนุภาคทรายและดินเหนียวมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.05 และ < 0.01 ตามลำดับ) จากการวิเคราะห์การจัดกลุ่มตามประเภทการใช้ประโยชน์ที่ดินที่มีลักษณะสมบัติดินใกล้เคียงกัน แบ่งออกได้ 3 กลุ่ม เป็นพื้นที่ป่าไม้ 2 กลุ่ม และพื้นที่เกษตรกรรม 1 กลุ่ม การศึกษานี้ สนับสนุนส่งเสริมการจัดการพื้นที่ต้นน้ำที่เริ่มพบความเสื่อมโทรมอันจากกิจกรรมการเกษตรเชิงเดี่ยว เพื่อชี้ให้เห็นความเสื่อมสภาพของดินอันจะส่งผลเสียต่อระบบนิเวศต้นน้ำ

คำสำคัญ: เนื้อดิน, ความหนาแน่นของดิน, ความพรุนของดิน, อินทรีย์วัตถุ

Abstract

The purpose of this study was to investigate soil properties in the headwater area of Huai-Luang watershed. Stratified random sampling was applied to consider soil samplings. Twenty-four soil samples were collected within 6 land use types; forest, paddy, sugarcane, cassava, para -rubber tree, and other agriculture. Four of soil properties; texture, bulk density, porosity, and organic matter were analyzed. After that, the findings were interpreted by descriptive statistical, F-test and cluster analysis. The results showed that most area was covered by loamy sand and sandy loam. This area consisted of the sand particle most, silt, and clay as compared to the ratios (69.6 ± 18.5 , 21.2 ± 12.0 and 9.28 ± 7.44 %, respectively). The average of soil bulk density was 1.50 ± 0.10 g cm⁻³, and of porosity was 39.7 ± 4.48 (%). The contents of average organic matter was in the low-level criteria (0.83 %) which were found most in the forest area and least in the para-rubber tree area (0.03 and 4.32%, respectively). The contents of sand particle and clay particle were significantly different at the level ($p < 0.05$) and ($p < 0.01$), respectively. According to the cluster analysis based on land use with the similar soil properties, it could be categorized into 3 groups consisting of two forest areas and one cultivated area. Regarding to this present study, it revealed that the headwater area should increase the forest areas for encouraging the headwater area to become the upstream watershed that could store water and nutrient in soil with highest efficiency. Moreover, it should decrease the areas of cultivated activities in order to increase soil fertility and reduce the problem of soil erosion.

Keywords: soil texture, soil bulk density, soil porosity, organic matter

¹ นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ arita_i@hotmail.com

² อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์ทางทะเล คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

บทนำ

พื้นที่ต้นน้ำ (headwater area) เป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญต่อระบบนิเวศลุ่มน้ำอย่างยิ่ง กล่าวคือ เป็นพื้นที่สูงที่เป็นแหล่งกำเนิดของลำน้ำในลุ่มน้ำ ซึ่งน้ำในลำน้ำเกิดจากการตกสะสมของฝนจากพื้นที่ต้นน้ำ น้ำฝนเหล่านั้นจะไหลออกไปเป็นทั้งน้ำผิวและน้ำใต้ดิน จากลำน้ำสายเล็กๆ จนไหลมารวมกันเป็น ลำน้ำสายหลัก ดังนั้น หากพื้นที่ต้นน้ำได้รับผลกระทบอาจนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ต่อระบบนิเวศลุ่มน้ำตามมา โดยปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อปริมาณและการไหลของน้ำ ได้แก่ 1) ปริมาณและการกระจายตัวของน้ำฝนต่อปี 2) ชนิดป่า 3) ลักษณะภูมิประเทศ และ 4) ชนิดและความลึกของดิน⁽¹⁾ ลักษณะของสมบัติดินจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการกักเก็บน้ำ รวมถึงควบคุมการเคลื่อนที่ของน้ำด้วย⁽²⁾ สมบัติดิน เช่น ความหนาแน่น เนื้อดิน การอุ้มน้ำ การซึมผ่าน การยึดเกาะกันของเม็ดดิน เป็นต้น นอกจากจะส่งผลต่อปริมาณน้ำในพื้นที่ลุ่มน้ำแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของพืชด้วย อาทิ การร่อนไหลของรากพืช การดูดซึมน้ำของรากพืช และการหายใจของรากพืช ดังนั้น หากมีสมบัติดินดี ปริมาณน้ำในดินเพียงพอ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมต่างๆ เหมาะสม ย่อมส่งเสริมให้ระบบนิเวศลุ่มน้ำมีความอุดมสมบูรณ์⁽³⁾

ลักษณะของสมบัติดินที่ส่งผลกระทบต่อพื้นที่ต้นน้ำ ได้แก่ เนื้อดิน (Soil texture) เกิดจากวัตถุดิบกำเนิดดินที่แตกต่างกัน ดินที่มีเนื้อละเอียดมักจะเกิดจากวัตถุดิบกำเนิดดินที่มีแร่ธาตุอาหารสูง ทำให้ดินมีความอุดมสมบูรณ์⁽⁴⁾ ลักษณะของเนื้อดินในแต่ละพื้นที่จะมีสัดส่วนของกลุ่มอนุภาคดินที่แตกต่างกัน มีสมบัติในการแสดงความหยาบหรือละเอียดของดินซึ่งจะส่งผลต่อปริมาณและการไหลของน้ำในดิน เช่น ขนาดอนุภาคของดินทราย มีขนาดใหญ่ ไม่เกาะตัวและไม่อุ้มน้ำ มีช่องว่างในดินขนาดใหญ่ น้ำซึมผ่านได้เร็ว ทำให้น้ำในดินถูกระบายออกสู่ลำธารได้อย่างรวดเร็ว ในทางตรงข้ามดินเหนียวมีอนุภาคขนาดเล็ก มีการเกาะตัวกันได้ดี มีช่องว่างในดินน้อย จึงทำให้น้ำซึมผ่านได้ยากกว่า⁽⁵⁾ นอกจากนี้ เนื้อดินยังส่งผลต่อความอุดมสมบูรณ์ของแร่ธาตุในดิน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของพืชด้วย กล่าวคือ ดินเนื้อละเอียดจะมีความจุในการ

แลกเปลี่ยนไอออนบวกสูง (Cation exchange capacity: CEC) จึงสามารถปลดปล่อยธาตุอาหารพืชได้มากกว่าดินเนื้อหยาบ⁽⁶⁾ ในด้านความหนาแน่นรวมของดิน (Soil bulk density) เป็นสมบัติที่บอกค่าน้ำหนักแห้งของดิน ซึ่งมีผลต่อปริมาณและขนาดช่องว่างในดิน กล่าวคือ ดินที่มีความหนาแน่นต่ำมีช่องว่างรวมมาก ดินมีการถ่ายเทอากาศได้ดี มีความร่วนซุย ง่ายต่อการร่อนไหลของรากพืช ในขณะที่ดินที่มีค่าความหนาแน่นรวมสูง ดินจะมีลักษณะแน่นทึบ รากพืชไม่สามารถร่อนไหลได้ง่าย ความหนาแน่นยังมีผลต่อปริมาณน้ำและอากาศในดิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตของพืชเช่นเดียวกัน สมบัติดินในด้านความพรุน (Soil porosity) จะหมายถึงช่องว่างในดิน ซึ่งมีหน้าที่เป็นทางผ่านของน้ำและอากาศให้เคลื่อนตัวได้ กักเก็บธาตุอาหารที่ละลายในน้ำที่อยู่ในดิน จึงมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของพืช นอกจากนี้ ยังเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของสิ่งมีชีวิตในดิน⁽⁷⁾ ดินที่มีความพรุนที่เหมาะสมจึงส่งเสริมต่อการเจริญเติบโตของพืช โดยทั่วไปดินที่มีเนื้อละเอียดจะมีความพรุนอยู่ระหว่างร้อยละ 40 – 60 ซึ่งจะเก็บกักน้ำได้ดีกว่าดินที่มีเนื้อหยาบกว่า ซึ่งจะมีความพรุนประมาณร้อยละ 30 – 50⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ความอุดมสมบูรณ์ของดินยังประเมินได้จากปริมาณอินทรีย์วัตถุซึ่งเป็นแหล่งธาตุอาหารพืชและแหล่งอาหารของจุลินทรีย์ในดิน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเนื้อดิน เช่น ดินทรายเป็นดินที่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ โดยธรรมชาติอยู่แล้ว เนื่องจากลักษณะของหินทรายที่เป็นวัตถุดิบกำเนิดดิน จึงทำให้การสะสมของอินทรีย์วัตถุมีน้อยตามไปด้วย⁽⁹⁾ อินทรีย์วัตถุยังมีความสำคัญต่อสมบัติต่างๆ ของดิน เช่น การทำให้อนุภาคดินจับตัวกันเป็นเม็ดดิน เป็นก้อนดิน ทำให้ดินมีโครงสร้างที่ดี ร่วนซุย ถ่ายเทอากาศและน้ำได้ดี ดินอุ้มน้ำและดูดซับธาตุอาหารพืชได้มาก ด้านทานการเปลี่ยนแปลงความเป็นกรด-ด่าง และลดความเป็นพิษของเหล็ก อะลูมิเนียม แมงกานีส⁽⁹⁾

พงษ์ศักดิ์ และพิณทิพย์ (2551)⁽¹⁰⁾ กล่าวถึงสถานการณ์ปัจจุบันของพื้นที่ต้นน้ำในประเทศไทยว่าได้ถูกบุกรุกและเข้าไปใช้ประโยชน์เป็นจำนวนมาก การรบกวนจากกิจกรรมของมนุษย์ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อโครงสร้างป่า⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยหลักต่อความอุดม

สมบูรณ์ของพื้นที่ลุ่มน้ำ เมื่อพื้นที่ต้นน้ำถูกรบกวนจากกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพื้นที่ต้นน้ำที่พบชัดเจนในหลายพื้นที่คือการกัดเซาะพังทลายของดิน การที่มีของแข็งแขวนลอยสูงมากในน้ำ ยิ่งไปกว่านั้น การเกษตรเชิงเดี่ยวในพื้นที่อนุรักษ์ สร้างผลกระทบในด้านสารเคมีตกค้างและการเกิดยูโทรฟิเคชัน (Eutrophication) ซึ่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตที่อาศัยในแหล่งน้ำ ตลอดจนส่งผลเสียต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในบริเวณ⁽¹²⁾ สำหรับพื้นที่ลุ่มน้ำห้วยหลวง มีขนาดของพื้นที่ต้นน้ำอยู่ประมาณ 878 ตารางกิโลเมตร (พื้นที่ลุ่มน้ำรวม 4,138 ตารางกิโลเมตร) การใช้ประโยชน์ที่ดินส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม พบว่า มากที่สุดคือ นาข้าว มันสำปะหลัง ยางพาราและอ้อย ตามลำดับ พื้นที่ป่าไม้ร้อยละ 33.5 ที่เหลือเป็นพื้นที่ชุมชนและอื่นๆ ความสำคัญของลุ่มน้ำห้วยหลวงคือ เป็นแหล่งต้นกำเนิดของน้ำในอ่างเก็บน้ำห้วยหลวง ซึ่งเป็นแหล่งน้ำดิบที่ใหญ่ที่สุดของจังหวัดอุดรธานี ปัจจุบันมีแนวโน้มขนาดแคลน น้ำในช่วงฤดูแล้ง ซึ่งเป็นผลกระทบจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลก รวมถึงปริมาณประชากรที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความต้องการใช้น้ำเพื่ออุปโภคบริโภคเพิ่มขึ้น ในฤดูน้ำหลากพื้นที่โดยรอบลำน้ำได้รับผลกระทบจากสภาวะน้ำท่วม ซึ่งเป็นผลกระทบจากการปลูกสร้างสิ่งกีดขวางทางน้ำและในอนาคตมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ⁽¹³⁾ จากที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาสมบัติดินในพื้นที่ต้นน้ำจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการหาแนวทางอนุรักษ์พื้นที่ต้นน้ำ รวมไปถึงการบริหารจัดการพื้นที่ต้นน้ำอย่างเหมาะสมและยั่งยืน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการเปรียบเทียบคุณลักษณะทางกายภาพบางประการของดินที่ปรากฏอยู่ในรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินแบบต่างๆ ในพื้นที่ต้นน้ำลุ่มน้ำห้วยหลวง เพื่อสามารถนำผลการศึกษามาเป็นฐานข้อมูลเพิ่มเติมในการจัดการการใช้ประโยชน์ที่ดินในพื้นที่ต้นน้ำต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมบัติดินในพื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วย

หลวง

2. เพื่อเปรียบเทียบสมบัติดินตามลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดิน 6 ประเภท

3. เพื่อจัดกลุ่มดินตามลักษณะลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดินที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

จุดเก็บตัวอย่างดิน ใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นปฐภูมิ (Stratified random sampling) นำเอาระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information Systems ; GIS) โปรแกรม ArcGIS มาใช้ในการสุ่มเลือกจุดเก็บตัวอย่าง โดยให้กระจายครอบคลุมพื้นที่ต้นน้ำ ได้จุดเก็บตัวอย่างทั้งสิ้น 24 จุด

ในการเก็บตัวอย่างดิน มีเครื่องมือที่ใช้ 2 แบบ ได้แก่ กระบอบเจาะดิน (soil sampling core) สำหรับเก็บตัวอย่างดินเพื่อวิเคราะห์หาความหนาแน่นรวม และหลอดเจาะดิน (soil sampling tube) สำหรับเก็บตัวอย่างดินเพื่อวิเคราะห์หาอนุภาคดิน และอินทรีย์วัตถุ

การวิเคราะห์ตัวอย่างดิน

ขนาดอนุภาคดิน: วิเคราะห์ขนาดอนุภาคดินด้วยเทคนิคการร่อนและการตกตะกอนด้วยวิธีปิเปต ซึ่งอาศัยความสัมพันธ์ตามกฎของสโตรก (Stroke's Law)⁽¹⁴⁾ และจัดเนื้อดินตามกลุ่มประเภท (Texture classes) 12 ประเภท

ความหนาแน่นรวม: วิเคราะห์ค่าความหนาแน่นด้วยวิธีของ Tan (2005)⁽¹⁵⁾ นำกระบอบเจาะดินเก็บตัวอย่างดินจากภาคสนาม นำมาไล่ความชื้นด้วยการอบดินที่อุณหภูมิ 105 องศาเซลเซียส จากนั้นนำมาคำนวณค่าความหนาแน่น ซึ่งได้จากอัตราส่วนของมวลดินแห้งต่อ ปริมาตรของกระบอบเก็บดิน โดยปริมาตรของกระบอบที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 5.72 ลูกบาศก์เซนติเมตร

ความหนาแน่นของอนุภาคดิน: ทดลองเพื่อนำค่าที่ได้ไปคำนวณค่าความพรุนของดิน โดยใช้วิธีวอลุ่มเมทริกฟลาสก์ (Volumetric Flask method) ของ Tan (2005)⁽¹⁵⁾ คือการต้มดินเพื่อให้อากาศออกจากดินให้หมดแล้วนำมาคำนวณอัตราส่วนของมวลดินแห้งต่อปริมาตรของส่วนที่เป็นอนุภาคดิน

ความพรุน: วิเคราะห์ค่าความพรุนของดินด้วยการคำนวณจากค่าของความหนาแน่นรวมและความหนาแน่นของอนุภาค จากสมการของ Tan (2005)⁽¹⁵⁾

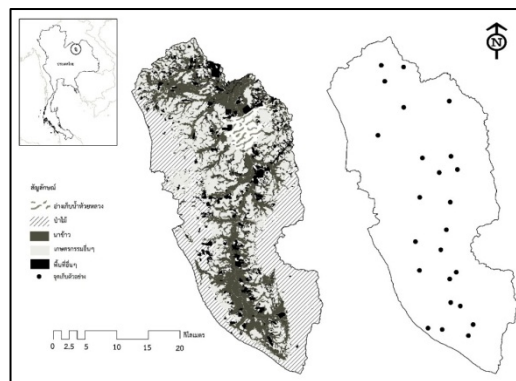
อินทรีย์วัตถุ: วิเคราะห์หาค่าอินทรีย์วัตถุในดินด้วยวิธีของ Walkey and Black⁽¹⁶⁾ หลักการคือใช้โพแทสเซียมไดโครเมท (potassium dichromate; $K_2Cr_2O_7$) เป็นตัวออกซิไดส์อย่างแรงทำปฏิกิริยากับอินทรีย์คาร์บอนในกรดกำมะถันเข้มข้น (sulfuric acid; H_2SO_4) แล้วไทเตรทหาโพแทสเซียมไดโครเมทที่เหลือด้วยเฟอร์รัสแอมโมเนียมซัลเฟต (ferrous ammonium sulfate; $Fe(NH_4)_2(SO_4)_6 \cdot 6H_2O$)

การวิเคราะห์ทางสถิติ: นำค่าทั้งหมดที่ได้มาคำนวณค่าต่ำสุด – สูงสุด, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ F-test

การวิเคราะห์การจัดกลุ่ม (Cluster analysis) เพื่อจัดกลุ่มการใช้ประโยชน์ที่ดิน ตามลักษณะสมบัติดินที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

พื้นที่วิจัย

พื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วยหลวง มีพื้นที่ประมาณ 878 ตารางกิโลเมตร (ลุ่มน้ำห้วยหลวงมีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 4,138 ตารางกิโลเมตร) ตั้งอยู่บริเวณอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี มีต้นกำเนิดจากเทือกเขาภูพาน และน้ำในลำน้ำไหลลงอ่างเก็บน้ำห้วยหลวง ซึ่งเป็นแหล่งน้ำดิบสำหรับอุปโภคบริโภคของประชาชนในเมืองอุดรธานี และบริเวณใกล้เคียง การใช้ประโยชน์ที่ดินส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่นาข้าวร้อยละ 23.5 รองลงมาคือปลูกมันสำปะหลัง (ร้อยละ 9.9) ยางพารา (7.8) และอ้อย (ร้อยละ 7.22) พื้นที่ป่าไม้ร้อยละ 33.5 บริเวณรอบพื้นที่ต้นน้ำซึ่งมีลักษณะเป็นภูเขา มีความสูงประมาณ 600 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง ระดับความสูงของภูมิประเทศลดหลั่นเข้ามาจนถึงบริเวณส่วนกลางของพื้นที่เป็นพื้นที่รับน้ำ (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 พื้นที่ศึกษา พื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วยหลวง และจุดเก็บตัวอย่างดิน

ผลการศึกษา

การศึกษาสมบัติดินทางในพื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วยหลวง ได้ผลการศึกษาดังในตารางที่ 1 แสดงค่าต่ำสุด – สูงสุด ค่าเฉลี่ย และการทดสอบความแตกต่างของดินในแต่ละพารามิเตอร์ด้วยสถิติ F-test พบว่า ในพื้นที่ศึกษามีลักษณะเนื้อดินส่วนใหญ่เป็นดินเนื้อหยาบ กล่าวคือ มีปริมาณอนุภาคดินทรายมากที่สุด (ร้อยละ 69.6) รองลงมาคือ ทรายแป้ง (ร้อยละ 21.2) และดินเหนียว (ร้อยละ 9.28) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาสัดส่วนอนุภาคดินตามลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดิน พบว่า พื้นที่ป่าไม้มีปริมาณอนุภาคทรายค่าที่ต่ำสุด (ร้อยละ 4.50) และมีปริมาณอนุภาคทรายแป้งและดินเหนียวสูงสุด (ร้อยละ 64.2 และ 31.3 ตามลำดับ) ในขณะที่ไร่มันสำปะหลัง พบว่ามีปริมาณอนุภาคทรายสูงสุด (ร้อยละ 85.9) และอนุภาคทรายแป้งและดินเหนียวต่ำสุด (ร้อยละ 6.71 และ 2.68 ตามลำดับ)

เมื่อคำนวณตามสัดส่วนของอนุภาคดินในไคอะแกรมสามเหลี่ยมประเภทของดิน (รูปที่ 2) พบว่า พื้นที่ต้นน้ำลุ่มน้ำห้วยหลวง มีลักษณะดินส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย (loamy sand) และดินทรายปนร่วน (sandy loam) ซึ่งพบในพื้นที่เกษตรกรรม สำหรับพื้นที่ป่าไม้มีลักษณะดินทั้งที่เป็นดินร่วน (loam) ดินร่วนปนดินเหนียว (clay loam) และดินร่วนเหนียวปนตะกอน (silt clay loam) จะเห็นได้ว่า พื้นที่ป่าไม้มีลักษณะเนื้อดินที่แตกต่างจากพื้นที่เกษตรกรรมอย่างชัดเจน โดยจะแสดงสัดส่วนของ

อนุภาคดินเหนียวและดินทรายแบ่งมากกว่าดินทราย ในขณะที่พื้นที่เกษตรกรรมแสดงค่าสัดส่วนของอนุภาคดินทรายสูงกว่า ดินในพื้นที่ศึกษามีความหนาแน่นรวม 1.50 กรัม/ลูกบาศก์เซนติเมตร โดยค่าต่ำสุดและสูงสุด อยู่ระหว่าง 1.25 (ป่าไม้) – 1.69 (นาข้าว) กรัม/ลูกบาศก์เซนติเมตร ความพรุนของดินมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 39.7 ซึ่งค่าต่ำสุดพบในพื้นที่นาข้าวร้อยละ 31.6 ขณะที่ค่าสูงสุดพบในพื้นที่ป่าไม้ ร้อยละ 49.1 จากการคำนวณความแตกต่างของ

แต่ละพารามิเตอร์ด้วยสถิติ F- test พบว่า ลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดินแต่ละประเภท มีค่าอนุภาคดินทรายและดินเหนียวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดย มีค่า F เท่ากับ 3.375 ($p < 0.05$) และ 5.337 ($p < 0.01$) ตามลำดับ สำหรับอนุภาคทรายแบ่ง ความหนาแน่นรวม และความพรุน มีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ มีค่า F เท่ากับ 2.140, 1.272 และ 1.95 ตามลำดับ

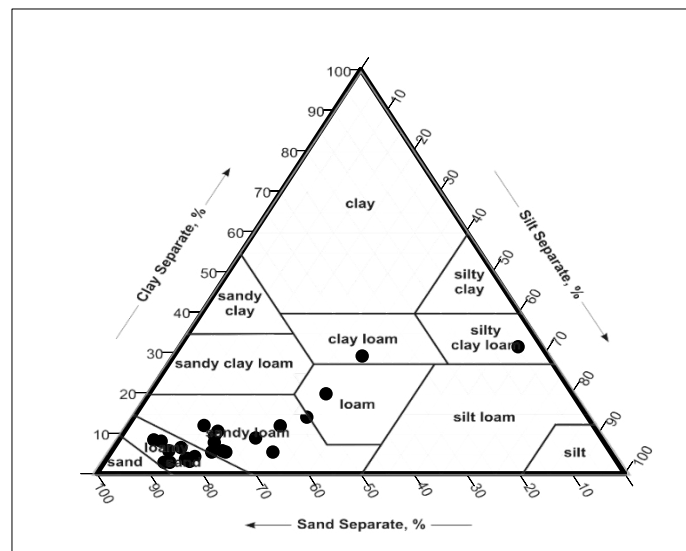
ตาราง 1 สมบัติดินตามรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินแบบต่างๆ ในพื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วยหลวง

สถานี	การใช้ประโยชน์ที่ดิน	อนุภาคดิน (%)			ความหนาแน่นรวม (g/cm^3)	ความพรุน (%)	อินทรีย์วัตถุ (%)	ผลวิเคราะห์การจัดกลุ่ม
		ทราย	ทรายแป้ง	ดินเหนียว				
1	ป่าไม้	4.50	64.2	31.3	1.59	38.8	0.44	1
2	เกษตรกรรมอื่นๆ	72.9	21.9	5.22	1.40	46.2	0.62	2
3	เกษตรกรรมอื่นๆ	80.9	16.2	2.94	1.41	45.5	0.62	2
4	ป่าไม้	35.2	35.8	29.1	1.55	33.5	1.72	1
5	ป่าไม้	46.7	33.6	19.7	1.31	43.5	0.68	2
6	มันสำปะหลัง	85.1	6.71	8.23	1.51	39.3	0.13	2
7	เกษตรกรรมอื่นๆ	83.5	10.9	5.56	1.44	41.7	1.09	2
8	ยางพารา	84.8	12.5	2.74	1.45	43.3	0.47	2
9	ป่าไม้	83.8	8.22	7.96	1.25	49.1	4.32	3
10	มันสำปะหลัง	59.3	28.9	11.8	1.48	38.5	0.66	2
11	อ้อย	71.8	17.8	10.4	1.39	38.6	0.58	2
12	ยางพารา	81.0	15.4	3.63	1.49	39.2	0.46	2
13	นาข้าว	53.2	32.9	13.9	1.53	41.8	0.78	2
14	อ้อย	64.0	30.8	5.25	1.62	33.9	1.40	2
15	นาข้าว	65.5	25.8	8.74	1.53	34.0	0.95	2
16	มันสำปะหลัง	79.3	16.5	4.17	1.61	35.5	1.15	2
17	อ้อย	73.9	18.5	7.60	1.64	34.9	0.99	2
18	ยางพารา	73.0	17.7	9.32	1.58	39.0	0.67	2
19	อ้อย	73.7	14.5	11.9	1.61	35.2	1.06	2
20	นาข้าว	75.5	19.2	5.26	1.69	31.6	0.05	2
21	ยางพารา	80.9	12.8	6.35	1.52	40.6	0.03	2
22	มันสำปะหลัง	85.9	11.5	2.68	1.53	42.0	0.47	2
23	เกษตรกรรมอื่นๆ	81.4	15.1	3.54	1.47	45.1	0.15	2
24	นาข้าว	73.4	21.0	5.60	1.46	42.8	0.43	2
ค่าต่ำสุด		4.50	6.71	2.68	1.25	31.6	0.03	
ค่าสูงสุด		85.9	64.2	31.3	1.69	49.1	4.32	
ค่าเฉลี่ย		69.6	21.2	9.28	1.50	39.7	0.83	

ตาราง 1 สมบัติดินตามรูปแบบการใช้ประโยชน์ที่ดินแบบต่างๆ ในพื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วยหลวง

สถานี	การใช้ประโยชน์ที่ดิน	อนุภาคดิน (%)			ความหนาแน่นรวม (g/cm ³)	ความพรุน (%)	อินทรีย์วัตถุ (%)	ผลวิเคราะห์การจัดกลุ่ม
		ทราย	ทรายแป้ง	ดินเหนียว				
F - test		3.375*	2.140	5.337**	1.272	1.958	1.289	

* หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 , ** หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01



ภาพประกอบ 2 ไคอะแกรมสามเหลี่ยมประเภทของดิน ในพื้นที่ต้นน้ำ ลุ่มน้ำห้วยหลวง

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าพื้นที่ต้นน้ำห้วยหลวงมีลักษณะเป็นดินทรายร่วนและดินร่วนปนทราย ซึ่งเป็นดินเนื้อหยาบ มีอนุภาคทรายปนอยู่มาก ทำให้มีเม็ดดินน้อยและมีช่องว่างขนาดใหญ่ มีผลทำให้เนื้อดินถ่ายเทอากาศได้มาก ส่งผลต่อการกักเก็บน้ำและธาตุอาหารได้น้อยตามไปด้วย ประกอบกับอนุภาคดินเหนียวที่มีคุณสมบัติในการแลกเปลี่ยนประจุบวกมีปริมาณน้อย จึงส่งผลต่อปริมาณแร่ธาตุในดินต่ำ นอกจากนี้ ดินที่มีเนื้อหยาบมีวัตถุต้นกำเนิดดินเป็นหินที่มีองค์ประกอบที่ให้ธาตุอาหารน้อยกว่าดินเนื้อละเอียด ซึ่งจะส่งผลต่อความอุดมสมบูรณ์ของดิน⁽⁴⁾ เมื่อพิจารณาปริมาณอินทรีย์วัตถุในดินพบว่ามีค่าเฉลี่ยร้อยละ 0.83 ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานค่าอินทรีย์วัตถุในดินของเอ็บ เชียวรีนรมย์ (2542)⁽¹⁷⁾ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ (ร้อยละ 0.5 – 1.0) ทั้งนี้ พบว่าพื้นที่ที่มีปริมาณอินทรีย์วัตถุต่ำสุด คือ สวนยางพารา (ร้อยละ 0.03) และสูงสุดในพื้นที่ป่าไม้ (ร้อยละ 4.32) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับรายงานสถานภาพ

ทรัพยากรดินและที่ดินของประเทศไทย⁽¹⁸⁾ ได้รายงานความอุดมสมบูรณ์ของดินในภาคตะวันออกเฉียงเหนือว่า ดินส่วนใหญ่ร้อยละ 71.53 เป็นดินที่มีความอุดมสมบูรณ์ต่ำ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นดินทราย มีปริมาณดินเหนียวและอินทรีย์วัตถุในดินต่ำ จากการทดสอบความแตกต่างของสมบัติดินด้วยสถิติ พบว่า อนุภาคทรายและดินเหนียวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเมื่อพิจารณาตามลักษณะการใช้ประโยชน์ที่ดิน พบว่า พื้นที่ป่าไม้เป็นดินเนื้อละเอียดกว่าพื้นที่เกษตรกรรม สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากลักษณะของพืชคลุมดิน ป่าไม้จะทำหน้าที่สกัดกั้นไม่ให้น้ำฝนปะทะผิวดิน เป็นการป้องกันการพังทลายของดิน และอินทรีย์วัตถุ⁽¹⁹⁾ ในขณะที่พื้นที่เกษตรกรรมส่วนใหญ่เป็นพืชที่มีลำต้นขนาดเล็ก ไม่สามารถปกป้องกันผิวดินได้ ดังนั้น เมื่อดินถูกกระทบจะทำให้อนุภาคดินเนื้อละเอียด ซึ่งมีน้ำหนักเบาถูกพัดพาไปได้ง่ายกว่า ทำให้คงเหลืออนุภาคดินเนื้อหยาบไว้ ซึ่งผลที่ตามคือ ปริมาณแร่ธาตุและความชุ่มชื้นในดินลดลง

เนื้อดินมีผลต่ออัตราการซึมของน้ำลงดิน โดยนิวัติ เรืองพานิช (2547)⁽¹⁹⁾ ได้แบ่งคุณสมบัติทางอุทกวิทยา ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ดินที่มีอัตราการซึมของน้ำลงดินสูง ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก ซึ่งในกลุ่มสุดท้ายนี้เองที่มี ลักษณะเป็นดินเหนียว มีเนื้อแน่นละเอียด มีระดับน้ำใต้ดิน สูง ทำให้น้ำซึมผ่านได้ยาก จะมีศักยภาพในการเกิดน้ำท่า ก่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาลักษณะดินในพื้นที่ศึกษาที่มีดิน ส่วนใหญ่เป็นดินทรายเนื้อหยาบ มีเพียงพื้นที่ป่าไม้ บางส่วนที่เป็นดินเหนียวเนื้อละเอียด ดังนั้น ปริมาณน้ำที่ เกิดจากพื้นที่ต้นน้ำจึงขาดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ ปี ยะวัฒน์ วุฒิชัยกิจเจริญ และคณะ (2559)⁽¹³⁾ ได้รายงาน ปัญหาการขาดแคลนน้ำในพื้นที่จังหวัดอุดรธานีเป็นประจำ ทุกปี โดยเขื่อนห้วยหลวงมีปริมาณน้ำลดลงมากในช่วงฤดู แล้ง ส่งผลให้ไม่สามารถส่งจ่ายน้ำให้กับชาวบ้านเพื่อ อุปโภคบริโภคได้ สำหรับความหนาแน่นรวมของดินใน พื้นที่ศึกษาจะมีค่าค่อนข้างใกล้เคียงกัน โดยมีค่าที่ สอดคล้องกับ Tan (2005)⁽¹⁵⁾ ซึ่งได้กล่าวถึงค่าความ หนาแน่นรวมของดินทรายและดินทรายปนร่วนว่ามีค่าอยู่ ระหว่าง 1.2 – 1.8 กรัม/ลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งเป็นค่าความ หนาแน่นรวมต่ำ เป็นลักษณะดินที่เหมาะสมต่อการ เจริญเติบโตของพืช เนื่องจากมีช่องว่างในดินที่พอเหมาะ ต่อการสะสมน้ำและอากาศในดิน รวมถึงอินทรีย์วัตถุด้วย เมื่อพิจารณาค่าความหนาแน่นตามประเภทการใช้ ประโยชน์ที่ดิน พบว่า พื้นที่ป่าไม้มีค่าต่ำสุด ในขณะที่ พื้นที่เกษตรกรรมจะมีค่าสูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรม ทางเกษตรที่ทำให้ความหนาแน่นของดินเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการเหยียบย่ำดินด้วยการใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่ ส่งผลให้ดินแน่นทึบ เป็นการจำกัดการเจริญเติบโต ของพืช และส่งผลต่อการระบายน้ำและอากาศในดินด้วย ส่งผลต่อความอุดมสมบูรณ์ของดินลดลง⁽³⁾

ในพื้นที่ป่าไม้มีค่าความพรุนสูงกว่าพื้นที่ เกษตรกรรม ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของเนื้อดิน โดยทั่วไปดินที่มีเนื้อหยาบจะมีความพรุนประมาณร้อยละ 30 – 50 ในขณะที่ดินที่มีเนื้อละเอียดกว่ามีความพรุนอยู่ ระหว่างร้อยละ 40 – 60⁽⁸⁾ นอกจากนี้ ความพรุนยังม ีความสัมพันธ์กับความหนาแน่นของดิน กล่าวคือ ดินที่มี

ความหนาแน่นรวมสูง จะยังมีความพรุนของดินลดลง เนื่องจากดินมีการอัดตัวกันมากกว่าปกติ หรือมีปริมาณของ อินทรีย์วัตถุในดินลดลง อาจเนื่องมาจากผลของการใช้ พื้นที่ทำการเกษตรนานเกินไป การใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่ ในการเตรียมดิน หรือการถูกเหยียบย่ำจากมนุษย์หรือสัตว์ ⁽¹⁵⁾ ในขณะเดียวกัน การไถพรวนดินอยู่เป็นประจำจะเป็น สาเหตุให้ดินมีความพรุนมาก อาจนำไปสู่ปัญหาการชะล้าง พังทลายของหน้าดินได้⁽²⁰⁾ ดังนั้น จึงควรลดการบดกวนดิน จากกิจกรรมต่างๆ ทางเกษตร เพื่อให้ดินมีศักยภาพใน การเป็นพื้นที่ต้นน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก สภาพของพื้นที่วิจัยมีภูเขาสูงล้อมรอบและลาดต่ำลง บริเวณส่วนกลางของพื้นที่ ยกเว้นบริเวณภูเขาสูงจะพบการ ทำเกษตรกรรมอยู่ทั่วทั้งพื้นที่ นอกจากทำนาข้าว ยังมีการ ปลูกพืชไร่ เช่น อ้อย มันสำปะหลัง และยางพารา ซึ่งพืชม ีพืช ธิดิโรจนะวัฒน์ และคณะ (2555)⁽²¹⁾ ได้ศึกษาผลจาก การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ป่าต้นน้ำไปปลูกยางพารา กล่าวคือ ทำให้ดินถูกอัดแน่นและดูดซับน้ำฝนได้น้อยลง เนื่องจาก ต้นยางพารามีเรือนยอดปกคลุมเพียงชั้นเดียว ทำให้ดินถูก กระบจากเม็ดฝนรุนแรงมากกว่าพื้นที่ที่เป็นป่าไม้จาก ธรรมชาติ อีกทั้งระบบรากที่มีเพียงชั้นเดียว ส่งผลให้ชั้น ดินแน่นทึบ การดูดซับและระบายน้ำลดลง จากที่ได้กล่าว ไว้ข้างต้นว่าดินในพื้นที่ศึกษามีความอุดมสมบูรณ์ของดิน ต่ำ ดังนั้น ในพื้นที่เกษตรกรรมมีการใช้ปุ๋ยในปริมาณมาก จึงอาจนำไปสู่ปัญหาการชะล้างสารเคมีได้ โดยน้ำผิวดินจะ ชะล้างสารเคมีจากพื้นที่เกษตรกรรมลงสู่แหล่งน้ำ เกิดเป็น ปรากฏการณ์การสะสมของสาหร่าย (Eutrophication) ส่งผลให้ลำห้วยหลวงมีคุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อม โทรม ดังรายงานของสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9⁽²²⁾ ที่ได้ ติดตามคุณภาพน้ำในแม่น้ำห้วยหลวงเป็นประจำติดต่อกัน มาเป็นระยะเวลาหลายปี

จากการวิเคราะห์การจัดกลุ่ม พบว่าสามารถจัด กลุ่มได้ 3 กลุ่มด้วยกัน (ตารางที่ 1) กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย พื้นที่ป่าไม้ (2 สถานี) กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยพื้นที่ เกษตรกรรมทั้งหมด ได้แก่ มันสำปะหลัง ยางพารา อ้อย นาข้าว และเกษตรกรรมอื่นๆ (21 สถานี) และกลุ่มที่ 3 คือ พื้นที่ ป่าไม้ (1 สถานี) ทั้งนี้ กลุ่มที่ 1 และ 3 เป็นพื้นที่ป่าไม้

เหมือนกัน แต่ไม่ได้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เนื่องจากกลุ่มที่ 3 มีค่าอินทรีย์วัตถุในดินที่สูงกว่า กลุ่มที่ 1 อย่างชัดเจน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปลี่ยนพื้นที่ป่าไม้ไปเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ทำให้สมบัติดินเปลี่ยนไป^(23, 24) ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศกลุ่มน้ำได้ นิวัติ เรืองพานิช (2547)⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า ป่าไม้มีคุณสมบัติที่ดีที่สุดในสำหรับการเป็นพืชคลุมดิน ทั้งนี้ ความหนาแน่นของเรือนยอดต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 แต่เมื่อวิเคราะห์พื้นที่ศึกษาพบว่าพื้นที่ป่าไม้เพียงร้อยละ 33.5 เท่านั้น พงษ์ศักดิ์ วิทวัสสุติกุล (2554)⁽²⁵⁾ ได้กล่าวว่าเมื่อป่าต้นน้ำถูกทำลายจะส่งผลให้น้ำฝนตกลงสู่พื้นดินเร็วและแรงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนของโครงสร้างพืชคลุมดิน ทำให้ดินถูกอัดแน่น ช่องว่างในดินจะลดลงจากเดิม การพังทลายของดินเพิ่มขึ้น รวมถึงการเกิดน้ำป่าไหลหลากในช่วงฤดูฝน ตะกอนดินที่ถูกกัดเซาะจะลงสู่แหล่งน้ำผิวดินและส่งผลกระทบต่ออุปโภคบริโภคและอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตอาศัยในแหล่งน้ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาของอริดา อินทสินและคณะ (2561) และอนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์ (2560) ยังแสดงให้เห็นว่าการใช้ปุ๋ยเคมีและสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยปราศจากการควบคุมส่งผลกระทบต่อปริมาณธาตุอาหารในดินและมีการชะล้างลงสู่แหล่งน้ำได้ง่ายในฤดูฝน ดังนั้น ในการจัดการพื้นที่ต้นน้ำเพื่อให้สามารถเป็นแหล่งต้นน้ำลำธารที่มีประสิทธิภาพ จึงควรส่งเสริมให้เกษตรกรในพื้นที่ต้นน้ำมีความรู้ความเข้าใจด้านการอนุรักษ์ดิน การใช้สารเคมีในการเกษตรและการส่งเสริมให้มีการเกษตรแบบผสมผสานทดแทนการเกษตรเชิงเดี่ยว เพื่อลดปัญหาการชะล้างพังทลายของดิน

ทั้งนี้ การรักษาสภาพป่าเป็นกลไกสำคัญในการอนุรักษ์ดิน แต่การเจริญขึ้นของการเกษตรเพื่อการค้าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้เกษตรกรต้องเพิ่มพื้นที่การเพาะปลูก ดังนั้นการส่งเสริมให้เกษตรกรปรับเปลี่ยนมาปลูกไม้ผลยืนต้นจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสมในการอนุรักษ์พื้นที่ต้นน้ำ กล่าวโดยสรุปพื้นที่ต้นน้ำมีหน้าที่เป็น

ต้นกำเนิดของแม่น้ำลำธาร เปรียบเสมือนอ่างเก็บน้ำธรรมชาติที่ค่อยๆ ปลดปล่อยน้ำไหลซึมเพื่อหล่อเลี้ยงแม่น้ำลำธารให้มีน้ำสม่ำเสมอตลอดปี เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการเกษตร เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ⁽¹⁹⁾ ดังนั้น จึงควรอนุรักษ์พื้นที่ต้นน้ำ ให้ยังคงทำหน้าที่การให้บริการทั้งในด้านการให้ผลผลิตต่างๆ จากป่า การควบคุมการดูดซับน้ำฝนของดิน และการระบายน้ำจากชั้นดินลงสู่ลำธาร การควบคุมการชะล้างพังทลายของดิน รวมถึงการให้ประโยชน์ทางอ้อมอื่นๆ เช่น การเป็นแหล่งเรียนรู้ทางธรรมชาติ และเป็นแหล่งพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการวางแผนการอนุรักษ์และฟื้นฟูป่าในพื้นที่ต้นน้ำ ซึ่งนอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อระบบนิเวศกลุ่มน้ำแล้ว ยังส่งผลการพัฒนาในด้านอื่นๆ เช่น ความมั่นคงทางอาหาร การวิจัยและพัฒนาสมุนไพรจากธรรมชาติ และลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านสารเคมีตกค้างจากเกษตรกรรม เนื่องจากพื้นที่ต้นน้ำเป็นแหล่งที่ส่งต่อน้ำไปสู่พื้นที่ส่วนอื่นๆ ทั้งกลุ่มน้ำ หากมีการใช้สารเคมีในการเกษตรจะมีโอกาสปนเปื้อนในพื้นที่ต้นน้ำและไปสู่พื้นที่อื่นๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศอื่นๆต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัยจาก ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช และทุนบัณฑิตศึกษา สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ นอกจากนี้ ยังได้รับความอนุเคราะห์จากภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี สำหรับความช่วยเหลือในการเก็บตัวอย่างงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สาโรจน์ ประพันธ์, พิณทิพย์ ธิติโรจนะวัฒน์, และพงษ์ศักดิ์ วิทวัสสุติกุล. ลักษณะการให้น้ำท่าไหลในลำธารของป่าต้นน้ำ. ส่วนวิจัยต้นน้ำ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช. 2554.
2. เกษม จันทรแก้ว. หลักการจัดการลุ่มน้ำ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2551.
3. มุกดา สุขสวัสดิ์. ความอุดมสมบูรณ์ของดิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์. 2544.
4. อนนท์ สุขสวัสดิ์. การประเมินความอุดมสมบูรณ์ของดิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์. 2547.
5. Foth, H. D. **Fundamentals of soil science**. New York: Wiley. 1978.
6. สุบัณฑิต นิมรัตน์. จุลชีววิทยาดิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์. 2549.
7. Brady C. Nyle, & Weil, R. R. **Elements of the nature and properties of soils /Upper Saddle River**. N.J.: Pearson Prentice Hall. 2010.
8. คณาจารย์ภาควิชาปฐพีวิทยา. ปฐพีวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์. 2548.
9. Donahue L. Roy, Raymond W. Miller, & Miller J. U. **Soils: an introduction to soils and plant growth**. Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall. 1977.
10. พงษ์ศักดิ์ วิทวัสสุติกุล และพิณทิพย์ ธิติโรจนะวัฒน์. การกำหนดรูปแบบของการใช้ประโยชน์ที่ดินบนพื้นที่ต้นน้ำ. ส่วนวิจัยต้นน้ำ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช. 2551.
11. Popradit, A., Srisatit, T., Kiratiprayoon, S., Yoshimura, J., Ishida, A., Shiyomi, M., & Phomma, I. Anthropogenic effects on a tropical forest according to the distance from human settlements. **Scientific reports**, 5, 14689. 2015.
12. Popradit, A. Effect of Community and their Inhabitant Activity on Water Quality in Protected Area in Thailand. **VRU Research and Development Journal Science and Technology**, 12(1), 65-77. 2017.
13. ปิยะวัฒน์ วุฒิชัยกิจเจริญ, พีรวัฒน์ ปลาเงิน, และสมพินิจ เหมืองทอง. การศึกษาการจำลองปริมาณน้ำท่าในลุ่มน้ำห้วยหลวงโดยใช้แบบจำลอง SWAT. **วารสารวิชาการโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า**, 14, 2559. 145-158.
14. Anderson, J. M. & Ingram, J. S. I. **Tropical Biology and Fertility: A Handbook of Methods**. Second ed. USA: Oxford University Press. 1993.
15. Tan K.H. **Soil sampling, preparation, and analysis**, Florida: Taylor & Francis Group. 2005.
16. Loring D. H., & Rantala, R.T.T. Manual for the geochemical analyses of marine sediments and suspended particulate matter. **Earth-Science Reviews**. 32, 1982. 235-283.
17. เอิบ เขียววันรัมย์. การสำรวจดิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2542.
18. กรมพัฒนาที่ดิน. สถานภาพทรัพยากรดินและที่ดินของประเทศไทย. กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. 2558.
19. นิวัติ เรืองพานิช. หลักการจัดการลุ่มน้ำ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ. 2547.
20. ภัทรา ประเสริฐสมบัติ, ศุภิมา ธนะจิตต์, สมชัย อนุสนธิ์พรเพิ่ม, และเอิบ เขียววันรัมย์. ผลของการไถพรวนต่อสมบัติดินและผลผลิตข้าวโพดที่ปลูกบนดินชุดดินวาริน. **วารสารแก่นเกษตร**, 39(1) 2554. 13-24.
21. พิณทิพย์ ธิติโรจนะวัฒน์, บุญมา ดีแสง, ไพรินทร์ เชื้อมชิด, ชลดา อ่อนอาษา, ปัทมา ทิพรส, และโสภา ศิริไพพรรณ. **ทำไมจึงไม่ควรปล่อยวางพารบนพื้นที่ต้นน้ำ**. ส่วนวิจัยต้นน้ำ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช. 2555.
22. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9. **รายงานคุณภาพสิ่งแวดล้อมประจำปี 2560**. สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 9 (อุดรธานี) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2561.
23. Vinhal-Freitas, I. C., Corrêa, G. F., Wendling, B., Bobul'ská, L., & Ferreira, A. F. Soil textural class plays a major role in evaluating the effects of land use on soil quality indicators. **Ecological Indicators**, 74, 2017. 182-190.
24. Eleftheriadis, A., Lafuente, F., Turrión M. Effect of land use, time since deforestation and management on organic C and N in soil textural fractions. **Soil & Tillage Research**, 183, 2018. 1-7.
25. พงษ์ศักดิ์ วิทวัสสุติกุล. การให้น้ำของป่าต้นน้ำ. ส่วนวิจัยต้นน้ำ กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช. 2554.

ปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตาก

Factors Predicted Sexual Behavior Among High School Students in Tak Province

หนึ่งฤทัย อนุเมธางกูร¹, เพ็ญประภา ศิวิโรจน์^{2*}, รัตนา พันธุ์พานิช³Nuengruethai Anumathangkul¹, Penprapa Siviroj^{2*}, Ratana Panpanit³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีเพศสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน จำนวน 204 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-Square test) ค่า Odds Ratio และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบกลุ่ม (Binary Logistic Regression) ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนเท่ากับร้อยละ 20.1 โดยนักเรียนเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 30.6 และนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12.6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์การเรียน การมีคู่นอนหรือแฟน การมีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การได้รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศการดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เมื่อนำปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบกลุ่มพบว่า ปัจจัยเพศ การมีคู่นอนหรือแฟน การสูบบุหรี่ และการมีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์ สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนได้ร้อยละ 38.3 ($R^2=0.383$) และพบว่านักเรียนที่เป็นผู้ชาย มีคู่นอนหรือแฟน มีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนกลุ่มอื่น

คำสำคัญ: การมีเพศสัมพันธ์, ปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์, นักเรียนมัธยมศึกษา

ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to assess the sexual behavior and predicted factors to sexual behavior among students in a high school of Tak province. The sample of this study consisted of 204 students who studying in a high school. The research tool was a self-administered questionnaire. We analyzed using Chi-square test, Odds Ratio and Binary Logistic Regression. The results showed that the prevalence of high school students who had sexual behavior was 20.1% (male had 30.6% and female had 12.6%). The factors related to sexual behavior statistically significant at the 0.05 level were gender, academic achievement, having a lover, having a close friend who had sexual, family relationship, sexual media accessibility, current drinkers and smokers. When analyzing the factors predicted sexual behavior among the high school students by Multiple Binary logistic regression, found that gender, having a lover, current smokers and having a close friend who had sexual predicted 38.3% of the students having sexual behavior at statistical significance level of 0.01 ($R^2 = 0.4980.383$, $p < 0.01$) and found that the students who were male, had a lover or girlfriend, having a close friend who had sexual, and who smoke more likely to have sex than other.

Keywords: sexual behavior, factor predicted sexual behavior, high school student

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญาานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*Corresponding Author: psiviroj@gmail.com

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักกระบาดวิทยาได้ทำการสำรวจการเคยมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้น ม.5 และนักเรียนปวช.ชั้นปีที่ 2 พบว่า ในปี 2559 นักเรียนหญิงชั้น ม.5 เคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากปี 2554 คือร้อยละ 16.4 เป็น 18.7 เช่นเดียวกับนักเรียน ปวช.ชั้นปีที่ 2 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.6 ในปี 2554 เป็น 44.9 ในปี 2559⁽¹⁾ และจากรายงานสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทยโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์พบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 90,000 คน ในปี 2543 เป็น 104,289 คน ในปี 2558 โดยในปี พ.ศ. 2556 อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.7 จำนวนการคลอดบุตรเฉลี่ยต่อวันของหญิงกลุ่มนี้เท่ากับ 8 คนต่อวันและอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 51.2 จำนวนการคลอดบุตรเฉลี่ยต่อวัน เท่ากับ 252 คน⁽²⁾

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงเช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ครรภ์เป็นพิษ อัตราตายและทุพพลภาพจากการตั้งครรภ์ การคลอดและการแท้งมีมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่⁽³⁾ สำหรับจังหวัดตากมีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ในอันดับ 6 ของประเทศ คิดเป็น 58.1 ต่อพันประชากร อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบมีอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น เป็นอันดับ 2 คิดเป็น 106.58 ต่อพันประชากร และพบมีจำนวนการคลอดบุตรของวัยรุ่นถึง 110 ราย คิดเป็น 26.28 ต่อพันประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10⁽¹⁾

นอกจากนั้นผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและประสบการณ์ทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตาก จำนวน 254 คน พบว่ามีนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.27 นักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนหญิง พบการร่วมเพศครั้งแรกกับแฟนหรือคนรักมีร้อยละ 66.67 และอายุที่มีเพศสัมพันธ์มากที่สุดคืออายุ 13 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.62 นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยดู

การดูหนังโป๊ วิดีโอ หรือเว็บไซต์โป๊ ร้อยละ 51.97 และเคยดูมีร้อยละ 48.03 และนักเรียนชายจะดูหนังโป๊มากกว่านักเรียนหญิง นักเรียนที่เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 33.72 ส่วนการสูบบุหรี่มีนักเรียนที่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 18.89 และเพศชายเคยสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง⁽⁴⁾ซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศในอำเภอมีเพียงสรุปผลจากโครงการเท่านั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ และศึกษาปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดตากและศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น⁽⁵⁾ ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การมีคู่อรักหรือแฟน การมีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์ สถานภาพสมรสของบิดามารดาความสัมพันธ์ในครอบครัวการได้รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้นำมาวางแผนแก้ไขปัญหการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและผลกระทบอื่นที่จะตามมาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการมีเพศสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ นักเรียนชายและนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ของโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง⁽⁶⁾ ในปีการศึกษา 2558 จำนวน 1,663 คน เป็นนักเรียนชาย 681 คน และนักเรียนหญิง 982 คน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 204 คน เป็นเพศชาย 85 คน และเป็นเพศหญิง 119 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Estimating a finite population proportion ดังนี้

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

โดยแทนค่า n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (1,663)

p = สัดส่วน (0.2077)

d = ความคลาดเคลื่อน (0.0579)

แทนค่าตามสูตรได้ $n = 170$ คน

จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อลดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งเพิ่มขึ้นอีก 34 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 204 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ 1) เลือกอำเภอเมืองเป็นพื้นที่วิจัย เนื่องจากมีโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาหลายแห่ง 2) เลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่ 1 โรงเรียน 3) สุ่มจับฉลากเลือกห้องเรียนจากระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 และตามแผนการเรียนคือ วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ และศิลป์คำนวณ ศิลป์ภาษาต่างประเทศ สุ่มเลือกอย่างง่ายมาระดับชั้นละ 2 ห้อง ได้แก่ วิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ 1 ห้อง และศิลป์คำนวณ ศิลป์ภาษาต่างประเทศ 1 ห้อง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 ห้อง และเก็บข้อมูลจากนักเรียนทุกคนในห้องเรียนที่สุ่มได้

เกณฑ์คัดเข้าในการศึกษานี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2559 สำหรับเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ นักเรียนที่เกยตื้นครรภ์ หรือมีบุตรแล้ว และนักเรียนที่ไม่ใช่สัญชาติไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ได้แก่ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการมีแฟน/คู่รัก) ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านเพื่อน (ได้แก่ การมีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์) ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านครอบครัว (ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดามารดา และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว) มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.84) ตอนที่ 4 การได้รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

เท่ากับ 0.89 ตอนที่ 5 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ และตอนที่ 6 การเคยมีเพศสัมพันธ์

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 001/2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Chi-Square test, Odds Ratio และสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบกลุ่ม (Binary Logistic Regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างนักเรียนเป็นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเพศหญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 58.3 และ 41.7) กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเรียนแผนการเรียนวิทย์คณิต (ร้อยละ 66.2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีเกรดเฉลี่ย 3.0-3.4 (ร้อยละ 36.8) มากที่สุด และน้อยที่สุดคือ เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.5 (ร้อยละ 8.8) และนักเรียนมีคู่อรักหรือแฟน (ร้อยละ 40.2)

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 20.1 โดยนักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 30.6 และ 12.6) หรือคิดเป็น 3 เท่า (OR=3.055; 95% CI=1.500-6.222) นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนน้อยกว่า 3.00 เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่า 3.00 ขึ้น คิดเป็น 2.5 เท่า (OR=2.489; 95% CI=1.237-5.004) นักเรียนที่มีคู่อรักหรือแฟนเคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่มีคู่อรักหรือแฟน คิดเป็น 6.8 เท่า (OR=6.808; 95% CI=3.102-14.939) นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็น 3.2 เท่า (OR=3.185; 95% CI=1.482-6.844) สัมพันธ์ภาพในครอบครัว นักเรียนที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับน้อย เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวมาก คิดเป็น 2.7 เท่า

(OR=2.751; 95% CI = 1.353 – 1.087) การได้รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศพบว่า ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ได้รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศน้อย คิดเป็น 2.7 เท่า (OR=2.698; 95% CI=0.126-0.574) นักเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่ดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็น 2.8 เท่า (OR=2.806; 95% CI=1.393-5.651) และนักเรียนที่สูบบุหรี่เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็น 6.5 เท่า (OR=6.506; 95% CI=1.948-21.730) (ดังแสดงในตาราง 1)

ตาราง 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษา

ปัจจัย	การมีเพศสัมพันธ์		Crude OR	95 % CI		P value
	เคย	ไม่เคย		Lower	Upper	
1. เพศ						
หญิง	15 (12.6)	104 (87.4)	1			
ชาย	26 (30.6)	59 (69.4)	3.055	1.500	6.222	0.002**
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน						
3.00 ขึ้นไป	17 (14.0)	104 (86.0)	1			
น้อยกว่า 3.00	24 (28.9)	59 (71.1)	2.489	1.237	5.004	0.009**
3. การมีคู่นอน/แฟน						
ไม่มี	10(8.2)	112(91.8)	1			
มี	31(37.8)	51(62.2)	6.808	3.102	14.939	0.001**
4. การมีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์						
ไม่มี	26 (15.9)	138 (84.1)	1			
มี	15 (37.5)	25 (62.5)	3.185	1.482	6.844	0.002**
5. สถานภาพสมรสของบิดามารดา						
อยู่ด้วยกัน	29 (19.6)	119 (80.4)	1			
แยกกันอยู่/หย่าร้าง/ หม้าย	12 (21.4)	45 (78.6)	1.119	0.525	2.384	0.771
6. สัมพันธภาพในครอบครัว						
ระดับดี	15(13.0)	100(87.0)	1			
ระดับน้อย	26(29.2)	63(70.8)	2.751	1.353	5.593	0.004**
7. การได้รับสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ						
ปฏิบัติน้อย	11(10.5)	94(89.5)	1			
ปฏิบัติมาก	30(30.3)	69(69.7)	3.715	1.742	7.925	0.001**
8. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	18 (13.8)	112 (86.2)	1			
ดื่ม	23 (31.1)	51 (68.9)	2.806	1.393	5.651	0.003**
9. การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	34 (17.7)	158 (82.3)	1			
สูบ	7 (58.3)	5 (41.7)	6.506	1.948	21.730	0.001**

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก เป็นการ

วิเคราะห์โดยใช้วิธีการนำตัวแปรเข้าสมการทีละตัว (Forward Stepwise (Likelihood ratio)) พบว่า เพศ การมี

คู่รัก /แฟน การมีเพื่อนสนิทมีเพศสัมพันธ์และการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และปัจจัยทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนได้ ร้อยละ 38.3 ($R^2=0.383$) และพบว่านักเรียนที่เป็นผู้ชาย มี

คู่รักหรือแฟน มีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนกลุ่มอื่น (ดังแสดงในตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	p-value	Exp(B)	(95%CI)	
						Lower	Upper
1. เพศ	1.578	0.459	11.800	0.001**	1.969	1.969	11.915
2. การมีคู่รัก /แฟน	2.294	0.477	23.166	0.000**	3.895	3.895	25.220
3. การมีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์	1.418	0.471	9.066	0.003*	4.128	1.640	10.388
4. การสูบบุหรี่	1.915	0.702	7.441	0.006*	6.790	1.715	26.887

Cox & Snail $R^2 = 0.242$, Adjusted $R^2 = 0.383$

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของการเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน เท่ากับร้อยละ 20.1 โดยนักเรียนเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 30.6 และนักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 12.6 โดยพบว่านักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่าหญิงเป็น 3.0 เท่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง เป็น 2.5 เท่า นักเรียนที่มีคู่อรัก /แฟนมีเพศสัมพันธ์เป็น 6.8 เท่าของนักเรียนที่ไม่มีคู่อรัก /แฟน นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์มีเพศสัมพันธ์เป็น 3.2 เท่าของนักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสนิทเคยมีเพศสัมพันธ์นักเรียนที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับน้อย มีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่า 2.7 เท่านักเรียนที่ได้รับสื่อกระตุ้นทางเพศมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเป็น 2.7 เท่า นักเรียนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่ดื่มเป็น 2.8 เท่า นักเรียนที่สูบบุหรี่มีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่ไม่สูบบุหรี่เป็น 6.5 เท่า โดยปัจจัยที่สามารถทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ เพศ การมีคู่อรัก /แฟน การมีเพื่อนสนิทมีเพศสัมพันธ์ และการสูบบุหรี่ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมทำนายการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนได้ร้อยละ 38.3 ($R^2 = 0.383$)

การที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์ใกล้เคียงกับร้อยละของวัยรุ่นไทยที่เคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าวัยรุ่นชายเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.6 วัยรุ่นหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 18.7⁽⁷⁾ และการที่นักเรียนเพศชายมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิงอาจเนื่องมาจากปัจจุบันสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญกับพรหมจรรย์ของผู้หญิง และปลูกฝังทัศนคติความเชื่อให้กับผู้หญิงที่คืนั้นต้องเป็นคนรักจนลงส่วนตัว เพื่อป้องกันการสูญเสียพรหมจรรย์ให้กับผู้ชายที่ไม่ใช่สามีของตนเอง การให้คำนิยามในเรื่องเพศกับเพศชายนั้นทำให้ผู้ชายเกิดความคิดเป็นผู้นำและเป็นใหญ่ในครอบครัว⁽⁸⁾ ดังนั้นค่านิยมและความเชื่อในลักษณะเช่นนี้ทำให้พฤติกรรมและการแสดงออกด้านเพศของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เรื่องทัศนคติและพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของเพศชายและเพศหญิงในเมืองเชียงใหม่⁽⁹⁾ พบเพศชายยอมรับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และมองว่าเป็นเรื่องจำเป็นมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมองว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานนั้นเป็นการเอาใจใส่ และเชื่อฟังฝ่ายชายก่อนการสมรส

สำหรับผลการเรียนในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์⁽¹⁰⁾ ผู้ที่มีผลการเรียนอยู่ในระดับต่ำกว่า 2.50 มีเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่มีผลการเรียนอยู่ในระดับมากกว่า 2.5 ถึง 2.067 เท่า อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมของ

วัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจเรียน การคบเพื่อนที่ประพฤติตัวไม่ดี และชักจูงกันไปในทางที่เสื่อมเสีย รวมถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ด้านสังคมที่ผลักดันให้วัยรุ่นไม่ใส่ใจต่อการเรียน

การมีคูรัก/แฟนมีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าไม่มีคูรักหรือแฟน สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนคือความรัก เนื่องจากวัยรุ่นมีทัศนคติในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนเป็นการแสดงถึงความรัก ความจริงใจที่มีต่อกัน การที่ขอมมีเพศสัมพันธ์กับแฟนเพราะกลัวแฟนทิ้งกลัวแฟนไม่รัก มีคนใหม่ต้องการผูกมัด อยากรู้อยากลอง อาจเป็นเพราะในปัจจุบันการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องปกติของวัยรุ่นที่เป็นแฟนแล้วต้องมีเพศสัมพันธ์ซึ่งวัยรุ่นคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่เสียหาย⁽¹¹⁾

การมีเพื่อนสนิทที่เคยมีเพศสัมพันธ์ซึ่ง โดยธรรมชาติของวัยรุ่นจะมีความใกล้ชิดกับเพื่อนมากกว่าคนในครอบครัวเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จากเพื่อนโดยเพื่อนมีอิทธิพลต่อความคิดค่านิยมรวมถึงพฤติกรรมของวัยรุ่นมีอิทธิพลทั้งการให้ข้อมูลให้มีทัศนคติความเชื่อและมีพฤติกรรมแบบเดียวกันและยังมีอิทธิพลโดยการกดดันให้เพื่อนในกลุ่มมีพฤติกรรมเช่นเดียวกัน⁽¹²⁾ โดยในช่วงชีวิตวัยรุ่นความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนจะแน่นแฟ้นมากกว่าคนในครอบครัวเพื่อนจึงมีอิทธิพลต่อความคิดค่านิยมและพฤติกรรมของวัยรุ่นมีงานวิจัยหลายฉบับพบว่า เพื่อนมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ซึ่งปัจจัยสนับสนุนด้านเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน⁽¹³⁾ การคบเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดยเพื่อนมีอิทธิพลทั้งแบบให้ข้อมูลให้มีทัศนคติความเชื่อรวมถึงมีพฤติกรรมแบบเดียวกันและมีอิทธิพลแบบกดดันเพื่อนในกลุ่มให้มีพฤติกรรมแบบเดียวกัน⁽¹⁴⁾

ส่วนความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวระดับน้อย มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์เป็น 2.751 เท่าของครอบครัวที่มีระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ความผูกพันภายในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ การเลี้ยงดูในวัยที่เข้าใจชีวิตธรรมชาติของวัยรุ่น จะเป็นภูมิคุ้มกันให้วัยรุ่นสามารถพิจารณาไตร่ตรอง ช่วยตัดสินใจ หากวัยรุ่นถูกชัก

จูงให้มีพฤติกรรมตรงกันข้ามกับที่ถูกครอบครัวยุติบรมสั่งสอนมาวัยรุ่นที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างอบอุ่นจะมีทักษะทางสังคมที่ดี สามารถพิจารณาไตร่ตรอง และมักจะตัดสินใจตามแนวทางที่ได้รับการอบรมสั่งสอนจากครอบครัว ซึ่งตรงข้ามกับวัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงมาโดยขาดความรักความเอาใจใส่และขาดความเข้าใจจากครอบครัวจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนตามเพื่อนได้ง่าย⁽¹⁵⁾

การได้รับสื่อกระตุ้นทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ มีเหตุผลอธิบายได้ว่า การบริโภคสื่อต่างๆ ที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสม เช่น การดูสื่อลามกอนาจารเป็นสิ่งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์ทางเพศเกิดความอยากรู้อยากลองทำตามสื่อที่ได้ดูมาวัยรุ่นบางคนมีการเรียนแบบพฤติกรรมของบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมจากสื่อทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น⁽¹²⁾ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ybarra & Mitchell ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมีการเรียนรู้สิ่งยั่วยุทางเพศจากสื่อต่างๆ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การเลียนแบบระหว่างวัยรุ่นด้วยกันเอง เช่น ดูคลิปโป๊ ทำให้พฤติกรรมทางเพศวัยรุ่นมีความเสี่ยงมากขึ้น⁽¹⁶⁾ วัยรุ่นสามารถเรียนรู้เรื่องเพศได้ง่ายและรวดเร็ว โดยเฉพาะสื่อทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีผลทั้งในทางบวกและทางลบต่อสุขภาพและพัฒนาการของวัยรุ่น การใช้อินเทอร์เน็ตในหมู่วัยรุ่นเกิดจากความสนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศการใช้งานเว็บไซต์เพื่อหาเพื่อน หาแฟน และการเล่นเกมออนไลน์โดยไม่สามารถควบคุมคุณภาพของสื่อได้ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของเยาวชน⁽¹⁷⁾

ผลการศึกษาพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ ฉบับ^(18,19) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง ซึ่งอธิบายได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้วัยรุ่นขาดสติไม่สามารถควบคุมตนเองได้หากมีอารมณ์ทางเพศและนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายและพบว่าเมื่อบริโภคหรือเสพเข้าไปจะขาดสติสัมปชัญญะขาดการควบคุมตนเองกลัมีเพศสัมพันธ์และส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกันนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ นักศึกษาชายที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ตัดสินใจง่ายกว่านักศึกษาที่ไม่ดื่ม

แอลกอฮอล์⁽²⁰⁾ และการที่พบวัยรุ่นในปัจจุบันมีพฤติกรรม การดื่มสุราและของมีเมาในช่วงงานเทศกาลงานสังสรรค์ ของกลุ่มและนิยมไปเที่ยวกลางคืนตามสถานบันเทิงต่าง ๆ ซึ่งในสถานบันเทิงส่วนใหญ่จะมีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่ ผสมแอลกอฮอล์อยู่ด้วยเสมอ และพบว่าหลังจากที่วัยรุ่นได้ ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เหล่านั้นแล้วส่วนใหญ่จบ ลงด้วยการมีเพศสัมพันธ์⁽²¹⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นการเฝ้าระวังในนักเรียนเพศชาย นักเรียนที่มีคูรัก หรือแฟน และนักเรียนที่ผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนน้อยกว่า 3.00 ซึ่งพบความเสี่ยงต่อการมี เพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยสถานศึกษาควรให้ครู อาจารย์ ผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการดูแลนักเรียน เพื่อให้ เกิดการรับรู้ ให้มีแนวคิดเรื่องเพศที่ถูกต้อง
2. สถานศึกษาควรมีการคัดกรองนักเรียนที่ดื่ม แอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่จัดทำสถานศึกษาสีขาวปลอด อบายมุข โดยขอความร่วมมือจากตำรวจ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการจัดทำโครงการ พร้อมทั้งให้การดูแลใน ระยะยาว หากพบนักเรียนที่ดื่ม หรือสูบบุหรี่ ควรมีการแจ้ง ผู้ปกครองและให้การช่วยเหลือต่อไป
3. ความสัมพันธ์ในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ จะเป็นภูมิคุ้มกันเรื่องเพศให้แก่บุตรหลานได้ ผู้ปกครอง ควรเลี้ยงดูบุตรหลานด้วยความรัก เอาใจใส่ มีเวลาให้อย่าง สม่าเสมอ สร้างความอบอุ่น รับประทานอาหารอย่างพร้อม หน้า ทำกิจกรรมครอบครัวร่วมกัน รับฟังปัญหา ร่วมหา

ทางออกพร้อมให้คำแนะนำบุตรหลานเพื่อให้มีอนาคตที่ดี และอาจมีการถามถึงการคบเพื่อนต่างเพศของบุตร เพื่อ ผู้ปกครองจะได้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ให้เหมาะสม

4. ภาครัฐควรมีการควบคุมเรื่องของการเข้าถึงสื่อ ปิดกั้นการเข้าถึงเว็บไซต์ที่ลามก รวมถึงสถานศึกษาควรจัด หลักสูตรการศึกษาเพื่อให้วัยรุ่นรู้จักเลือกการบริโภคสื่อ ปลุกฝังให้นักเรียนมีทักษะการคิดและตัดสินใจเลือก บริโภคสื่อที่มีเนื้อหาเหมาะสม

5. เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้คือ วัยรุ่นในระบบการศึกษาเท่านั้นดังนั้นควรศึกษาวัยรุ่นที่อยู่ นอกกระบวนการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเรื่อง การมีเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมี เพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นทั้ง 2 กลุ่มว่ามีความแตกต่างกัน หรือไม่และควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นที่อาจส่งผลต่อปัจจัย เสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น เช่น แรงสนับสนุน ทางสังคม และทักษะชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญ ประภา ศิวโรจน์ และรองศาสตราจารย์ พญ. รัตนา พันธุ์ พานิช และ ดร.นารถดา ชันธิกุล ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการค้นคว้าข้อมูลและการตรวจสอบ แก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของการวิจัยฉบับนี้ให้ถูกต้อง สมบูรณ์ กระทั่งสำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณนักเรียนทุก คนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. “SEX รอบคอบตอบ OK เรื่องเท่าๆ กับรักของเรา”. DDC WATCH จับตาโรคและ ภัยสุขภาพ. 3(2):1-4, 2559.
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปีพ.ศ.2558.พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด กรุงเทพฯ,2560.
3. ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา. การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านการตลาดที่มีผลต่อการก.วิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 2556.
4. กลุ่มงานสุขภาพจิตวิทยา โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. สรุปผลโครงการอบรมส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์และ โรคเอดส์ในสถานศึกษาปี 2557. โรงพยาบาลแม่สอด ตาก, 2557.
5. World Health Organization (WHO). Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries. Switzerland, 2005.

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2558. ตาก, 2558.
7. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มประเทศไทย.
<http://rhdata.anamai.moph.go.th/index.php/adolescent/adolescent> สืบค้นเมื่อ(12/12/60).
8. สุปียา จันทรมณี, และนิรมล ปัญสุวรรณ. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค นนทบุรี, 2556.
9. XiayunZuo, Chaohua Lou, Ersheng Gao, Yan Cheng, HongfengNiu and Laurie S. Zabin. "Gender Differences in Adolescent Premarital Sexual Permissiveness in Three Asian Cities: Effects of Gender-Role Attitudes". Elsevier.March 2012(50): S18-S25, 2012.
10. ชุตินันท์ รัตนวิบูลย์ และคณะ. ปัจจัยด้านสังคมและสื่อที่มีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียน เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (รายงานการวิจัย).สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ กรุงเทพฯ,2552.
11. กนกกาญจน์ จารุเนตรศรี. พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก,2550.
12. วารุณี ฟองแก้ว และคณะ. "ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อป้องกันเอชไอวีในผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นตอนต้น".วารสารสภาการพยาบาล, 30(1): 112-122, 2558.
13. ณิชกัทธ ปูนมีกิจ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เมืองพัทยา.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี, 2551.
14. รณชกาญจน์ ประกอบบุญศิริ. "ยุทธศาสตร์การสร้างมาตรการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่น".ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 15(2): 93-105, 2556.
15. สัจจา ทาโต. "การมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควรของวัยรุ่นไทย".วารสารพยาบาลศาสตรบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. 1(2): 12 – 30, 2550.
16. Ybarra, M. L., & Mitchell, K. L. "How risky are social networking sites? A comparison of places online where youth sexual solicitation and harassment occurs". Pediatrics, 121(2), e350 -e357, doi: 10.1542/peds.2007-0693,2008.
17. Gavin, L., Galavotti, C., Dube, H., McNaghten, A. D., Murwirwa, M., Khan, R., & St Louis, M. "Factors associated with HIV infection in adolescent females in Zimbabwe". Journal of Adolescent Health.39(4): 596.e11-596.e18, 2006.
18. Sales, J. M., Monahan, J. L., Brooks, C., Diclemente, R. J., Rose E., Samp J. A. "Differences in sexual risk behaviors between lower and higher frequency alcohol-using African- American adolescent females". Current HIV Research.12(4): 276-281, 2014.
19. Lee, Y. M., Cintron, A., & Kocher, S. "Factors related to risky sexual behaviors and effective STI/HIV and pregnancy intervention programs for African American Adolescents". Public Health Nursing. 2014 31(5):414-427, 2014.
20. Chun Yi, C., Ksobiech, K., &Chiao, C. Exploring the relationship between premarital sex and cigarette/alcohol use among college students in Taiwan: A cohort study. Retrieved December 22,2017.
21. สมประสงค์ พระสุจันทร์ทิพย์. ร้อยทางรอดกับแพทย์ทางเลือก. ศรีเอทน์ิกส์ กรุงเทพฯ, 2545.

ข้าวไทยหลากสีป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs)

Various Colors of Thai Rice to Prevent Non-Communicable Diseases (NCDs)

ระพีพรรณ ประจันตะเสน¹Rapeepun Prajuntasan¹

บทคัดย่อ

ปัจจุบันคนไทยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากขึ้น ซึ่งสาเหตุเกิดจากวิถีการบริโภคและการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ อาหารขยะที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลสูง อาหารมัน หรืออาหารที่มีปริมาณแป้งมากเกินไป ซึ่งควรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคมาเป็นการรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบทุกหมู่ และบริโภคข้าวกล้องหรือข้าวหลากสีแทนข้าวขัดขาว เช่น ข้าวที่มีสีม่วงเข้ม สีแดง สีดำ สีทับทิมและสีน้ำตาล ซึ่งพบมากในข้าวดำ ข้าวมะลิแดง ข้าวเหนียวดำ ข้าวเจ้าแดง ข้าวลิ้มฟัวและข้าวไรซ์เบอร์รี่ เป็นต้น โดยสีของเมล็ดข้าวให้คุณสมบัติประโยชน์ที่ต่างกันและอุดมไปด้วยคุณค่าสารอาหารมากมายเช่นสารประกอบฟีนอลิก แอนโทไซยานิน วิตามินอี ลูทีนเบต้าแคโรทีน แกมมาออร์ซานอล ซึ่งสารอาหารเหล่านี้มีคุณสมบัติโดยตรงในการต้านอนุมูลอิสระ จึงช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด อีกทั้งกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดคอเลสเตอรอลในเลือด และป้องกันโรคความจำเสื่อมอีกด้วย

Abstract

Nowadays Thai people are rarely becoming more chronic non-communicable diseases (NCDs), which is caused by the nature in which consumption style and way of life that is not considered healthy, such as eating useless foods, junk food with high cholesterol content, oily foods or foods that have a high amount of starch. We should change the consumption behavior related to eating food with all the nutrients and consuming brown rice or various color rice instead of white polished rice, such as rice with dark purple, red, black, ruby and brown. It is found mainly in black rice, black sticky rice, red rice, Luem Pua glutinous rice and rice berry. Various colors of Thai rice have benefits and rich consisted in many nutrients such as phenolic compounds, anthocyanins, vitamin E, lutein, beta-carotene, gamma-oryzanol, which these nutrients have direct properties in antioxidants. Thereby preventing chronic non-communicable diseases, such as cancer, diabetes, ischemic heart disease, stimulate blood circulation, reduce cholesterol thought the blood and alzheimer's disease.

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

สถานะปัจจุบันของคนไทยกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังNCDs

ปัจจุบันแนวโน้มประชากรไทยเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) ที่ต้องได้รับการรักษาไปตลอดชีวิตมากขึ้น ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตไม่น้อยกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 63 ของสาเหตุการตายทั้งหมด คาดการณ์ประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจในช่วง 15ปีข้างหน้า ประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน อันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สาเหตุการเกิดโรคส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนมากเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงานส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ(สำนักงานโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข,2561) จากรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พบว่าในกลุ่มวัยทำงานอายุ 15- 59 ปี มีการตายในภาพรวมเกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงสุด อัตราการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่(อัมพฤกษ์ อัมพาต) และโรคเบาหวาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จะเห็นได้ว่าวิถีชีวิตของคนในวัยทำงานมักจะไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพเท่าที่ควร สาเหตุหลักมาจากการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดโรคเช่นอาหารที่มีไขมันสูงหรือมีไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลสูง นอกจากนี้การรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลในปริมาณมากเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอ้วนและน้ำหนักเกิน ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโรคความดันโรคเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมการอดอาหารเช้าหรือรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ซึ่งหากไม่รับประทานอาหารมื้อเช้าจะทำให้ระดับน้ำตาล

ในเลือดต่ำจึงเกิดสภาวะมีสารอาหารไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้เกิดสมองเสื่อมได้อีกด้วย ขณะที่การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลานั้นอาจเสี่ยงโรคกระเพาะอาหารอักเสบ ภาวะกรดไหลย้อน ท้องอืดท้องเฟ้อ จุกเสียด อีกทั้งการบริโภคอาหารไม่มีประโยชน์ เช่น อาหารสำเร็จรูป ถึงแม้ว่าจะสะดวกสบาย และใช้เวลาน้อยก็ตาม แต่ถ้าหากเรารับประทานอาหารพวกนี้เป็นประจำย่อมเกิดผลเสียต่อร่างกาย นอกจากจะทำให้อ้วนแล้วยังเป็นตัวการก่อโรคอีกหลายชนิดด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอ้วน และโรคตับ เป็นต้น(ฉัตรชัย นกดี,2559)อย่างไรก็ตามคนไทยเรานิยมการรับประทานอาหารข้าวเป็นอาหารหลักอยู่แล้ว หากคนในวัยทำงานสามารถเปลี่ยนจากการบริโภคข้าวขัดสีเป็นการบริโภคข้าวกล้องหรือข้าวหลากหลายสี ควบคู่ไปกับอาหารประเภทแป้ง จะสามารถช่วยยับยั้งการย่อยและดูดซึมแป้งบางส่วน เพื่อช่วยลดพลังงานที่ได้รับจากแป้งลง ก็จะเป็นการลดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non-Communicable Diseases (NCDs)คือ โรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย ซึ่งกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วนลงพุง โรคตับแข็ง และโรคสมองเสื่อม

การป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ที่มีภาวะทางสุขภาพปกติและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่เป็นโรคแล้วจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนใส่ใจการดูแลสุขภาพของตนเองและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

อาหารที่มีฤทธิ์ในการต้านอนุมูลอิสระที่มีอยู่ในอาหารหลัก ได้แก่ข้าวที่มีสีจากธรรมชาติสามารถช่วยลดความเป็นพิษจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นภายในเซลล์ได้ส่งผลให้เซลล์สิ่งมีชีวิตนั้นสามารถทนต่อสภาวะเครียดทั้งสภาวะเครียดทางกายภาพ (Abiotic stress) และสภาวะเครียดทางชีวภาพ (Biotic stress) ที่จะก่อให้เกิดการสะสมอนุมูลอิสระภายในเซลล์และก่อให้เกิดการทำลายขององค์ประกอบภายในเซลล์เช่น ดีเอ็นเอ โปรตีน หรือเยื่อหุ้มเซลล์ต่อไปได้ซึ่งสารต้านอนุมูลอิสระที่มีอยู่ในข้าวหลากหลายสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงของการเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (Shao Y. et.al., 2011; Chen M.H. et.al., 2012; Pereira-Caro G. et.al., 2013 and Min B.et.al., 2011.)

สารต้านอนุมูลอิสระจากธรรมชาติ (Natural Antioxidants)

อนุมูลอิสระหมายถึงสารที่มีอิเล็กตรอนโคเดเดี่ยวในอะตอมหรือโมเลกุลเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่างๆมากมาย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคความเสื่อม โรคข้ออักเสบ โรคภูมิแพ้ โรคความดันโลหิต เกิดความผิดปกติของปอดและระบบประสาท เป็นต้น เราจึงต้องรับประทานสารต้านอนุมูลอิสระเพื่อกำจัดอนุมูลอิสระ หรือมีอีกชื่อว่า “Antioxidant” สารต้านอนุมูลอิสระจากธรรมชาติ จึงได้รับความสนใจ และมีการศึกษาค้นคว้าอย่างกว้างขวางเนื่องจากมีความเชื่อมั่นว่า มีความปลอดภัยในการบริโภค สารต้านอนุมูลอิสระ จึงเป็นที่นิยมอย่างมาก ซึ่งจะพบมากในข้าวหลากหลาย (เจนจิรา จิรัมย์ และคณะ, 2554; นุหรีน พันธุ์สวรรค์, 2556)

ข้าวหลากสีกับประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระ

ข้าวไทยที่มีสีธรรมชาติมีมากมายหลากหลายสายพันธุ์และยังมีสีตั้งแต่สีน้ำตาลหรือสีม่วงเข้ม สีแดง สีทับทิม สีเหลืองทอง สีน้ำตาลและสีขาว สีต้นของข้าวให้คุณสมบัติที่แตกต่างกันออกไป แต่แท้จริงแล้วภายใต้สีต้นหลากหลายของข้าวไทยนั้นอุดมไปด้วยคุณค่าสารอาหารมากมายเช่น สารประกอบฟีนอลิก แอนโทไซยา

นิน วิตามินอี ลูทีน เบต้าแคโรทีน แกมมาออโรซานอล สารอาหารเหล่านี้มีคุณสมบัติโดยตรงในการต้านอนุมูลอิสระ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเมเร็งและโรคต่างๆ หลายชนิดเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ต้อกระจก ข้ออักเสบ เป็นต้น การรับประทานข้าวให้หลากหลายหลากสายพันธุ์เป็นส่วนช่วยป้องกันโรคดังกล่าว นอกจากนี้ยังสามารถลดปริมาณคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี (LDL) และเพิ่มปริมาณ High Density Cholesterol (HDL) ซึ่งเป็นคอเลสเตอรอลที่ดีอีกด้วย โดยเฉพาะข้าวพื้นเมืองของไทยที่มีสีเข้มซึ่งมีปริมาณต้านอนุมูลอิสระสูง ได้แก่ ข้าวมะลิแดง ข้าวหอมแดง ข้าวหอมกุหลาบแดง ข้าวเก่า ข้าวเหนียวดำ ข้าวเจ้าแดง ข้าวลิ้มฟัว ข้าวไรซ์เบอร์รี่และพันธุ์สินเหล็ก ฯลฯ (Padayatty et. al., 2003; วิไลดาสินทรและคณะ, 2557)

ข้าวยังมีสีม่วงเข้มมากประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระยังมีมากขึ้นโดยมีค่าอยู่ระหว่าง 35.3 ถึง 214.7 umole/g จากการศึกษาดัชนีวิธี ORAC (Oxygen Radical Absorbance Capacity) โดยเฉพาะในรำข้าวเจ้าหอมนิลและรำข้าวไรซ์เบอร์รี่มีประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระสูง ถึง 229 ถึง 304.7 umole/g และเมื่อนำข้าวสายพันธุ์ต่างๆมาเปรียบเทียบกับน้ำผลไม้พร้อมดื่มหรือน้ำชาเขียว พบว่ามีประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระมากกว่า 100 เท่า สำหรับกระบวนการหุงต้มข้าวที่มีสีม่วงเข้มด้วยหม้อหุงข้าวไฟฟ้า พบว่ามีผลทำให้ ประสิทธิภาพในการต้านอนุมูลอิสระลดลงประมาณร้อยละ 50 หรือลดประสิทธิภาพลงประมาณครึ่งหนึ่งของข้าวดิบ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแล้วข้าวสีม่วง ยังมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงกว่าน้ำผลไม้พร้อมดื่มหรือน้ำดื่มชาเขียวที่ขายตามท้องตลาด ซึ่งข้าวยังสีเมล็ดมีความเข้มเท่าไรยังทำให้มีผลในการต้านอนุมูลอิสระได้สูงขึ้นเท่านั้น จากงานวิจัยพบว่าข้าวกล้องพันธุ์ไรซ์เบอร์รี่และพันธุ์สินเหล็กเมื่อหุงสุกแล้วยังมีสารต้านอนุมูลอิสระเหลืออยู่ ไม่ได้ถูกความร้อนทำลายหมด จึงเป็นแหล่งอาหารที่ให้สารต้านอนุมูลอิสระสูง การที่ร่างกายได้รับสารต้านอนุมูลอิสระพอเพียงต่อความต้องการในแต่ละวัน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด และ

โรคมะเร็งได้ (ศูนย์วิทยาศาสตร์ข้าวและหน่วยปฏิบัติการ
ค้นหาและใช้ประโยชน์ยีนข้าว, 2560)

สารประกอบฟีนอลิก(Phenolic compounds)หรือ
สารประกอบฟีนอล เป็นสารที่พบในธรรมชาติในพืชหลาย
ชนิด เช่น ข้าวหลากหลายสี ผักผลไม้ เครื่องเทศสมุนไพร ถั่ว
เมล็ดแห้ง เมล็ดธัญพืช ซึ่งมีประโยชน์ในการเจริญเติบโต
สารประกอบฟีนอลมีโภชนะเภสัช ซึ่งสรรพคุณที่ดีต่อ
สุขภาพคือมีคุณสมบัติเป็นสารต่อต้านอนุมูลอิสระ และ
สามารถละลายได้ในน้ำ ช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจน
และช่วยในการสลายคอเลสเตอรอลซึ่งสามารถพบได้มาก
ในข้าวที่มีสีดํา สีม่วงแดงมากกว่าข้าวขาว โดยสุทธิ ชูดี
ไพจิตรและคณะ (2560) พบว่าข้าวเหนียวดำอุบล ข้าวดำอุบล
และข้าวดำอุคร มีปริมาณสารประกอบฟีนอลิกอยู่ที่ประมาณ
580-670 mg Gallic/g ซึ่งสูงกว่าที่พบในเมล็ดข้าวขาว 3 สาย
พันธุ์ (ข้าวหางยี71 ชัยนาท1 และกข49) ที่มีปริมาณ
สารประกอบฟีนอลิกอยู่ที่ประมาณ 100-145 mg Gallic/g
นอกจากนั้นวอลอนส์ เสมสังข์และคณะ (2558)พบว่าข้าว
เหนียวดำพันธุ์พื้นเมือง ข้าวเหนียวดำพันธุ์ลิ้มผัว ข้าวเหนียว
ดำพันธุ์หอมภูเขียว ข้าวพันธุ์ก่ำดอยสะเก็ด และข้าวเจ้าดำ
พันธุ์ไร่ชบอร์รี่ ซึ่งเป็นข้าวที่มีสีดําที่มีปริมาณฟลาโวนอยด์
และฟีนอลทั้งหมดที่เป็นองค์ประกอบสูง มีฤทธิ์ในการต้าน
อนุมูลอิสระสูงกว่าข้าวที่มีสีขาวในทุก ๆ วิธีการทดสอบ โดย
ข้าวเหนียวดำพันธุ์ลิ้มผัวให้สารสกัดที่มีฤทธิ์ในการต้าน
อนุมูลอิสระสูงสุด

สารแอนโทไซยานิน (Anthocyanin) พบในข้าวที่มี
สีดําม่วง ซึ่งเป็นสารในกลุ่มฟลาโวนอยด์ ได้แก่ ข้าวนิล
ข้าวเหนียวดำ ข้าวดำ ข้าวลิ้มผัว ข้าวมะลิแดง ข้าวไร่ชบอร์รี่
และพันธุ์สินเหล็ก ฯลฯ ซึ่งจะพบอยู่ในส่วนของผิวเมล็ด
จนถึงเยื่อหุ้มเมล็ดชั้นใน สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสาร
ต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งมีประโยชน์ต่อสุขภาพ คือสามารถช่วย
ลดภาวะเครียดออกซิเดชัน (Oxidative stress) ทำให้ไขมันใน
เลือดดีขึ้น และบรรเทาการอักเสบที่เกิดจากการสะสมของ
ไขมันบริเวณหลอดเลือดในระดับของสัตว์ทดลอง(สุโสนิย์เบญจ
เหมและคณะ,2557 และ Wang et al., 2007) จากงานวิจัยของระพี

พรรณ ประจันตะเสน(2559) พบว่าข้าวดำเทพนามีปริมาณสาร
แอนโทไซยานินมากที่สุด(66.30 มิลลิกรัม/100 กรัม) ซึ่งข้าว
ดำเทพนามีปริมาณสารแอนโทไซยานินและสารต้านอนุมูล
อิสระมากกว่าข้าวดำไร่ โดยปริมาณสารแอนโทไซยานิน
แปรผันตรงกับความสามารถในการต้านอนุมูลอิสระ
นอกจากนี้พรพนาชื่นชูจิตและคณะ (2560) พบว่าข้าวดำแปมี
ปริมาณสารแอนโทไซยานินสูง คือ 48.19 ± 5.05 มิลลิกรัม
ต่อลิตรซึ่งสารแอนโทไซยานินนอกจากจะมีฤทธิ์ต้านอนุมูล
อิสระแล้วยังมีผลเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบ
ภูมิคุ้มกัน ลดไขมัน ลดอาการอักเสบ ช่วยปกป้องหลอดเลือด
กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดคอเลสเตอรอลในเลือด
ป้องกันโรคเบาหวาน และป้องกันมะเร็งหลายชนิด เช่น
มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งของระบบ
สืบพันธุ์ และสามารถยับยั้งเชื้ออีโคไลในทางเดินอาหารที่
ทำให้เกิดท้องเสีย อีกทั้งยังป้องกันโรคความจำเสื่อม
สามารถป้องกันความเสี่ยงของเซลล์ประสาทอีกด้วย โดยสุทธิ
รัตน์ ชุ่มปิยะ (2554) พบว่าข้าวเหนียวดำมีสารที่มีฤทธิ์
ป้องกันการตายของเซลล์ HT-22 จากการถูกกระตุ้นด้วย
 H_2O_2 และลดภาวะการเกิด Oxidative Stress ภายในเซลล์
ซึ่งเป็นสาเหตุของการทำลายเซลล์สมอง

นอกจากนี้ข้าวมีสีม่วงแดงยังเป็นแหล่งของธาตุ
เหล็กที่สำคัญ โดยเฉพาะพันธุ์ข้าวที่มีสีแดงและสีดํามี
ปริมาณธาตุเหล็กในเมล็ดสูงกว่าพันธุ์ข้าวขาว เช่น พันธุ์ข้าว
ของจีนที่มีเมล็ดขาวสีแดง พบว่ามีปริมาณธาตุเหล็กสูงสุดถึง
64 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม สามารถนำไปใช้ทดแทนการให้ธาตุ
เหล็กเพื่อลดปัญหาที่มักพบในเรื่องการให้ธาตุเหล็กแก่ผู้ป่วย
ที่ขาดธาตุเหล็ก ทั้งนี้เนื่องจากการให้ธาตุเหล็กทดแทนใน
ลักษณะนั้นมักใช้ปริมาณที่สูงและส่งผลกระทบให้มีการเพิ่มการ
สร้างอนุมูลอิสระในร่างกายเพิ่มขึ้นและเกิดอันตรายต่อเซลล์
ต่างๆของร่างกาย ซึ่งการบริโภคข้าวมีสีม่วงแดงจึงสามารถจะลด
ปัญหาดังกล่าวได้ เนื่องจากในข้าวมีสารอื่นๆที่มีฤทธิ์ต้าน
อนุมูลอิสระอยู่เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบสาร Gamma
Oryzanolมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ ช่วยลด Cholesterol,
Triglyceride และเพิ่มระดับของ high density lipoprotein (HDL)

ในเลือด ช่วยยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ช่วยยับยั้งการรวมตัวของเม็ดเลือด และเพิ่มระดับฮอร์โมนอินซูลินของคนที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งในกระเพาะอาหารอีกด้วย (ไลพ์ฟอนแคมปีส, 2555; Chaudhary, 2003; Tananu Wong and Tewaruth, 2010; วิไลดาสินทรและคณะ, 2557 และสำนักงานพัฒนาผลิตภัณฑ์ข้าว, 2560)

เมล็ดข้าวเหนียวดำมีสารที่สำคัญที่ชื่อ แกมมาโอไรซานอล (Gamma Oryzanol) มีคุณสมบัติในการต้านการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชัน (Antioxidant) สามารถลดคอเลสเตอรอล และเพิ่มระดับของ High Density Lipoprotein (HDL) ในเลือด มีผลต่อการทำงานของต่อมไธมัส ช่วยยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร และการรวมตัวของเกล็ดเลือด และแอนโทไซยานิน ซึ่งมีคุณสมบัติในการต่อต้านการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันช่วยการหมุนเวียนของกระแสโลหิต ช่วยลดการเสื่อมของเซลล์ร่างกาย โดยเฉพาะแอนโทไซยานินชนิดที่พบในข้าวสีม่วงกลุ่มอินดิกา ซึ่งรวมถึงข้าวเหนียวดำไทยคือ Cyanindin-3-glucoside มีคุณสมบัติในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งปอด สารสกัดจากข้าวเหนียวดำนั้นมีคุณสมบัติที่ช่วยสร้างเม็ดเลือดแดง ซึ่งนอกจากนี้ยังพบสารประกอบอื่นๆ ในเมล็ดข้าวเหนียวดำ ได้แก่ โปรตีน ซึ่งในข้าวกล้องมีปริมาณโปรตีนและกรดอะมิโนที่สำคัญคือ ไลซีน (Lysine) สูงกว่าข้าวสารขัดสีอีกด้วย (Frei, M. and Becker K., 2005)

สรรพคุณของข้าวหลากหลายต่อการรักษาโรคต่างๆ

นอกจากข้าวหลากหลายจะสามารถลดและป้องกันความเสี่ยงต่อโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว การบริโภคข้าวหลากหลายยังสามารถป้องกันโรคต่างๆมากมาย ได้แก่

- 1) ช่วยในกระบวนการขับถ่าย หากกินข้าวกล้องหลากหลายทุกวันจะช่วยให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น เนื่องจากข้าวกล้องมีใยอาหารสูง โดยมีไฟเบอร์มากกว่าข้าวขาวขัดสีถึง 3 เท่า จึงช่วยกระตุ้นระบบขับถ่ายให้ทำงานได้อย่างไหลลื่นขึ้น
- 2) ป้องกันโรคเหน็บชาตะคริวและโรคปากนกกระจอก ซึ่งในข้าวหลากหลายอุดมไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ มากมาย ได้แก่ วิตามินบี 1 และวิตามินบี 2

3) ช่วยในการเจริญเติบโตของเหงือกและฟัน เนื่องจากมีฟอสฟอรัสอยู่มากถึง 267 มิลลิกรัมต่อข้าวกล้อง 100 กรัม จึงสามารถช่วยในการเจริญเติบโตของกระดูกและฟันได้

4) ป้องกันโรคโลหิตจางซึ่งข้าวหลากหลายอุดมไปด้วยวิตามินและแร่ธาตุหลายชนิด โดยเฉพาะในส่วน ธาตุเหล็กที่มีปริมาณมากในข้าวที่มีสีแดงและสีดำ จึงเป็นอีกทางเลือกที่ช่วยป้องกันภาวะโลหิตจางได้

5) ป้องกันโรคผิวหนังบางชนิดในอาชนที่มีอยู่ในข้าวจะช่วยในการทำงานของระบบผิวหนังและระบบประสาท ซึ่งก็อาจมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคผิวหนังบางชนิดได้ เช่น โรคหนังกระ ทั้งยังช่วยป้องกันอาการประสาทไวได้อีกด้วย

6) ป้องกันอาการอ่อนเพลีย อาการปวดกล้ามเนื้อต่างๆ ซึ่งอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ มักจะมีสาเหตุมาจากภาวะขาดวิตามินบีรวม ดังนั้นในข้าวหลากหลายที่มีทั้งวิตามินบี 1 และบี 2 จึงสามารถป้องกันอาการผิดปกติดังกล่าวได้ (สิทธาพรพรรณสมบูรณ์, 2552; บรรจบ ชุณหสวัณกุล, มปป.; วรินทร์ กลั่นกลิ่นและคณะ, 2555)

สรุป

ในปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ Non-Communicable Diseases (NCDs) ซึ่งหมายถึง โรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตไม่น้อยกว่า 36 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 63 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยคนไทยกว่า 14 ล้านคนหรือ 73% ของผู้ที่เสียชีวิตทั้งหมดเป็นโรคในกลุ่มนี้ส่งผลเป็นความเสียหายทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุเกิดขึ้นจากวิถีการบริโภคและการใช้ชีวิตที่ไม่คำนึงถึงสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ อาหารขยะที่มีปริมาณคอเลสเตอรอลสูง อาหารมัน หรืออาหารที่มีปริมาณแป้งมากเกินไป ซึ่งถ้าเราเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคมาเป็น การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบทุกหมู่ และเปลี่ยนมารับประทานข้าวกล้องหรือข้าวหลากหลายแทนข้าวขัดขาว ซึ่งข้าวหลากหลายมีสารประกอบฟีนอลิกแอนโทไซยานิน วิตามินอี ลู

ทีนเบต้าแคโรทีน แกมมาโอไรซานอล ซึ่งสารอาหารเหล่านี้มีคุณสมบัติโดยตรงในการต้านอนุมูลอิสระ จึงช่วยป้องกันการก่อมะเร็ง หลายชนิด เช่นมะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งของระบบสืบพันธุ์ ช่วยปกป้องหลอดเลือดกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ลดคลอเรสเตอรอลในเลือด ป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความจำเสื่อม ข้าวหลากสีบางชนิดมีสรรพคุณบำรุงกำลัง มีเส้นใยอาหารสูงช่วยในการระบาย บางชนิดมีกลูโคสสูงให้พลังงานอย่างรวดเร็ว บางชนิดมีดัชนีน้ำตาลต่ำ แป้งข้าวเปลี่ยนเป็นน้ำตาลช้า ทำให้น้ำตาลในเลือดไม่พุ่งสูง เหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้

สารอาหารในข้าวกล้องจะช่วยต่อต้านโปรตีนที่ชื่อว่า Angiotensin II ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดก่อโรคหลอดเลือดแข็งตัว และโรคความดันโลหิตสูงอีกด้วย ด้วยคุณประโยชน์อันมากมายของข้าวกล้องและข้าวหลากสี ผู้บริโภคข้าวในปัจจุบันจึงนิยมบริโภคข้าวหลากสีเป็นโภชนาบำบัดประกอบการดูแลสุขภาพส่วนตน สร้างสมดุลให้กับชีวิตทั้งด้านการพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์หรือความเครียด ก็สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ช่วยยืดอายุไขให้มีอายุยืนยาวอย่างมีความสุข ความคุ้มค่ามหาศาลก็คือช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเองและภาครัฐโดยรวมได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2556).กลุ่มโรค NCDs โรคที่ตนเองสร้างเอง.สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (สสส.)
- เจนจิรา จิรัมย์และประสงค์ สีหามาม. (2554). อนุมูลอิสระและสารต้านอนุมูลอิสระ : แหล่งที่มาและกลไกการเกิดปฏิกิริยา. วารสารวิชาการ. มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์.1(1) : 59-70
- ฉัตรชัย นกดี. (2559). 6 พฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพ หมู่มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์.สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (สสส.)
- นวลอนงค์ เสมสังข์และคณะ. (2558). ปริมาณฟลาโวนอยด์สารประกอบฟีนอลทั้งหมดและฤทธิ์การต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดจากข้าวไทย.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
- บรรจบ ชุมหสวัสดิกุล. (มปป.).ข้าวกล้องดีต่อสุขภาพ. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. 58-66.
- บุหรันพันธุ์สุวรรณ. (2556). อนุมูลอิสระสารต้านอนุมูลอิสระและการวิเคราะห์ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.21(3) : 275-286.
- พรพจน์ชูเชิด และคณะ. (2560). การเปรียบเทียบปริมาณสารสำคัญในข้าวเหนียวดำ 6 สายพันธุ์.Science and Technology RMUTT Journal. 7 (2) : 271-279.
- ระพีพรรณ ประจันตะเสน. (2559). การศึกษาอิทธิพลของปุ๋ยอินทรีย์ต่อผลผลิตและสารต้านอนุมูลอิสระของพันธุ์ข้าวพื้นเมือง “ข้าวเหนียวดำ” โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของเกษตรกร.มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์.
- ไฉฟ่อน แคมบัส. (2555). ข้าวกล้องอาหารบำรุงสมองภูมิปัญญาที่ถูกมองข้าม หนึ่งคำบอกเล่าจากชาว มข. Retrieved 25 มิถุนายน 2560, from <http://www.manager.co.th/Campus/ViewNews.aspx?NewsID=9550000038309>
- วรินทร์ กลั่นกลิ่นและคณะ.(2555). คุณค่าทางโภชนาการของข้าวกล้องต่อสุขภาพ.วารสารพยาบาลสาร.39 (ฉบับพิเศษ): 128-139.
- วิไลดาสินทรและคณะ. (2557). สักยภาพการต้านปฏิกิริยาออกซิเดชันในหลอดทดลองของข้าวสีพันธุ์ไทย.วารสารเกษตรศาสตร์อีสาน.9 (ฉบับพิเศษ) :164.
- ศุภิรัตน์ ชุ่มปิยะ.(2554). ฤทธิ์ของสารสกัดจากข้าวเหนียว ข้าวเหนียวกล้อง ข้าวเหนียวดำ ข้าวโพดหวาน ข้าวโพดอ่อนในการป้องกันการเสื่อมของเซลล์ประสาท.ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศูนย์วิทยาศาสตร์ข้าวและหน่วยปฏิบัติการค้นหาและใช้ประโยชน์ข้าว. (2560). สารต้านอนุมูลอิสระในข้าว. Retrieved 25 มิถุนายน 2560, from <http://dna.kps.ku.ac.th/index.php/article-rice-rsc-rgdu/47-riceberry-height-antioxidant>.
- สิทธา พรหมสมบูรณ์. (2552). ข้าวของเรา.มูลนิธิข้าวไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. กรุงเทพฯ.
- สุธิ ชูดีไพจิตรและคณะ. (2560). การประเมินปริมาณสารประกอบฟีนอลิกและฟลาโวนอยด์ในเมล็ดข้าวเพื่อการคัดเลือกสายพันธุ์ข้าวไทย (*Oryza sativa* L.). **Pathumwan Academic Journal**. 8(21) : 1 – 11
- สุไชนัยเบญจเหมและคณะ. (2557). ผลของวิธีการให้ความร้อนและระยะเวลาต่อคุณภาพของน้ำสกัดจากข้าวเหนียวดำ.การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ครั้งที่ 52.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข.(2561). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- หน่วยวิจัยข้าวเก่า. (2560). สำนักงานพัฒนาผลิตภัณฑ์ข้าว กรมการข้าว.คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Chaudhary R.C. (2003). Specialityrices of the world: Effect of WTO and IPR on its production trend and marketing. **Journal of Food Agriculture & Environmental**. 1(2) : 34-41.
- Chen M.H., Choi S.H., Kozukue N., Kim H.J. and Friedman M. (2012). Growth-inhibitory effects of pigmented rice bran extracts and three red bran fractions against human cancer cells: Relationships with composition and antioxidative activities. **Journal of Agricultural and Food Chemistry**.60 : 9151–9161.
- Chutipaijit S. (2018). Assessments of phenolic compounds and flavonoids contents in rice seeds for Screening of Thai rice varieties (*Oryza sativa* L.) **Academic Journal**. 8 (21) : 12-20.
- Frei, M. and Becker K. (2005).**Rice Biodiversity and Nutrients**. Institute of Animal Production in the Tropics and Subtropics. University of Hohenheim, Germany.
- Min B., McClung A.M. and Chen M.H. (2011). Phytochemicals and antioxidant capacities in rice brans of different color. **Journal of Food Science**.76 : 117–126.
- Padayatty S.J., Katz A. and Wang Y. (2003).Vitamin C as an antioxidant: Evaluation of its role in disease prevention. **J Am Coll Nutr**. 22 : 18-35.
- Pereira-Caro G., Cros G., Yokota T. and Crozier A. (2013). Phytochemical profiles of black, red, brown, And white rice from the Camargue region of France..**Journal of Agricultural and Food Chemistry**.61 : 7976–7986.
- Shao Y., Zhang G. and Bao J. (2011). Total phenolic content and antioxidant capacity of rice grains with extremely small size. **African Journal of Agricultural Research**.6 : 2289–2293.
- Tananuwong K.and Tewaruth W. (2010). Extraction and application of antioxidants from black glutinous rice. **LWT - Food Science and Technology**. 43: 476–481
- Wang, Q., Han, P., Zhang, M., Xia, M., Zhu, H., Ma, J., Hou, M., Tang, Z. and Ling, W. (2007). Supplementation of black rice pigment fraction improves antioxidant and anti-inflammatory status inpatients with coronary heart disease. **Journal of Clinical Nutrition**.16 : 295-301.

แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

Development Guideline of Health Informatics for Occupational Therapy Community-based Services for Children from Birth to 6 Years of Age

เกวลิน ปัญโญ¹, สุภาวดี พุฒิน้อย², สุจิตพร เลอศิลป์²

Kewalin Panyo¹, Supawadee Putthinoi², Suchitporn Lersilp²

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังพัฒนาสู่การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหาร และจัดการข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้เป็นระบบ ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการ สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี โดยมีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ และใช้วิธีการศึกษาเอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้องร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นตัวแทนของนักกิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์ในการให้บริการสำหรับเด็กในชุมชน และปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ จำนวน 5 แห่ง และสถานพยาบาลในระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ระบบสารสนเทศสุขภาพชุมชนที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีในปัจจุบันเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านนโยบายทางสาธารณสุข ด้านระบบบริการสุขภาพเด็กในชุมชน ด้านการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็กร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ด้านข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และด้านการผลักดันให้มีการเกิดนวัตกรรมทางสุขภาพ ปัญหาของระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ การขาดการเชื่อมโยงบริการทางกิจกรรมบำบัดเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และการขาดแคลนเครื่องมือเฉพาะทางตามมาตรฐานวิชาชีพในบริบทชุมชน สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน คือ ควรมีการบูรณาการข้อมูลทางกิจกรรมบำบัดให้สอดคล้องกับระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: กิจกรรมบำบัด, ชุมชน, ระบบสารสนเทศสุขภาพ

Abstract

Thailand is developing into the era of applying information technology for administration and medical information management in the public health system to improve health care of people. (add part) The purpose of this study was to research the needs, situation, problems, and guidelines for the development of health informatics systems in community-based occupational therapy services for children from birth to 6 years of age. This study was survey research included a document and record review as well as a focus group discussion with occupational therapists, who were key informants and had experience in community-based services for children from hospitals under the Ministry of Public Health, including 5 secondary and 2 tertiary level hospitals in Chiang Mai province. The research instrument was questionnaires that related to the situation of community health informatics and had the content validity by three related specialists.(add part) Results found that the situation of the health information system for children in the community related to five issues such as the related public health policy, community health services system for children, community participation in the government health care system for children, limitations of primary care services in the community, and encouragement of health innovation development. In terms of the problems, the results indicated that the community had no system of data transference to occupational therapy services and a lack of standard assessment tools in the community. The occupational therapists provided perspectives on the need for integrated health

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

informatics for occupational therapy community-based services for children from birth to 6 years of age that comply with the Ministry of Public Health database.

Keywords: Occupational Therapy, Community, Health Informatics

บทนำ

สารสนเทศสุขภาพ เป็นการบูรณาการข้อมูลด้านสุขภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อออกแบบ พัฒนา และประยุกต์ใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถตัดสินใจในการตรวจประเมิน วางแผนและติดตามผลสุขภาพ⁽¹⁾ ทำให้การบริการด้านสาธารณสุขมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบาย “การนำนวัตกรรมเดิม เสริมนวัตกรรมใหม่” ในการพัฒนาประเทศสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 จึงมุ่งเน้นในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เป็นสื่อดำเนินงานด้านสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยได้อย่างครอบคลุม⁽²⁾ โดยคาดหวังว่าเทคโนโลยีเหล่านี้ จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถบริหาร และจัดการข้อมูลทางการแพทย์ได้อย่างเป็นระบบ เพื่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยลดจำนวนเวลาในงานด้านเอกสาร⁽³⁾ ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อการส่งต่อข้อมูลทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานของแพทย์ สหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมไปถึงระหว่างสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งถือเป็นการช่วยลดความซ้ำซ้อนในการบันทึกข้อมูล ป้องกันความผิดพลาดจากการให้บริการทางการแพทย์ก่อให้เกิดการนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์ ประหยัดค่าใช้จ่าย และสามารถนำข้อมูลมาใช้ได้ทันการณ์⁽⁴⁾ ส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น

นักกิจกรรมบำบัด เป็นหนึ่งในวิชาชีพทางการแพทย์ที่ให้สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ถือได้ว่าเป็นกลุ่มเด็กที่อยู่ในขอบเขตที่นักกิจกรรมบำบัดให้ความสำคัญในการมุ่งเน้นเตรียมความพร้อมทักษะความสามารถในการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของเด็กให้สมวัย โดยผ่านประสบการณ์เล่น หรือทำกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้เมื่อเข้าสู่วัยเรียน นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดได้ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมในชุมชนอีก

ด้วย เนื่องจากสิ่งแวดล้อมอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการได้⁽⁵⁾ ซึ่งมีผลกระทบต่อกิจกรรมการดำเนินชีวิตของเด็ก หากในกรณีเด็กที่มีความบกพร่องของการพัฒนาการนักกิจกรรมบำบัดมีหน้าที่ในการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการ โดยอาศัยเทคนิคการรักษาทางกิจกรรมบำบัด เพื่อพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ทักษะเคลื่อนไหว ทักษะการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ทักษะการอ่านและเขียน รวมไปถึงสมาธิของเด็กให้ดีขึ้น ตลอดจนส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูเด็กให้กับครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพเพียงพอ เพื่อช่วยให้เด็กมีความพร้อมในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ มีทักษะด้านการเคลื่อนไหว มีพัฒนาการทางสติปัญญา ความฉลาดทางอารมณ์ และประสบความสำเร็จในชีวิต (ส่วนที่เพิ่ม) อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน โครงสร้างประชากรของ(ส่วนที่เพิ่ม)เด็กไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเนื่องจากผลการสำรวจคาดว่า (ส่วนที่เพิ่ม) อัตราการเกิดของเด็กไทยจะมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 31.80 ในปี พ.ศ. 2544-2548 เป็นร้อยละ 19.70 ในปี พ.ศ. 2569-2573⁽⁶⁾ ในขณะที่สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นคิดเป็นร้อยละ 19.2 ภายในปี พ.ศ. 2563⁽⁷⁾ บ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น การให้ความสนใจและทุ่มเทเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กจะให้ผลคุ้มค่าในระยะยาว⁽⁸⁾ เนื่องจากผลของการพัฒนาและการส่งเสริมเด็กจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพทรัพยากรบุคคลของประเทศ เพื่อที่กลุ่มเด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่มาดูแลผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มขึ้นในอนาคต

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการบูรณาการแบบจำลองที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน ได้แก่ การประยุกต์แบบจำลองกิจกรรมการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (Adapted MOHO to community-based practice)⁽⁹⁾ แบบจำลองลักษณะระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการประกอบกิจกรรมของมนุษย์

(Ecology of Human Performance Model)⁽⁹⁾ และแบบจำลองบุคคล สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการประกอบกิจกรรมของมนุษย์ (Person-Environment-Occupational Performance Model)⁽⁹⁾ ซึ่งนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยมุ่งเน้นในระบบสนับสนุนทางสังคม (ส่วนที่เพิ่ม) (social support system) มาขับเคลื่อนระบบการให้บริการสุขภาพชุมชน และผลักดันระบบสุขภาพชุมชนให้เอื้อต่อความสามารถในการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลในชุมชน ซึ่งแบบจำลองเหล่านี้ได้อยู่ภายใต้บริบทของปัจจัยแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการปรับปรุงประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านกระบวนการนำเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นสื่อกลางในการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชน อาทิเช่น การคัดกรองพัฒนาการ การประเมินทางกิจกรรมบำบัด การให้คำแนะนำ การส่งปรึกษา และแนวทางการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการ เป็นต้น เพื่อช่วยให้เด็กได้ผลสัมฤทธิ์ของการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดอย่างคุ้มค่า(ส่วนที่เพิ่ม) ผ่านการนำวิถีมุมมองที่มีอยู่เดิมมาผลักดันให้เกิดสุขภาพที่ดีของบุคคลในชุมชน⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสให้เด็กและครอบครัวสามารถเข้าถึงการได้รับบริการทางกิจกรรมบำบัดที่มีคุณภาพ⁽¹¹⁾ (ส่วนที่เพิ่ม)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้บริการระบบสารสนเทศสุขภาพสำหรับเด็ก (ส่วนที่เพิ่ม) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขหรือนักกิจกรรมบำบัด (ส่วนที่เพิ่ม) สามารถค้นหาเด็กในชุมชนที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ กระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในชุมชนได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขได้มากขึ้น ช่วยแก้ไขปัญหากำลังคนทางการแพทย์และสาธารณสุข ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการบริการสุขภาพ และขยายการให้บริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยด้านสารสนเทศสุขภาพในวิชาชีพกิจกรรมบำบัดมีค่อนข้างจำกัด⁽¹²⁾ ในขณะที่งานวิจัยด้านสารสนเทศสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการในระบบบริการสุขภาพ (health care delivery)

ระบบงานด้านสาธารณสุข (population and public health) และระบบข้อมูลสำหรับประชาชน (personal health) ได้เป็นอย่างดี⁽³⁾

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีในชุมชน เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพชุมชนไปสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการ สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัยเชิงสำรวจในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาทบทวนเอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้อง (document and record review)⁽¹³⁾ กับระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ 1) เป็นแหล่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชน 2) เป็นแหล่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีในชุมชน 3) เป็นแหล่งเอกสารที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2560

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาความต้องการ สถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี จากการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยผู้วิจัยทำการติดต่อไปยังผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) เพื่อเชิญเชิญเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการทำหนังสือราชการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในหน่วยงานของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม และดำเนินการถอดเทป ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในขั้นตอนนี้เป็นตัวแทนของนักกิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์ในการให้บริการสำหรับ

เด็กในชุมชน และปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิ จำนวน 5 แห่ง และสถานพยาบาลในระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ 1) มีประสบการณ์การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี อย่างน้อย 1 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ โดยนักกิจกรรมบำบัดจะต้องลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขากิจกรรมบำบัดจำนวน 2 ท่าน และวิศวกรการแพทย์จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) (ส่วนที่เพิ่ม) ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ระบบสารสนเทศสุขภาพชุมชน โดยมีประเด็นของแนวคำถามของการสนทนากลุ่ม 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ 1 รูปแบบการให้บริการสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด ประเด็นที่ 2 ระบบสารสนเทศสุขภาพชุมชนของเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ผู้การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน และประเด็นที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพผู้การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้อง โดยการแยกแยะ จัดหมวดหมู่ ลงรหัส สร้างกลุ่มหัวข้อสรุปข้อมูล และสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ของสถานการณ์ระบบสารสนเทศสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี
2. วิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มตามแนวคิดของ Miles and Huberman ในปี ค.ศ. 1994⁽¹⁴⁾ โดย

การจัดระเบียบข้อมูล (data organizing) เพื่อจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลดิบที่ได้จากการถอดเทปและให้ความหมายของข้อมูลจากการกำหนดรหัส (coding) แทนความหมายสำคัญ จากนั้นแสดงข้อมูล (data display) เป็นประเด็นหรือหัวข้อการวิเคราะห์ (themes) และตรวจสอบความถูกต้อง (conclusion, interpretation and verification) เพื่อหาหัวข้อสรุปข้อมูลและตรวจสอบประเด็นความน่าเชื่อถือ โดยการตรวจสอบภายใน (member credibility) ด้วยวิธีการส่งข้อมูลให้นักกิจกรรมบำบัดตรวจสอบความถูกต้องว่าตรงกับความคิดเห็นที่ร่วมกันอภิปรายในการสนทนากลุ่มหรือไม่ และจากการตรวจสอบภายนอกด้วยการส่งข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบสาระสำคัญของการรวบรวมข้อมูล (dependability) จากนั้นผู้วิจัยตีความ และสร้างแบบแผนความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และแนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ AMSEC-61EX-008 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความต้องการ สถานการณ์และปัญหาของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี และส่วนที่ 2 แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

ส่วนที่ 1 ความต้องการ สถานการณ์และปัญหาของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

1. ความต้องการของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี เป็นผลการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า นักกิจกรรมบำบัดต้องการการบูรณาการข้อมูล

ทางกิจกรรมบำบัดในฐานะข้อมูลสารสนเทศสุขภาพที่สอดคล้องกับข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีรูปแบบเป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อให้ นักกิจกรรมบำบัดทุกคนสามารถใช้ในการปฏิบัติงานได้สะดวก และเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างนักกิจกรรมบำบัดในการส่งต่อเด็กหรือขอรับคำปรึกษา เพื่อให้เด็กได้รับบริการทางกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยคิดว่าข้อมูลที่ควรระบุในระบบสารสนเทศสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้น ข้อควรระวัง ข้อมูลทางการแพทย์ ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา และเครื่องมือตรวจประเมินเฉพาะโดยข้อมูลที่อยู่ในฐานข้อมูลเหล่านี้ควรมีความเชื่อมโยงกับประวัติพัฒนาการของเด็กตามช่วงวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการจากใช้เครื่องมือเฟียร์วิง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) และเครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ตามนโยบายทางสาธารณสุข และนำผลประเมินพัฒนาการเด็กเชื่อมสู่บริการทางกิจกรรมบำบัดตามแบบประเมินมาตรฐานทางกิจกรรมบำบัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการตามปัญหาทางกิจกรรมบำบัด และรหัสมาตรฐานการบริการทางกิจกรรมบำบัด เพื่อความชัดเจนของงานกิจกรรมบำบัดในระบบสารสนเทศกลาง นอกจากนี้ นักกิจกรรมบำบัดยังได้เสนอแนวทางปรับปรุงระบบสารสนเทศสุขภาพทางกิจกรรมบำบัดว่าควรให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการแสดงผลข้อมูลสารสนเทศสุขภาพทางกิจกรรมบำบัดที่ครอบคลุมการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด มีการประมวลผลที่รวดเร็ว สามารถบ่งชี้ถึงความก้าวหน้าของการรักษาได้ และสามารถสรุปผลการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความชัดเจนของงานกิจกรรมบำบัดในระบบสารสนเทศสุขภาพส่วนกลาง (ส่วนที่เพิ่ม)

2. สถานการณ์ของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี—เป็นผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทบทวนเอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 แหล่ง (ส่วนที่เพิ่ม)

ประกอบด้วย แหล่งเอกสารในระดับนโยบาย จำนวน 2 แหล่ง ได้แก่ “คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่”⁽¹⁵⁾ และ“แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561”⁽²⁾ แหล่งเอกสารในระดับปฏิบัติงาน จำนวน 2 แหล่ง ได้แก่ “รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561”⁽¹⁶⁾ และ “แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ”⁽¹⁷⁾ และแหล่งเอกสารระบบสารสนเทศสุขภาพในระดับปฐมภูมิ จำนวน 1 แหล่ง คือ “คู่มือการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐานระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน”⁽¹⁸⁾ ซึ่งพบสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพชุมชนสำหรับเด็กเชิงนโยบายสาธารณสุขที่สะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัดต่อการให้บริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศสุขภาพปัจจุบัน โดยผลการวิเคราะห์เอกสารจากแต่ละแหล่งข้อมูล ทำให้ได้ประเด็นสถานการณ์ระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีในปัจจุบัน ที่แสดงให้เห็นถึง แนวโน้มของการให้บริการด้านสุขภาพของเด็กในชุมชนที่ยังคงมีข้อจำกัดในการขับเคลื่อนจากเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพทางสาธารณสุข เนื่องมาจากจากประชาชนทั้งในเขตความรับผิดชอบมีจำนวนมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนวิชาชีพเฉพาะในชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน ส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้รับบริการเด็ก อาจจะได้รับผลคัดกรองพัฒนาการที่ไม่ครอบคลุมและแม่นยำเพียงพอ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการทางสาธารณสุขในชุมชน โดยมีรายละเอียด 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 สถานการณ์ด้านนโยบายทางสาธารณสุข นโยบายรัฐบาลที่ผลักดันให้เกิดสุขภาพของประชาชนผ่านกระบวนการปฏิรูปโครงสร้างระบบบริหาร และแนวทางการให้บริการระบบสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้ตระหนัก และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง ควบคู่กับการให้บริการด้านสาธารณสุขทั้งเชิงรับ และเชิงรุกให้ครอบคลุม ภายใต้อาสาสมัครของระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ และพัฒนาบุคลากรยิ่งขึ้น ทำให้เห็นแนวโน้มในการที่จะนำเทคโนโลยีมาช่วยในการบริหารจัดการ และให้บริการทางสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 สถานการณ์ด้านระบบบริการสุขภาพเด็กในชุมชน ระบบบริการสุขภาพกลุ่มผู้รับบริการเด็กในชุมชน เน้นการให้บริการเชิงรุก และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมากขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่แรกเกิด โดยให้เด็กไทยทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วยเครื่องมือ DSPM และ DAIM ในหน่วยบริการปฐมภูมิ หากเด็กยังมีผลพัฒนาการสงสัยล่าช้าจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ เพื่อที่จะได้รับการกระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการต่อเนื่องทันทีด้วยเครื่องมือประเมินพัฒนาการ TDA4I และรายงานผลการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันเฉพาะกลุ่มผู้รับบริการเด็กนี้ด้วยรหัสมาตรฐานของโครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้ม

ประเด็นที่ 3 สถานการณ์ด้านการสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็ก ร่วมกับหน่วยงานของภาครัฐ ชุมชนถือเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาประเทศ โดยการขับเคลื่อนดำเนินกิจกรรมสุขภาพ

ในชุมชน มุ่งเน้นให้สมาชิกในชุมชน และองค์กรต่างๆมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างองค์ความรู้ และนโยบายให้ชุมชนมีความเข้มแข็งผ่านกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกันและกัน เพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีระบบสุขภาพที่ดี

ประเด็นที่ 4 สถานการณ์ด้านข้อจำกัดในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การให้บริการสาธารณสุขในชุมชนมีประสิทธิภาพลดลง เนื่องจากประชาชนทั้งในและนอกเขตความรับผิดชอบมีจำนวนมากกว่าบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนวิชาชีพเฉพาะในชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน ส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้รับบริการเด็ก อาจจะได้รับผลคัดกรองพัฒนาการที่ไม่ครอบคลุมและแม่นยำเพียงพอ

ประเด็นที่ 5 สถานการณ์ด้านการผลักดันให้มีการเกิดนวัตกรรมทางสุขภาพ นโยบายของรัฐบาลด้านสาธารณสุขสนับสนุนให้มีการประยุกต์นวัตกรรม ทั้งในเทคโนโลยีอุปกรณ์การแพทย์ และระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพในการใช้งาน ดังนั้นการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพจึงเป็นการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ รวมถึงลดปัญหาข้อจำกัดด้านบุคลากรในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อีกด้วย

จากประเด็นข้างต้น สามารถสรุป สถานการณ์ของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี) ได้ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 สรุปสถานการณ์ระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี

3. ปัญหาของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชน
สำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ผลการศึกษาปัญหาระบบ
สารสนเทศสุขภาพเกี่ยวข้องกับการให้บริการทาง
กิจกรรมบำบัดในชุมชนมาจากผลการวิเคราะห์จากการ
สนทนากลุ่ม ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ใน 2 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การขาดการเชื่อมโยงบริการทาง
กิจกรรมบำบัดเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลาง
ความยุ่งยากซับซ้อนของโปรแกรมหลักที่ใช้ในแต่
ละโรงพยาบาล และการขาดความสมบูรณ์ของรูปแบบการ
บันทึกข้อมูลการให้บริการ ซึ่งอยู่ภายใต้โปรแกรมหลัก

ของสถานบริการที่เชื่อมกับการส่งออกข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการประมวลผลรายงานข้อมูลของระดับหน่วยบริการสู่ระดับจังหวัด และระดับกระทรวงตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรหัสที่ใช้ในการบันทึกการให้บริการไม่ใช่รหัสเฉพาะของกิจกรรมบำบัด ดังเช่น คำพูดของนักกิจกรรมบำบัดผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับตติยภูมิต่านหนึ่งได้ กล่าวว่า

“โดยส่วนตัวที่ตัวเองทำงานเนี่ย ก็จะดูข้อมูลทีหน้า สสจ. ด้วย ว่า ลงผลแล้วขึ้น ไม่ขึ้น มันก็จะแสดงผลงานได้ จริงๆ แล้ว ตอนนี้ที่เกี่ยวกับที่เครือข่ายวิชาชีพที่เกี่ยวกับไอทีเนี่ย คือ CODE รหัสของแต่ละ รพ. ใน 43 แฟ้ม เหมือนกับว่าระดับของรพ.สต. ที่มีการส่งผลเป็นทอดๆ มาถึงปลายทางตอนนี้ คือ ที่มันมาเกี่ยวกับไอทีวิชาชีพเราไม่เคยมี CODE เฉพาะ ของวิชาชีพที่เข้าไปอยู่ใน CODE ของ 43 แฟ้มเลย ที่นี้ก็มีปัญหาว่าเวลาเราทำงานผู้ใหญ่นึกว่าสัดส่วนเท่าเนี่ยของคนไข้กลุ่มเนี่ย ประเมินโดย รพ.สต. มาถึงเราเนี่ย ผู้ใหญ่ไม่ทราบเลยว่าทั้งหมดจะเป็นหน้าที่ของนักวิชาชีพอย่างเราที่จะต้องเข้าไป เขาไม่รู้ว่เนี่ย คือ ปริมาณงานของเราที่นี้มันก็จะเกี่ยวเนื่องเรื่องบทบาทหน้าที่เนาะ ก็เหมือนกับว่าเป็นแบบคร่าวๆ ว่าเป็นงานของสหฯ”

การทำงานของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชนนั้น มีปัญหาในการบันทึกผลการได้รับบริการทางกิจกรรมบำบัดผ่านระบบสารสนเทศสุขภาพ เนื่องจากไม่มีรหัสเฉพาะวิชาชีพของนักกิจกรรมบำบัด ส่งผลต่อการขาดความเชื่อมโยงจากระบบบริการสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดอย่างชัดเจน ดังเช่น คำพูดของนักกิจกรรมบำบัดผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับตติยภูมิต่านหนึ่งได้ กล่าวว่า

“ใช้ๆ ขาดการเชื่อมต้อมีสู่ตัวเขา มันป๋ม”

ในขณะที่ภาพลักษณ์ของงานกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการให้บริการตรวจพัฒนาการ ตลอดจนกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีความบกพร่องด้านพัฒนาการในชุมชน และเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อนงาน

พัฒนาการเด็กในชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ดังเช่น คำพูดของนักกิจกรรมบำบัดผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับตติยภูมิต่านหนึ่งได้ กล่าวว่า

“โดยภาพลักษณ์ตอนนี้ ถ้าเขาส่งเด็กพิเศษมาหาเรา คือ เขาหวังเรื่องการบูรณาการประสาทความรู้สึก เพราะเป็นวิชาชีพเดียวที่ทำได้”

แม้ว่าเมื่อพูดถึงการคัดกรองพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนส่วนใหญ่มักจะนึกถึงบทบาทของนักกิจกรรมบำบัด แต่ในด้านของการบำบัดทางกิจกรรมบำบัดในสถานพยาบาลยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนเพียงพอ

ประเด็นที่ 2 การขาดแคลนเครื่องมือมาตรฐานของกิจกรรมบำบัดในบริบทชุมชน เครื่องมือที่ใช้สำหรับการคัดกรองพัฒนาการเด็กในชุมชน เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นให้ทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กสามารถใช้ได้เมื่อผ่านการอบรม จึงส่งผลให้เกิดความทับซ้อนระหว่างสหวิชาชีพ ดังเช่น คำพูดของนักกิจกรรมบำบัดผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับตติยภูมิต่านหนึ่งได้ กล่าวว่า

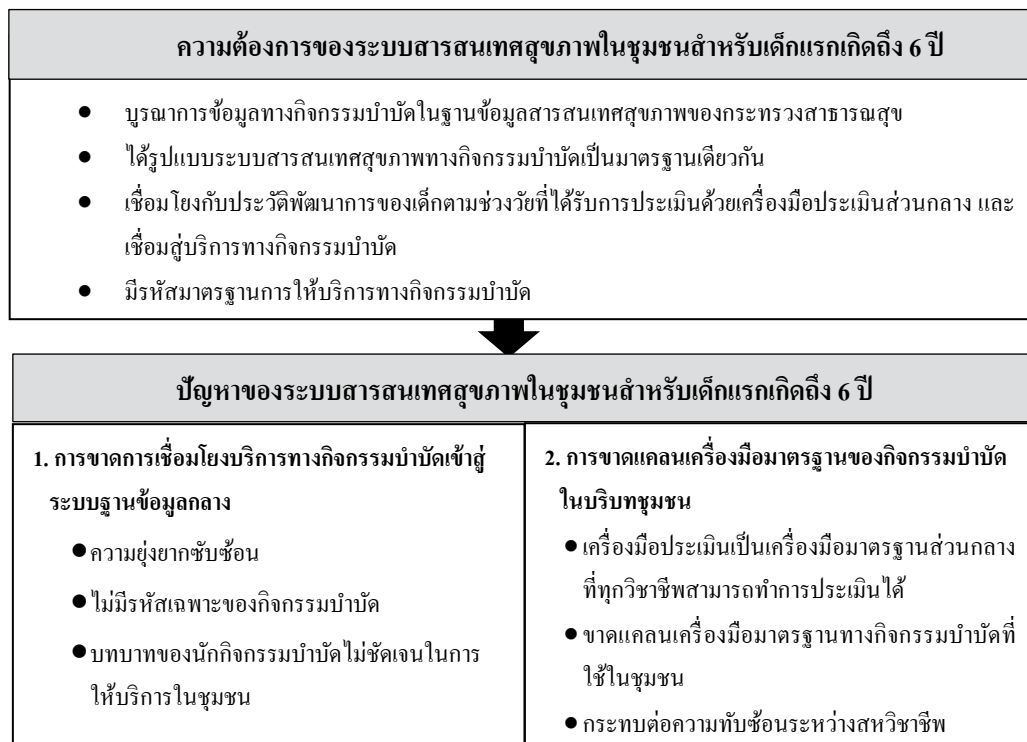
“ต้องบอกก่อนว่า มันเป็นเครื่องมือที่ใช้ทั่วประเทศไม่ได้พัฒนามาจากนักกิจกรรมบำบัดโดยตรง ทำให้ทุกวิชาชีพที่ดูแลเรื่องเด็กใช้ได้ ไม่ได้ระบุว่าเป็นวิชาชีพไหน เพราะฉะนั้นข้อจำกัดมันก็คือว่า มันไม่ได้บอกว่าเป็นงานของนักกิจกรรมบำบัด แต่เราเป็นวิชาชีพเดียวที่ทำเรื่องการรับรู้ความรู้สึกอยู่ แล้วเค้าเริ่มรู้ว่าต้องมีนักกิจกรรมบำบัด เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น”

จากผลการวิเคราะห์ ความต้องการ สถานการณ์ และปัญหาสู่แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี พบว่า แนวโน้มของระบบการให้บริการสุขภาพเปลี่ยนจากเชิงรับเป็นเชิงรุก

เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูปสาธารณสุข ทำให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย ในขณะที่มีปัญหาด้านการขาดแคลนวิชาชีพเฉพาะในชุมชน อันเนื่องมาจากระบบโครงสร้างบริหารจัดการองค์กรแบบเดิม ทำให้บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีหลายบทบาทในการให้บริการสุขภาพ เกิดเป็นปัญหาการทับซ้อนของบทบาทในแต่ละวิชาชีพ ส่งผลให้นักกิจกรรมบำบัดผู้เป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพถูกกลืนไปกับวิชาชีพอื่น ๆ กระทบต่อบทบาทการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชน ประกอบกับความไม่ครอบคลุมของข้อมูลระบบสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการให้บริการของกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ เนื่องจากในการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลยังขาดการให้บริการเฉพาะของการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สำหรับการลงบันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศสุขภาพ ส่งผลให้เมื่อให้บริการทางกิจกรรมบำบัดแล้วไม่มีข้อมูลตามการปฏิบัติงาน อีกทั้งปัญหาการใช้เครื่องมือคัดกรอง

พัฒนาการเด็ก ซึ่งมีรูปแบบของการใช้ร่วมกันของทีมสหวิชาชีพตามระบบการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มีการกำหนดว่าเป็นของวิชาชีพใด ซึ่งถือเป็นอุปสรรคต่อการได้รับการสนับสนุน และพัฒนาทางวิชาชีพในระยะยาว (ส่วนที่เพิ่ม)

ในฐานะของนักวิชาชีพผู้ให้บริการทางสุขภาพสำหรับเด็กในชุมชน นักกิจกรรมบำบัดจึงมีความต้องการระบบสารสนเทศสุขภาพทางกิจกรรมบำบัดที่สามารถบูรณาการข้อมูลคัดกรองพัฒนาการเด็กในชุมชน โดยใช้เครื่องมือ คัดกรองของกระทรวงสาธารณสุขให้เชื่อมสู่บริการทางกิจกรรมบำบัด ผ่านรหัสบริการเฉพาะของกิจกรรมบำบัด เพื่อให้มีข้อมูลเชิงสถิติของการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในฐานะข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเป็ข้อมูลสะท้อนไปถึงหน่วยงานระดับกระทรวงให้เห็นบทบาทการทำงานของวิชาชีพกิจกรรมบำบัดมากขึ้น ซึ่งสามารถแสดงแผนภาพผลการวิเคราะห์ได้ ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 สรุปปัญหาและความต้องการระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในชุมชน (ที่มา: เขียนแผนภาพสรุปโดยผู้วิจัย) (ส่วนที่เพิ่ม)

ส่วนที่ 2 แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี จากผลการวิเคราะห์ความต้องการ สถานการณ์ และปัญหาของระบบสารสนเทศสุขภาพในชุมชนสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีที่ได้จากส่วนที่ 1 ทำให้ได้แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี จากมุมมองของนักกิจกรรมบำบัดในลักษณะที่ควรเป็น(ส่วนที่เพิ่ม)การบูรณาการข้อมูลทางกิจกรรมบำบัดในฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพที่สอดคล้องกับข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้มีรูปแบบเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ให้นักกิจกรรมบำบัดทุกคนสามารถใช้ในการปฏิบัติงานได้สะดวก และเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างนักกิจกรรมบำบัดในการส่งต่อเด็กหรือขอรับคำปรึกษา เพื่อให้เด็กได้รับบริการทางกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ควรมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ลงชื่อเข้าสู่ระบบ เป็นส่วนของการเข้าสู่ระบบระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (ส่วนที่เพิ่ม)
2. หน้าต่างแสดงผลข้อมูล เป็นส่วนแสดงผลหน้าแรกของระบบสารสนเทศสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ผลการประเมินพัฒนาการในแต่ละเครื่องมือ DSPM DAIM และ TEDA4I ได้แก่ สมวัย และล่าช้า ในรูปแบบรายเดือน และรายปี 2) ข้อมูลเด็กที่มารับการประเมินพัฒนาการ 3) สถานะปัจจุบันของเด็กในการได้รับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด ได้แก่ จำหน่าย (discharge: D/C) อยู่

ระหว่างได้รับการกระตุ้นและบำบัดรักษา (intervention) และส่งต่อ (refer)

3. ทะเบียนประวัติ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เลขที่บัตรประชาชน (identity document: ID) หมายเลขผู้รับบริการในโรงพยาบาล (hospital number: HN) ว/ด/ป บันทึกข้อมูล ชื่อ-นามสกุล ว/ด/ป เกิด อายุ ผู้ดูแลหลัก เพศ ข้อควรระวัง สิทธิการรักษา สัญชาติ ที่อยู่ และเบอร์ติดต่อ 2) ข้อมูลสุขภาพ 2.1) ข้อมูลทางการแพทย์ ประกอบด้วย โรคประจำตัวและการวินิจฉัย 2.2) ประวัติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด วิธีการคลอด น้ำแรกคลอด 3) ประวัติการประเมินพัฒนาการ เป็นการกรอกผลประเมินพัฒนาการเด็กในด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษาและด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ในช่วงอายุต่างๆ จากการประเมินด้วยเครื่องมือ DSPM DAIM และ TEDA4I

4. การใช้เครื่องมือตรวจประเมินเฉพาะทาง เป็นการแสดงผลเครื่องมือประเมินมาตรฐานที่นักกิจกรรมบำบัดให้ข้อมูลว่าเคยใช้หรือเคยผ่านการเรียนตามหลักสูตรหรือผ่านการเข้ารับการอบรมที่สอดคล้องกับผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าจากเครื่องมือประเมินพัฒนาการเด็ก DSPM DAIM และ TEDA4I

5. การฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด เป็นการแสดงผลทางเลือกในการส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการที่สอดคล้องกับความบกพร่องด้านพัฒนาการของเด็ก โดยนำผลการแปลผลจากเครื่องมือตรวจประเมินเฉพาะ มาเลือกการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลทางกิจกรรมบำบัดที่จะกำหนดให้สอดคล้องกับปัญหาทางกิจกรรมบำบัด รหัสมาตรฐานของโครงสร้าง 43 แฟ้มรายบุคคล และรหัสรายการที่ได้รับบริการทางกิจกรรมบำบัดตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รหัสรายการและรหัสรายบุคคล

การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัด	รหัสรายการ		รหัสรายบุคคล
	สปสช.	กรมบัญชีกลาง	
☐ Coordination Training	934-96-43	57101	H 9383.1
☐ Hand Function Training	726-96-52	57702	H 9383.1
☐ Oral-motor Stimulation and Training	927-96-01	57102	H 9383.1
☐ Perception and Learning Training	934-96-42	57903	H 9383.1
☐ Pre-speech Training	940-96-79	57909	H 9383.1
☐ Sensorimotor Components Training	935-96-45	57999	H 9383.1
☐ Sensory Integration Training	935-96-46	57999	H 9383.1
☐ Basic Activity of Daily Living Training	900-96-81	57001	H 9383.1
☐ Instrumental Activity of Daily Living Training	900-96-81	57999	H 9383.1
☐ Preschool Training	900-96-81	57906	H 9383.1

6. การติดตาม ประกอบด้วย 1) การจำหน่าย (Discharge: D/C) เป็นการจำหน่ายผู้รับบริการออกจากระบบ เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการสมวัย 2) การติดตาม (Follow up: F/U) เป็นการติดตามผลการกระตุ้นพัฒนาการสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยมีระบบการแจ้งเตือนอัตโนมัติในเมื่อครบกำหนดตรวจประเมินพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนในเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย และเมื่อครบประเมินพัฒนาการช้า 1 เดือนและ 3 เดือนสำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า 3) การส่งต่อ (Refer) เป็นกระบวนการส่งต่อผู้รับบริการเด็กไปและกลับสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้ผู้รับบริการเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

ความต้องการ สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการให้บริการเชิงรุกในกลุ่มผู้รับบริการเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีในชุมชน ส่งผลให้การให้บริการทางกิจกรรมบำบัด จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการให้สอดคล้องกับ

กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะบทบาทด้านการคัดกรองพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการปฏิรูปปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบบริหาร ในขณะที่ยังคงสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยควบคู่กับการให้บริการด้านสุขภาพเชิงรุกเพิ่มขึ้น⁽²⁾ ซึ่งกลยุทธ์นี้สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการระบบสุขภาพได้อย่างทั่วถึง สำหรับบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในทางปฏิบัติในปัจจุบันนั้น มีการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการและบันทึกผลในรูปแบบเอกสารตามเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) และเครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) ก่อนที่จะรายงานผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กในชุมชนผ่านรหัสมาตรฐานของระบบสารสนเทศสุขภาพส่วนกลาง เพื่อประมวลผลข้อมูลเข้าสู่ศูนย์รวมระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการกำหนดยุทธศาสตร์ วางแผนนโยบายขับเคลื่อนต่อไป ซึ่งรูปแบบการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดนี้ สอดคล้องกับการให้บริการกำกับติดตาม และการให้บริการให้

คำปรึกษา ซึ่งจะบ่งชี้ปัญหาให้คำปรึกษาวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับเด็กในชุมชนและประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือเด็ก⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการปฏิบัติงานทางกิจกรรมบำบัดแบบชุมชนเป็นฐานที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการลงมือทำ กระตุ้นการสร้างพลังให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีสุขภาพที่ดี⁽²⁰⁾

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดสำหรับเด็กในชุมชน ยังใช้ระบบโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กรและการให้บริการสุขภาพที่ขับเคลื่อนด้วยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้มีเพียงนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ ในขณะที่แทบจะไม่มี นักกิจกรรมบำบัดในระดับปฐมภูมิ ส่งผลให้นักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ในระดับตติยภูมิขึ้นไปต้องมาให้บริการในระดับปฐมภูมิตั้งแต่ในด้วย หรืออาจจะเป็นนักวิชาชีพอื่นให้บริการทดแทน สะท้อนได้ว่าการขาดแคลนนักกิจกรรมบำบัดในชุมชนอาจเป็นส่วนหนึ่งในการขาดความมั่นคงในการดูแลประชาชนแบบองค์รวม ประกอบกับการมีโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กรแบบเดิม คือ การที่มีบุคลากรสาธารณสุขจำกัด ทำให้กระทรวงสาธารณสุขพยายามแก้ไขปัญหา โดยการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิใหม่ผ่านโครงการคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ เพื่อปรับให้ฐานของระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในฐานะของสหวิชาชีพในชุมชนก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้อยู่ในบุคลากรในคลินิกหมอครอบครัวในปัจจุบันและอนาคต แต่เริ่มมีบทบาทในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในรูปแบบการดูแลระยะยาว (long term care) บางแห่งที่มีนักกิจกรรมบำบัดเป็นหนึ่งในทีมบริการสุขภาพชุมชน (community health care) ภายใต้ทีมดูแลครอบครัว (family care team : Lamsonthi model) ที่ให้บริการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาว⁽²²⁾

นอกจากนี้ยังคงมีปัญหาด้านการเชื่อมโยงบริการทางกิจกรรมบำบัดเข้าสู่ระบบกลางของกระทรวง

สาธารณสุข ส่งผลให้เห็นผลงาน หรือบทบาทที่เป็นรูปธรรมของนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานในชุมชนน้อยหรือไม่ปรากฏในระบบ ซึ่งกระทบต่อโอกาสพัฒนาบทบาทหน้าที่ของนักกิจกรรมบำบัด ทั้งการได้รับการสนับสนุนอัตรากำลัง งบประมาณ ตลอดจนอุปกรณ์และเครื่องมือการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นกัศวรณ มุลชมภู (2556)⁽²³⁾ ที่พบว่า ส่วนใหญ่ลักษณะการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัดในชุมชนมีความท้าทายและยังคงมีปัญหอุปสรรคในด้านการขาดแคลนบุคลากร ขาดแคลนแบบประเมินและเครื่องมือมาตรฐาน สะท้อนให้เห็นว่า มีนโยบายที่สนับสนุนการขับเคลื่อนงานกิจกรรมบำบัดในชุมชนค่อนข้างน้อย เนื่องจากชุมชนอาจจะไม่คุ้นเคยหรือมีความเข้าใจต่อบทบาทของนักกิจกรรมบำบัดที่ปฏิบัติงานในชุมชนเท่าที่ควร

ด้วยเหตุนี้ การมีนโยบายสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดการข้อมูลด้วยระบบสารสนเทศสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพในการให้บริการของกิจกรรมบำบัดที่เชื่อมโยงไปสู่โครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของระบบงานในสถานพยาบาลจะช่วยให้ นักกิจกรรมบำบัดสามารถประเมิน กระตุ้น และติดตามพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังช่วยอำนวยความสะดวกในสื่อสาร เพื่อการวางแผนรักษาและส่งต่อระหว่างหน่วยงาน หรือไปยังระดับการให้บริการที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการบริการทางสุขภาพที่ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันนักกิจกรรมบำบัดต้องผลักดันให้วิชาชีพกิจกรรมบำบัดมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในชุมชนที่เน้นการให้บริการแบบเชิงรับควบคู่กับเชิงรุกให้มากขึ้น จากการบูรณาการแนวความคิดการดูแลเด็กและครอบครัวร่วมกันแบบองค์รวมผ่านการปรับเปลี่ยนบริบทและปัจจัยภายนอกในลักษณะของการจัดระบบสนับสนุนทางสังคม (social support system) เพื่อให้ผู้รับบริการเด็กและครอบครัวสามารถทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตได้ตามบทบาทความสามารถจนนำไปสู่ สุขภาวะ (well-being) ของผู้รับบริการเด็ก และครอบครัว⁽²⁴⁾ โดยนักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการเด็ก

ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จากการเป็นผู้จัดการในการดูแลผู้รับบริการเด็กในชุมชน (care managers) ผู้ฝึกสอน (trainers) สำหรับผู้ปกครอง หรือครอบครัวในการดูแลกระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ (consultants) ด้านภาวะสุขภาพของสมาชิกในชุมชน และผู้สนับสนุน (advocates) ในการเป็นกระบอกเสียง เพื่อแสวงหาทรัพยากรสนับสนุนด้านสุขภาพ ตลอดจนการเป็นผู้ผลักดันเชิงนโยบาย (policy makers) เพื่อส่งผลให้เกิดระบบการจัดการสุขภาพที่ดีในชุมชนให้ได้รับบริการที่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการศึกษาวิจัยในพื้นที่ และบริบทอื่น เพื่อศึกษาระบบสารสนเทศสุขภาพทางกิจกรรมบำบัดในบริบทที่หลากหลาย และสามารถนำประยุกต์ไปใช้ได้ในวงกว้าง อีกทั้ง ควรผลักดันให้ระบบสารสนเทศสุขภาพสู่การให้บริการทางกิจกรรมบำบัดโดย

ใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 6 ปีไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบาย เพื่อกำหนดเป็นฐานข้อมูลสุขภาพในการควบคุมบริหารจัดการข้อมูลทางกิจกรรมบำบัดอย่างเป็นระบบ และขยายผลสู่แนวทางการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ผลักดันให้มีการกำหนดเป็นนโยบายที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของนักกิจกรรมบำบัด ทั้งในด้านการสนับสนุนอัตรากำลัง ทรัพยากร และงบประมาณ เพื่อพัฒนาวิชาชีพกิจกรรมบำบัดให้มีความเข้มแข็ง และเสริมพลังให้กับผู้ปฏิบัติงานกิจกรรมบำบัดในการให้บริการระดับชุมชน และระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะเทคนิคการแพทย์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณชมรมนักกิจกรรมบำบัดจังหวัดเชียงใหม่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- พัชรพงษ์ ศรีวิจิตรานุกา, ปรมินทร์ แสงวงษ์งาม และคณะ. การสำรวจระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของโลสู่การพัฒนา **ระบบอัจฉริยะประเทศไทย พุทธศักราช 2553**. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติปทุมธานี, 2554.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. **แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2560.
- คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบสารสนเทศ ด้านการสาธารณสุขไทย. **ระบบสารสนเทศด้านการสาธารณสุขไทย**. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา กรุงเทพฯ, 2556.
- ศิวพร อึ้งวัฒนา, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ และคณะ. **การพัฒนาระบบฐานข้อมูลงานอนามัยครอบครัว กลุ่มกระบวนวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เชียงใหม่, 2558.
- Mosey, A. C. **Occupational therapy: Configuration of a profession**. Raven Press New York USA, 1981.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. **ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2561**. URL <http://www.ipshr.mahidol.ac.th/ipshr/Contents/Documents/Gazette/Gazette2018TH.pdf> สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2561.
- อจลพร พงศ์ผาสุก และวันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท. “ผลการพัฒนาแนวทางดูแลผู้สูงอายุคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองคาย”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(3) : 183-189, 2560.
- Heckman, J., Malofeeva, L. et al. **Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes**. URL https://www.ifs.org.uk/conferences/heckman_sem10.pdf Retrieved May 31, 2018.

9. Scaffa, M. **Occupational Therapy in Community-Based Practice Setting**. F.A. Davis Company Philadelphia USA, 2001.
10. Carson, N. **Pediatric Skills for Occupational Therapy Assistants**. 3rd ed. Mosby Inc USA, 2011.
11. จิรประภา ประคำ. “ปัญหาและอุปสรรคต่อผลผลิตทางการพยาบาลโรงพยาบาลดอนจาน”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(3) : 39-48, 2560.
12. Schaper, L. K., &Pervan, G. P. “ICT and OTs: A model of information and communication technology acceptance and utilisation by occupational therapists”. **International Journal of Medical Informatics**. S212-S221, 2007.
13. อองอาจ นัยพัฒน์. **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา กรุงเทพฯ, 2548.
14. ชาย โพรธิตา. **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ, 2550.
15. ทศนีย์ ญาณะ และรัตนศิริ ศิริพาณิชกุล. **ผู้ชุมชน สุขภาพดี คู่มือการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนด้วยกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่**. บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน นนทบุรี, 2558.
16. พงศธร พอกเพิ่มดีและคณะ. **รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561**. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2560.
17. กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ**. นนทบุรี, 2558.
18. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. **คู่มือการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในรูปแบบ 43 แฟ้มมาตรฐานระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน**. เชียงใหม่, 2559.
19. Punwar, A. J., & Peloquin, S. M. **Occupational therapy principles and practice**. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia USA, 2000.
20. Solomon, J., & Obrien, J. **Pediatric Skills for Occupational Therapy Assistants**. 3rd ed. Elsevier Inc USA, 2011.
21. โสภณ เมฆธรณ. **แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. URL http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/primary%20care%20cluster_guide%20%28pcc%29.pdf สืบค้น เมื่อ 31 พฤษภาคม 2561.
22. สำนักบริหารการสาธารณสุข. **ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)**. URL http://kpo.moph.go.th/webkpo/download/FamilyCareTeam_Handbook.pdf สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2561.
23. นกัศวรณ มูลชมภู. **การสำรวจการให้บริการงานกิจกรรมบำบัดในชุมชนของประเทศไทย**. ภาคนิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขากิจกรรมบำบัด มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่, 2556.
24. The American Occupational Therapy Association. “OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE FRAMEWORK: Domain & Process 3rd Edition”. **The American Journal of Occupational Therapy** 68(1) : S1-S4, 2014

การใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลังสูง

Time Use in older people with High Level of Active Ageing

อัจฉริยา ปัญญาแก้ว¹, สุภาวดี พุฒิน้อย², สุจิตพร เลอศิลป์²

Autchariya Punyakaew, Supawadee Putthinoi, Suchitporn Lersilp

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพหุพลังของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและรูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลังสูง โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 145 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนปอจิมวัยสร้างสุข อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งเป็นผู้ที่ไม่มีควมบกพร่องด้านความคิดและความเข้าใจ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินแบบทดสอบสภาพสมอง เบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การคำนวณค่าดัชนีพหุพลัง ระยะที่ 2 ศึกษาพฤติกรรมการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพหุพลัง โดยใช้แบบบันทึกการใช้เวลาประจำวันของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุถูกสัมภาษณ์เกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำในวันผ่านมา (24 ชั่วโมง) วิเคราะห์กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำโดยจำแนกกิจกรรมออกเป็นหมวดหมู่ตาม 6 ประเภท ในแต่ละกิจกรรมทำการวิเคราะห์ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมเป็นหน่วยนาฬิกา จากนั้นสรุปผลในภาพรวมการใช้เวลา 24 ชั่วโมง ผลการศึกษาวิจัยระดับพหุพลังในผู้สูงอายุพบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีพหุพลังของผู้สูงอายุมีระดับพหุพลังปานกลาง สำหรับรูปแบบการเวลาในผู้สูงอายุที่มีระดับพหุพลังสูงพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในกิจกรรมพักผ่อนและนอนหลับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การทำกิจกรรมยามว่าง การทำงาน การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในกิจกรรมการเข้าสังคมน้อยที่สุด

คำสำคัญ: การใช้เวลา, ผู้สูงอายุ, พหุพลัง, ระดับพหุพลัง, รูปแบบการใช้เวลา

Abstract

This a survey study (ส่วนที่เพิ่ม) aimed to examine the active ageing levels and investigate their time use patterns in high active ageing level. This study conducted with 145 elderly persons aged 60 and over, who were students at Pat Chimwai Sangsook School, Sansai sub district, Chiang Mai province, as well they had no cognitive impairment by obtaining a passing criterion of the using Mental State Examination: Thai version (MMSE – Thai 2002). This study comprised two stages to collect the data. The first stage was to examine the active ageing levels of older people in community by using an active ageing questionnaire and analyzing an active ageing index. The second stage was to investigate time use patterns in active ageing by using a time diary. The participants were asked to recall their activities being undertaken within the previous day (24-hours period). The activities were analyzed in six categories. Time spent on each activity was calculated in minutes. Then, time spent was summarized in 24-hour period. The result of the active ageing levels study showed that most elderly people had at moderate level. For investigating time use patterns show that the participants spent most of their time in sleeping and resting. This was followed by performing leisure, work, basic activity daily living (BADL) and instrumental activity daily living (IADL); whereas they spent the least of their time on social participation.

Keywords: Time use, Elderly person, Active ageing, Active ageing level, Time use pattern

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สังคมโลกในอนาคตจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรของโลกที่คนเกิดน้อยลงและมีอายุยืนมากขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุมีมากถึง 11 ล้านคน โดยพบว่าประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลง หากเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในอาเซียนถือว่าประเทศไทยมีการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายรวดเร็วกว่าประเทศอื่น ๆ โดยมีตัวเลขการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้วอีกด้วย จากการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 ของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุภาคการณว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 และยังมีคาดการณ์ว่าอีก 10 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าเหลือเวลาอีกเพียงไม่กี่ปีข้างหน้าในการเตรียมตัวก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว ซึ่งนับว่าเป็นที่น้อยมากเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งใช้เวลาก่อนหน้านานก่อนที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จึงทำให้ประเทศไทยมีเวลาเตรียมความพร้อมอย่างจำกัดในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ดังนั้นการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย ทำให้ทุกภาคส่วนจำเป็นต้องตอบสนองและรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น

จากสถานการณ์ด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากรโลกและประเทศต่าง ๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่ประชากรมีอายุสูงขึ้น ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เสนอแนวคิด

พหุพลัง (active ageing) ขึ้นมาในปี ค.ศ. 2002 เพื่อตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุของโลก พหุพลังเป็นกระบวนการที่นำมาซึ่งการมีสุขภาพดี (health) อันเป็นปัจจัยที่สำคัญของการดำรงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีอิสระในการพึ่งพาตนเองการมีส่วนร่วม (participation) ทั้งกิจกรรมในครอบครัว ชุมชน หรือสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคง (security) เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของบุคคลเมื่อสูงวัย⁽³⁾ แนวคิดพหุพลังมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในสังคมและการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมและการมีหลักประกันที่มั่นคง ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติอาจทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและมีสุขภาพแย่ลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากวัยทำงานเข้าสู่วัยเกษียณอายุ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ⁽⁴⁾ ดังนั้นการสูญเสียบทบาทในช่วงต้นไปนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องสร้างบทบาทใหม่ขึ้นมาเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อมและวางแผนก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพนับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากอันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ พึ่งพาตนเองและทำประโยชน์ให้ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ การส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขสมบูรณ์ในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้กระทำและมีส่วนร่วมในชีวิตประจำวัน⁽⁵⁾ โดยกิจกรรมการดำเนินชีวิตและเวลาจะสัมพันธ์กัน มนุษย์กระทำกิจกรรมการดำเนินชีวิตตลอดช่วงชีวิตเป็นประสบการณ์ เป็นแบบแผนจนเกิดเป็นความเคยชินหรือสั่งสมเป็นอุปนิสัย ซึ่งถือว่ามีส่วนสำคัญอย่างมากต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน โดยการพิจารณาการใช้เวลาของบุคคลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสมดุลในการทำกิจกรรม อันจะส่งผลต่อสุขภาพและภาวะสุขสมบูรณ์ของบุคคล หากบุคคลไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติหรือขาดความสมดุลจะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ

ต่าง ๆ ตามมาได้⁽⁶⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสุขภาพและกิจกรรมการดำเนินชีวิตนับว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาวะพลพลงในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันนี้พบว่าในประเทศไทยได้มีการก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้นมาหลายแห่ง ภายใต้แนวคิดที่ตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญ และพลังของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย รวมทั้งให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาศักยภาพของบุคคลอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์⁽⁷⁾ โดยมีความสอดคล้องกับหลักการของแนวคิดภาวะพลพลงขององค์การอนามัยโลกที่อยู่พื้นฐานของสิทธิมนุษยชน (human rights) ตามหลักการพื้นฐานขององค์การสหประชาชาติ โดยให้ความสำคัญ ความเป็นอิสระ (independence) การมีส่วนร่วม (participation) ศักดิ์ศรี (dignity) การดูแลเอาใจใส่ (care) และการเติมเต็มตนเองให้สมบูรณ์ (self-fulfillment) โดยคำนึงถึงสิทธิความเท่าเทียมกันของประชาชนและการได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในวัยผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาระดับพลพลงของผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบค่าดัชนีพลพลงที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีหลักประกันที่มั่นคงในวัยผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับด้านสุขภาพและการมีชีวิตรอดของมนุษย์ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นจะเกี่ยวข้องกับรูปแบบการใช้เวลา (time use pattern) ในแต่ละวันของผู้สูงอายุ- โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะมุ่งเน้นความสำคัญไปที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระและมักจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย การป้องกันภาวะทุพพลภาพ และการส่งเสริมความเป็นอิสระ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิด

ประโยชน์อย่างสูงสุด ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาระดับพลพลงของผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมและรูปแบบการใช้เวลาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลพลงเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลพลงให้นานที่สุด ตลอดจนปรับปรุงรูปแบบการใช้เวลาของผู้สูงอายุในชุมชนและการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพลพลงของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพลพลงสูง

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาระดับภาวะพลพลงของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุและศึกษารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพลพลงสูง โดยทำการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นเทศบาลที่มีขนาดใหญ่ มีเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 12 หมู่ ในตำบลสันนาเม็ง มีศูนย์บริการสาธารณสุขและยังมีโรงเรียนปัจฉิมวัยสร้างสุข ซึ่งเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้การดูแลของทางเทศบาล โดยทำการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

ประชากรในการศึกษาวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนปัจฉิมวัยสร้างสุข เทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 145 คน โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้ สามารถอ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีความบกพร่องด้านความคิดและความเข้าใจ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002)⁽⁸⁾ ไม่มีความพิการหรือทุพพลภาพ มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยลงนามยินยอมในเอกสารเพื่อเข้าร่วมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม GDPs และแนวทางจริยธรรมสากล ได้รับเอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ เลขที่โครงการ AMSEC-61EX-007 ลงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่หนึ่ง ศึกษาระดับพัฒนาของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ระยะที่สองศึกษารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาสูง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่หนึ่ง: ศึกษาระดับพัฒนาของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ทำการติดต่อไปยังเทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทรายจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและติดต่อประสานงานกับนักพัฒนาชุมชน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลในส่วนงานของโรงเรียนผู้สูงอายุ

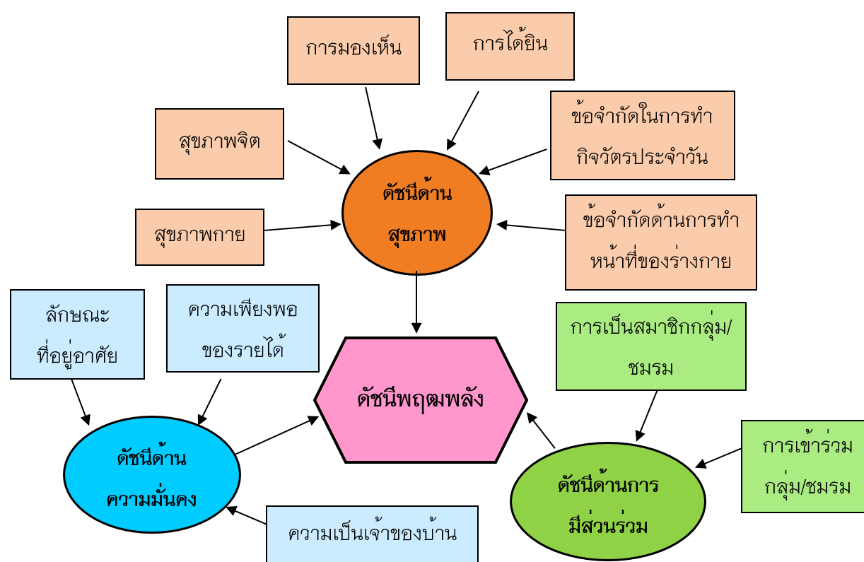
2. ทำการประชาสัมพันธ์โครงการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเข้าไปในชั้นเรียนและชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนและประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งมีการปิดประกาศ เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัย มีการนัดหมายวัน เวลาและสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกรณีที่ผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยถูกประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) เพื่อให้ตรงตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในเบื้องต้น

4. ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดของแบบวัดภาวะพัฒนาให้ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแจกแบบวัดภาวะพัฒนาให้ผู้สูงอายุลงมือทำด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการทำแบบวัดภาวะพัฒนาประมาณ 8-10 นาที และนัดหมายวัน เวลา สถานที่สำหรับคืนแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การคำนวณดัชนีพัฒนาในแต่ละด้าน โดยผู้วิจัยนำค่าตามมาคำนวณตามดัชนีพัฒนาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมและความมั่นคง ดังภาพที่ 1^(๙) ซึ่งรายละเอียดการคำนวณดัชนีของแต่ละด้าน มีดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 ตัวชี้วัดดัชนีพัฒนา (Active Ageing Index: AAI)

ดัชนีด้านสุขภาพ (Health Index) จะมีทั้งหมด 6 ตัวชี้วัด ได้แก่ สุขภาพกาย (x_1) สุขภาพจิต (x_2) การมองเห็น (x_3) การได้ยิน (x_4) ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (x_5) และข้อจำกัดด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย (x_6) ดังนั้นดัชนีด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรในการคำนวณ คือ

Health Index =

$$\frac{X_1}{(4 \times 6)} + \frac{X_2}{(2 \times 6)} + \frac{X_3}{(3 \times 6)} + \frac{X_4}{(3 \times 6)} + \frac{X_5}{(1 \times 6)} + \frac{X_6}{(1 \times 6)}$$

โดยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{4}{24} + \frac{2}{12} + \frac{3}{18} + \frac{3}{18} + \frac{1}{6} + \frac{1}{6} = 1$$

และคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{24} + \frac{0}{12} + \frac{0}{18} + \frac{0}{18} + \frac{0}{6} + \frac{0}{6} = 0$$

ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม (Participation) จะมีทั้งหมด 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม (x_1) และการเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรม (x_2) ดังนั้นดัชนีด้านการมีส่วนร่วม แต่ละบุคคล จะได้จากสูตรคำนวณ คือ

$$\text{Participation Index} = \frac{X_1}{(1 \times 2)} + \frac{X_2}{(1 \times 2)}$$

โดยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{1}{2} + \frac{1}{2} = 1$$

และคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{2} + \frac{0}{2} = 0$$

ดัชนีด้านความมั่นคง (Security) จะมีทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ (x_1) ความเป็นเจ้าของบ้าน (x_2) และลักษณะการอยู่อาศัย (x_3) ดังนั้นดัชนีด้านความมั่นคงของแต่ละบุคคล จะได้จากสูตรคำนวณ คือ

$$\text{Security Index} = \frac{X_1}{(2 \times 3)} + \frac{X_2}{(1 \times 3)} + \frac{X_3}{(1 \times 3)}$$

โดยคะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{2}{6} + \frac{1}{3} + \frac{1}{3} = 1$$

และคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ คือ

$$\frac{0}{6} + \frac{0}{3} + \frac{0}{3} = 0$$

2. การคำนวณดัชนีพัฒนาพลังรวม เมื่อคำนวณคะแนนดัชนีพัฒนาพลังในแต่ละด้าน ผู้วิจัยนำดัชนีแต่ละด้านมารวมกัน และคำนวณตามสูตรด้านล่างนี้ ตามเกณฑ์การในการแบ่งระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human

Development Index: HDI) ของ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ⁽¹⁰⁾

$$\text{Active ageing index (AAI)} = \frac{1}{3} (\text{Health Index}) + \frac{1}{3} (\text{Participation Index}) + \frac{1}{3} (\text{Security Index})$$

3. การวิเคราะห์จำแนกระดับพัฒนาพลังผู้วิจัยนำค่าดัชนีพัฒนาพลัง (AAI) ของผู้สูงอายุมาเทียบตามตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับพัฒนาพลังในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทราบถึงจำนวนผู้สูงอายุที่มีพัฒนาพลังในระดับต่าง ๆ โดยจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0.00 – 0.49 คะแนน หมายถึง ระดับพัฒนาพลังต่ำ

0.50 – 0.79 คะแนน หมายถึง ระดับพัฒนาพลังปานกลาง

ปานกลาง

0.80 – 1.00 คะแนน หมายถึง ระดับพัฒนาพลังสูง

4. เมื่อทราบถึงระดับพัฒนาพลังในผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่สอง: ศึกษารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาพลังสูง

1. นัดหมายวันเวลาและสถานที่ที่ผู้สูงอายุสะดวกในการให้การสัมภาษณ์ โดยตกลงวันและเวลาที่ผู้สูงอายุสะดวกจำนวน 2 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้เวลาในการทำกิจกรรมในวันที่ผ่านมา

2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการใช้เวลาประจำวันของผู้สูงอายุ อาศัยเทคนิค Time use budget⁽¹¹⁾ และใช้เทคนิคการสัมภาษณ์การใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุที่ผ่านมาหนึ่งวันจำแนกออกเป็น 24 ชั่วโมง โดยทำการสัมภาษณ์การใช้เวลาของผู้สูงอายุถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอนรวมทั้งให้ผู้สูงอายุระบุเวลาที่ทำกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย ทำทั้งหมด 2 ครั้ง ซึ่งคิดเป็น 48 ชั่วโมง และนำมาเฉลี่ยให้เป็น 24 ชั่วโมง จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์รูปแบบการใช้เวลาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดพรก โดยวิเคราะห์ตามประเภทการใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้ง 6 ประเภท⁽¹²⁾ ซึ่งมีการคำนวณเวลาที่ผู้สูงอายุใช้ในการทำกิจกรรมทั้งหมด 24 ชั่วโมง และทำการวิเคราะห์กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำและจำนวนเวลาที่ใช้ในการทำแต่ละกิจกรรม ใน 24 ชั่วโมง

2. การจัดกลุ่มประเภทกิจกรรม โดยจัดประเภทกิจกรรมตามที่ผู้สูงอายุได้เลือกให้เข้าตามประเภทกิจกรรมทั้งหมด 6 ประเภท และทำการวิเคราะห์รูปแบบการใช้เวลาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดพรกสูง แยกประเภทของกิจกรรมตามสัดส่วนของชั่วโมงในการใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมใน 24 ชั่วโมง ซึ่งนำเสนอออกมาเป็นค่าเฉลี่ยและร้อยละของการใช้เวลาในแต่ละประเภทกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบวัดภาวะพลัดพรกในผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ ใช้การสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยจะเป็นข้อคำถามเป็นแบบตัวเลือกให้ผู้สูงอายุเลือกตอบในข้อที่เห็นว่าตรงกับตัวเองมากที่สุดเพียง 1 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ สุขภาพกาย สุขภาพจิต การมองเห็น การได้ยิน ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม การเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรม ความเพียงพอของรายได้ ความเป็นเจ้าของบ้าน และลักษณะที่อยู่อาศัย

2. แบบบันทึกการใช้เวลาประจำวันในผู้สูงอายุ⁽¹³⁾ เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้สูงอายุจะถูกสัมภาษณ์กิจกรรมที่ทำในวันที่ผ่านมา โดยบันทึกกิจกรรมทั้งหมดที่ผู้สูงอายุได้ทำภายใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอนและคำนวณการใช้เวลาในการทำแต่ละกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็นนาทีและสรุปรวมเป็นชั่วโมง

ผลการศึกษา

1. จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งหมด 145 คน เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไปและกำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนปทุมวิทยาสรรค์ เทศบาลตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย

จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ โดยพบว่าผู้สูงอายุจำนวน 3 คน มีคุณสมบัติไม่ตรงตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ในเบื้องต้น และอีก 2 คน มีข้อมูลในแบบบันทึกการใช้เวลาไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการวิจัยในครั้งนี้จึงมีผู้สูงอายุทั้งหมด 140 คน โดยรายละเอียดข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 60-86 ปี ข้อมูลด้านสถานภาพพบว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสและหม้ายอยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับข้อมูลด้านการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษา ส่วนข้อมูลด้านอาชีพพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดไม่ได้ประกอบอาชีพ ในข้อมูลด้านรายได้พบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีรายได้และส่วนใหญ่มิเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้แน่นอน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุอยู่กันเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่วนข้อมูลด้านโรคประจำตัวพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวและพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุดจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

2. การศึกษาระดับพลัดพรกของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาคำนวณและจำแนกระดับพลัดพรกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพลัดพรกสูง ปานกลาง และต่ำ ตามเกณฑ์การในการแบ่งระดับดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับพลัดพรกสูง รองลงมาคือระดับพลัดพรกปานกลาง และระดับพลัดพรกต่ำ โดยค่าดัชนีพลัดพรกต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0.38 - 1.00 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของดัชนีพลัดพรกในภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุมีระดับพลัดพรกปานกลาง (ตาราง 1)

ตาราง 1 รายละเอียดระดับพัฒนาของผู้สูงอายุในชุมชน (N = 140)

ระดับพัฒนา	จำนวนคน (ร้อยละ)	ดัชนีพัฒนา		
		ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)	$\bar{X} \pm SD$
สูง	82 (58.57)	0.80	1	0.87 ± 0.05
ปานกลาง	55 (39.29)	0.52	0.79	0.69 ± 0.08
ต่ำ	3 (2.14)	0.38	0.49	0.45 ± 0.06
รวม	140 (100.00)	0.38	1	0.79 ± 0.06

3. การศึกษารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาสูง สำหรับรูปแบบการใช้เวลาใน 24 ชั่วโมงของผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาสูง โดยจำแนกรูปแบบกิจกรรมออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การพักผ่อนและนอนหลับ การทำงาน กิจกรรมยามว่าง และกิจกรรมการเข้าสังคม

พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในกิจกรรมการพักผ่อนและนอนหลับมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การทำกิจกรรมยามว่าง และการทำงาน ส่วนการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการทำกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูงมีส่วนการใช้เวลาที่ใกล้เคียงกัน และผู้สูงอายุใช้เวลา น้อยที่สุดในกิจกรรมการเข้าสังคมดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละประเภทของผู้สูงอายุที่มีภาวะพัฒนาสูง (N = 82)

ประเภทกิจกรรม	ค่าเฉลี่ยการใช้เวลาใน 24 ชั่วโมง
การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	2.33
การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	2.31
การพักผ่อนและนอนหลับ	8.75
การทำงาน	2.85
กิจกรรมยามว่าง	6.39
กิจกรรมการเข้าสังคม	1.37

ตาราง 3 รายละเอียดของกิจกรรมย่อยในแต่ละประเภทกิจกรรม (N = 82)

ประเภทกิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	การดูแลตัวเอง ได้แก่ ล้างหน้า แปรงฟัน ห้างน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว แต่งหน้า ทำธุระส่วนตัว เช่น เข้าห้องน้ำ
การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	การเตรียมและประกอบอาหาร เช่น หุงข้าว ทำกับข้าว จัดเตรียมวัตถุดิบในการทำอาหาร เป็นต้น การทำงานบ้าน เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน จัดบ้าน เป็นต้น การซักผ้า รีดผ้า ไปจ่ายตลาด การตัดขาบัตรในตอนเช้า รวมทั้งการดูแลผู้อื่น เช่น หลาน ลูก พ่อแม่ ดูแลสัตว์เลี้ยง การดูแลตนเอง เช่น ไปโรงพยาบาล การกินยา
การพักผ่อนและนอนหลับ	นอนหลับ นั่งเล่น นอนเล่น การงีบหลับในตอนกลางวัน

ตาราง 3 รายละเอียดของกิจกรรมย่อยในแต่ละประเภทกิจกรรม (N = 82)

ประเภทกิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
การทำงาน	กิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทน เช่น รับจ้าง เกษตรกรรม ทำสวน เป็นต้น กิจกรรมการศึกษา เช่น การไปอบรม
กิจกรรมยามว่าง	กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ได้แก่ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ รดน้ำต้นไม้ เดินห้าง สวดมนต์ ฟังธรรมะ อ่านหนังสือ พับดอกไม้ ปลุกดอกไม้ ผักสวนครัว กวาดใบไม้ บริเวณลานบ้าน ออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยาน เดินในหมู่บ้าน
กิจกรรมการเข้าสังคม	การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น งานบุญของวัด งานศพ งานปอยหลวง เป็นต้น รวมไปถึงเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ฟ้อนรำ รำมวยจีน แอโรบิก การไปโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น การจับกลุ่มคุยกันกับเพื่อนบ้าน เล่นเล่น/เดินเที่ยวละแวกบ้าน การไปเยี่ยมญาติ

จากตาราง 3 เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมที่หลากหลาย ซึ่งจำแนกกิจกรรมตามประเภทกิจกรรมออกเป็น 6 ประเภท ซึ่งแต่ละประเภทกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมย่อยหลากหลายกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้ทำภายใน 24 ชั่วโมง

สรุปและอภิปรายผล

สำหรับการศึกษาระดับพลังของผู้สูงอายุ โดยการคำนวณจากค่าดัชนีพลัง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงตามกรอบแนวคิดภาวะพลังขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยดัชนีพลังอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีแนวโน้มใกล้เคียงเกือบเข้าเกณฑ์ระดับพลังสูง เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนผู้สูงอายุนั้นถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มติดสังคม เนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี มีสุขภาพร่างกายดี สามารถช่วยเหลือผู้อื่นและยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม⁽¹⁴⁾ (ส่วนที่เพิ่มได้อธิบายถึงเหตุผลที่เป็นเช่นนี้ ทั้ง ๆ ที่เป็นการศึกษาเหมือนกัน) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาและยังคงประกอบอาชีพอยู่ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมและเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ใน

ครอบครัวชาย ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมนี้อาจจะมีระดับพลังที่สูง ซึ่งเป็นผลมาจากการกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุในเบื้องต้นด้วย จึงทำให้แตกต่างจากการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการกระจายของกลุ่มประชากร แต่ทั้งนี้หากพิจารณาจากผลการศึกษพบว่าระดับพลังของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับพลังของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีระดับพลังปานกลาง^(15,16) ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาระดับพลังของผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงปัจจุบัน ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุมีพลังอยู่ในระดับปานกลางอยู่เช่นเดิม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่ได้มีระดับพลังที่เพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด

ทั้งนี้การศึกษาระดับพลังในผู้สูงอายุนอกจากให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดพลังทั้ง 3 ด้าน ในข้างต้นแล้วจะต้องมีการพิจารณาถึงปัจจัยกำหนดพลังในผู้สูงอายุร่วมด้วย ได้แก่ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบบริการทางสังคม โดยจากรายงานการวิจัยของ นิรันดร์ นิธิสุข (2559)⁽¹⁷⁾ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งการรับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญในการมีสุขภาพที่ดีของ

บุคคล ดังที่ พัทธกรณ์ ชัยพัฒน์เมธิ (2560)⁽¹⁸⁾ ทำการ พัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลอาหารได้ สะดวกรวดเร็วและสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับวัย ได้ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม 3) ปัจจัยส่วนบุคคล 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม และ 6) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับพฤติกรรมในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่ามีหลายองค์ประกอบที่ต้องพิจารณาร่วมกันในการที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะพฤติกรรมดี โดยหากมองจากแนวโน้มการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 จึงสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยนั้นมีระยะเวลาในการเตรียมตัวที่จะวางแผนในการรองรับสังคมผู้สูงอายุที่น้อยมาก จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในขณะเดียวกันหน่วยงานหลักด้านผู้สูงอายุหลายองค์กรก็ได้ให้ความสนใจและเร่งรัดการดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างเสมอมา ซึ่งเห็นได้จากการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จึงแสดงให้เห็นได้ว่าในระยะเวลาผ่านมามาประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมต่อสังคมผู้สูงอายุมาอย่างยาวนานพอสมควร แต่ทั้งนี้อาจจะเนื่องด้วยการดำเนินงานที่เน้นในเชิงรับมากกว่าการนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงทำให้ยังไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุดังกล่าวนี้มากนัก อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียงแค่ว่าในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเท่านั้นไม่ได้มีการกระจายในระดับกลุ่มประชากร ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตคือถึงแม้ว่าจะเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แต่ก็ยังพบว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นกลุ่มเสี่ยง ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายอย่างมากต่อทุกภาคส่วนที่ต้องเร่งดำเนินการรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุเป็น “ผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพฤติกรรมดี” ได้มากที่สุดแม้ว่าจะเหลือเวลาเพียงน้อยนิดก็ตาม

จากการศึกษารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติกรรมดีสูงใน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน โดยใช้การแบ่งรูปแบบกิจกรรมการดำเนินชีวิตออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การพักผ่อนและนอนหลับ การทำงาน กิจกรรมยามว่างและกิจกรรมการเข้าสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละประเภทแตกต่างกันออกไป สำหรับการศึกษาแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะพฤติกรรมดีสูงพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจกรรมพักผ่อนและนอนหลับมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การทำกิจกรรมยามว่าง การทำงาน ส่วนการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงมีสัดส่วนการใช้เวลาที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจกรรมการเข้าสังคมน้อยที่สุด หากพิจารณารูปแบบการใช้เวลาในผู้สูงอายุที่มีภาวะ พฤติกรรมดีสูง โดยพิจารณาแยกตามประเภทกิจกรรมพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจกรรมการพักผ่อนและ นอนหลับมากที่สุดเฉลี่ย 8.75 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งกิจกรรมนี้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องทำเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมักไม่ค่อยมีกิจกรรมที่หลากหลายทำในแต่ละวัน ดังนั้นในช่วงยามว่างหรือไม่ได้ทำกิจกรรมอื่น ๆ ผู้สูงอายุจึงใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการพักผ่อนและนอนหลับ ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ทำการสำรวจการใช้เวลาในผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมการพักผ่อนและนอนหลับเฉลี่ย 8 ชั่วโมงต่อวัน⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำรองลงมา ได้แก่ กิจกรรมยามว่าง ซึ่งผู้สูงอายุใช้เวลาเฉลี่ย 6.39 ชั่วโมงต่อวัน โดยการเลือกกิจกรรมแต่ละชนิดอยู่ภายใต้บริบทของความสนใจของผู้สูงอายุเองและความคาดหวังจากบุคคลอื่นที่ส่งผลต่อการเลือกทำกิจกรรมนั้น ๆ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เล่นโทรศัพท์มือถือ การรดน้ำต้นไม้ การกวาดใบไม้บริเวณลานบ้าน การออกกำลังกาย เป็นต้น ทั้งนี้กิจกรรมยามว่างนั้นนับว่าเป็นกิจกรรมที่

สำคัญในวัยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มเติมทั้งทางด้านร่างกาย ทำให้มีสุขภาพดี การใช้ชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม) โดยผู้สูงอายุเมื่อเกษียณอายุหรือไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วมักจะไม่มีกิจกรรมทำในขณะที่อยู่บ้าน การทำกิจกรรมยามว่างนั้นจะก่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและช่วยสร้างเสริมสุขภาพทางใจและพบว่าแต่ละกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำในยามว่าง ยังสะท้อนให้เห็นถึงการมีภาวะพลพลหลังของผู้สูงอายุอีกด้วย^(20,21) สอดคล้องกับที่ปาริชาติ ญาดินนิม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2549)⁽²²⁾ ได้อธิบายถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีพลพลหลังว่าผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมทำอยู่ตลอดเวลาและไม่อยู่นิ่งรวมทั้งมีกิจกรรมที่ชอบทำในเวลาว่าง และมีงานอดิเรกดังนั้นหากผู้สูงอายุสามารถลงมือซึ่งการทำกิจกรรมยามว่างจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี มีอิสระในการใช้ชีวิต รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

สำหรับกิจกรรมการทำงานพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับพลพลหลังสูงยังคงมีส่วนการใช้เวลาในกิจกรรมการทำงานอยู่ โดยผู้สูงอายุใช้เวลาเฉลี่ย 2.85 ชั่วโมงต่อวันไปกับกิจกรรมการทำงาน แม้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพบว่าตามบทบาทแล้วผู้สูงอายุไม่ต้องประกอบอาชีพหรือทำงาน แต่ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่เนื่องมาจากผู้สูงอายุยังคงต้องมียาได้ เพื่อใช้ในการดำรงชีพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Reddy (2016)⁽²³⁾ ที่กล่าวว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่ดีหรือมีความยากจนมีแนวโน้มที่จะทำงานมากขึ้น โดยพบว่าแรงงานในวัยสูงอายุส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้างที่ต่ำและลักษณะงานที่ทำงานจะเป็นงานที่ไม่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะหรืองานฝีมือมากนักนอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับพลพลหลังสูงใช้เวลาในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันขั้นสูงที่ใกล้เคียงกัน เฉลี่ย 2.33 และ 2.31 ชั่วโมงต่อวันตามลำดับ โดยกิจวัตรประจำวันพื้นฐานมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทุกเพศทุกวัย เนื่องจากเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ทุกคนจะต้องกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมการดูแลตนเองและ

การเคลื่อนย้ายตัวและการดูแลสุขภาพ ดังการศึกษาของ Chilvers, Corr and Singlehurst (2010)⁽²⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุเกือบ ร้อยละ 98 ทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นประจำทุกวันโดยใช้เวลาเฉลี่ย 3.35 ชั่วโมงต่อวัน ไปกับการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานนอกจากนี้การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้เองยังแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองและดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระรวมทั้งเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและไม่มีโรคเรื้อรัง ส่วนกิจวัตรประจำวันขั้นสูงนั้นจะพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมงานบ้านเป็นหลัก เช่น การทำความสะอาดบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน การทำอาหาร การไปจ่ายตลาด เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุยังคงมีศักยภาพในการทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองสำหรับการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงนั้นมีจำเป็นอย่างมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากจะเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและมักเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น อาทิเช่น การดูแลรักษาสุขภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมรอบที่อยู่อาศัย การทำอาหาร การไปจ่ายจ่ายซื้อของ การดูแลผู้อื่น และดูแลสัตว์เลี้ยง เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Fricke and Unsworth (2001)⁽¹³⁾ ซึ่งสำรวจการใช้เวลาและความสำคัญของการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงพบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูงคิดเป็นร้อยละ 46.92 ของการใช้เวลาใน 24 ชั่วโมง

ส่วนกิจกรรมการเข้าสังคมพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับพลพลหลังสูงจะใช้เวลาในกิจกรรมประเภทนี้ น้อยที่สุด เฉลี่ย 1.37 ชั่วโมงต่อวัน แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุยังคงไว้การทำกิจกรรมประเภทนี้อยู่ โดยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำส่วนใหญ่เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านหรือเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่าง ๆ ของชุมชน อาทิ งานศพ งานปอยหลวง งานบุญของวัด เช่น ฟ้อนรำ แอโรบิก เป็นต้น โดยกิจกรรมการเข้าสังคมนั้นมีความสำคัญอย่างมากสำหรับวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ และศุภเจตน์ จันทรสาส์น (2555)⁽²⁵⁾ กล่าวว่าการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและส่งผลบวกต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุอีกด้วยทั้งนี้เราจะ

สังเกตได้ว่ารูปแบบและความหลากหลายของการมีส่วนร่วมจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงชีวิต โดยในวัยสูง ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างเห็นได้ชัดและมีสุขภาพร่างกายที่แย่ลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลงและทำกิจกรรมที่บ้านมากขึ้น⁽²⁶⁾ นอกจากนี้หากผู้สูงอายุขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือขาดการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับผู้อื่นจะก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (loneliness) และเกิดการแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) นำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพและทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอัลไซเมอร์ ความบกพร่องทางความรู้และความเข้าใจ รวมทั้งก่อให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การกินเหล้า สูบบุหรี่ ความเครียด เป็นต้น⁽²⁷⁾ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยังต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรต่าง ๆ ทั้งแกนนำสุขภาพในชุมชน อันได้แก่ อสม. ในการช่วยขับเคลื่อนและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในสังคมได้อย่างเต็มที่⁽²⁸⁾ ดังนั้นจึงเห็นว่าการมีส่วนร่วมในสังคมนั้นถือเป็นดัชนีชี้วัดที่มีความสำคัญมากต่อระดับคุณภาพ

ของผู้สูงอายุ จึงควรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ร่วมด้วย เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มกลุ่มประชากรให้มีจำนวนมากขึ้น เพื่อหาค่าบรรทัดฐาน (norm) ของผู้สูงอายุที่มีระดับคุณภาพสูง และสร้างรูปแบบการทำการกิจกรรมที่เป็นมาตรฐานของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ตลอดจนนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบการใช้เวลาของผู้สูงอายุหรือการปรับรูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects: The 2012 Revision. New York: United Nations, 2013.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี พ.ศ. 2558. URL <http://www.dop.go.th/main/law.php>. สืบค้นเมื่อ(18/05/2560).
3. World Health Organization: WHO. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization, 2002.
4. Thanakwang and Soonthorndhada. "Attributes of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey". Asia-Pacific Population Journal. Volume 21 (Number 3): 113-135, 2002.
5. Katz, S. "Busy bodies: Activity, ageing and the management of the everyday life". Journal of Aging Study. Volume 41 (Number 2): 135-152, 2000.
6. Atwal, A., & McIntyre, A. Occupational therapy and Older People. Second edition. Oxford UK: Blackwell Publishing Ltd., 2005.
7. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ. URL <http://www.dop.go.th/th/known/5/24>. สืบค้นเมื่อ(18/05/2560).
8. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

9. สุกจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. “ปัจจัยกำหนดระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทย”. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ปีที่ 21 (ฉบับที่ 1): 139-167, 2558.
10. United Nations Development Programme: UNDP. Human Development Report 2005. New York: United Nations Development Programme, 2005.
11. Harvey, A. S. Use of context in time use research. Paper Given at Expert Group Meeting on Methods for Conducting Time-Use Surveys. New York NY: United Nations Secretariat-Statistics Division, 2002
12. McKenna, K., et al. “What older people do: Time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over”. Australian Occupational Therapy Journal. Volume 54 (Number 4): 273-284, 2007.
13. Fricke, J., & Unsworth, C. “Time use and importance of instrumental activities of daily living”. Australian Occupational Therapy Journal. Volume 48 (Number 3): 118-131, 2001.
14. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกับครอบครัว ชุมชน สังคม. URL http://www.dop.go.th/download/formdownload/download_th_20162203134717_1.pdf. สืบค้นเมื่อ(09/08/2561). (ส่วนที่เพิ่ม)
15. Haque, N., et al. “Active Ageing Level in Thailand: Comparison between female and male elderly”. Journal of Aging Research. Volume 30 (Number 2). URL <https://www.hindawi.com/journals/jar/2016/9093018/ref/>. Retrieved (30/05/2018).
16. สุกจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. “ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุไทย”. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ปีที่ 17 (ฉบับ มกราคม-ธันวาคม): 231-248, 2557.
17. นิรันดร์ นิตสุข. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองห้าง ตำบลหนองห้าง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 9 (ฉบับที่ 2) : หน้า 38-45, 2559. (ส่วนที่เพิ่ม)
18. เนตรนภา พรหมมา และพรพนา สมจิตร. “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการปรับแนวคิด เปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างแกนนำสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอปง จังหวัดพะเยา” วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 10 (ฉบับที่ 2) : หน้า 240-247, 2560. (ส่วนที่เพิ่ม)
19. Law, M. “Participation in the occupations of everyday life”. The American Journal of Occupational Therapy. Volume 56 (Number 6): 640-9, 2002
20. Black, W., & Living, R. “Volunteerism as an occupation and its relationship to health and wellbeing”. British Journal of Occupational Therapy. Volume 67 (Number 12): 526-32, 2004.
21. Ana, S., & Rusac, S. “Spending leisure time in retirement”. PERIODICUM BIOLOGORUM. Volume 115 (Number 4): 567-574, 2013.
22. ปาริชาติ ญาดินนิม และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. “ลักษณะภาวะพหุพลัง: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีชื่อเสียง”. วารสาร พหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. ปีที่ 7 (ฉบับที่ 2): 12-23, 2549.
23. Reddy, B. “Labour force participation of elderly in India: patterns and determinants”. International Journal of Social Economics. Volume 43 (Number 5): 502-516, 2016.

24. Chilvers, R., et al. "Investigation into the occupational lives of healthy older people through their use of time". Australian Occupational Therapy Journal. Volume 57 (Number 1): 24-33, 2010.
25. ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. "พฤฒิพลังของผู้สูงอายุไทย การปันผลทางประชากรและโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในสังคมสูงวัย". วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา(สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์): ปีที่ 4 (ฉบับที่ 7): 1-14, 2555.
26. Edward, D., & Christiansen, C. Occupational development. In C. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), Occupational therapy: Performance, participation and well-being (pp. 42-63). NJ: Slack, 2005.
27. Perissinotto, C. M., et al. "Loneliness in Older Persons: A predictor of functional decline and death". Archives of Internal Medicine. Volume 172 (Number 14): 1078-1083, 2012.
28. พัชรภรณ์ ชัยพัฒน์เมธี. "การพัฒนาโปรแกรมสารสนเทศอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุ". วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ. ปีที่ 10 (ฉบับที่ 2) : หน้า 265-271, 2560. (ส่วนที่เพิ่มเติม)

คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ

PERSONAL CHARACTERISTICS AND ORGANIZATIONAL SUPPORT AFFECTING THE

STAR HEALTH PROMOTING HOSPITAL OF THE DIRECTOR AT SUB-DISTRICT

HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN CHAIYAPHUM PROVINCE

พงศ์สมุทร เจณบริรักษ์¹, ประจักษ์ บัวผัน², ชัญญา อภิบาลกุล³

Phongsamut Jenboriruk, Prachak Bouphan, Chanya Apipalakul

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 167 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาภาพรวมระดับการสนับสนุนจากองค์กรและระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.46; $\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.42) และพบว่าภาพรวมของการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัด ชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.659$, p-value <0.001) และการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรและด้านวัสดุอุปกรณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 46.7 ($R^2 = 0.467$, p-value < 0.001)

คำสำคัญ: คุณลักษณะส่วนบุคคล, การสนับสนุนจากองค์กร, การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ABSTRACT

This Cross-sectional descriptive research aimed to study the Personal characteristics and organizational support affecting the star health promoting hospital of the director at sub-district health promoting hospitals in Chaiyaphum Province. The samples were 120 Director at Sub-District Health Promoting Hospitals that selected by Systematic Random Sampling from 167 population. Data was collected both quantitative and qualitative by questionnaire and focus group guideline. The results shows that the Over all of Organizational support factors and Star health promoting hospital of the director at sub-district health promoting hospitals in Chaiyaphum Province were at high level with averages of 3.57(S.D.=0.46), 3.87 (S.D.=0.42) respectively, and Organizational Support factors variable had middle relationship with ($r=0.659$, p-value < 0.001) Organizational support factors; Management Man and Materials could predict and effecting star health promoting hospital in Chaiyaphum Province at 46.7 percentage.

Keywords: Personal Characteristics, Organizational Support, The Star Health Promoting Hospital

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

กรอบวิสัยทัศน์ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560–2564 ได้จัดทำขึ้นในช่วงเวลาของการปฏิรูปประเทศและสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วยังคงมีความต่อเนื่องจากวิสัยทัศน์ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนที่ 11 ยึดหลักการของการวางแผนที่น้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม การพัฒนาที่ยึดหลักสมดุล ยั่งยืน ในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำบนพื้นฐานของ กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2560 – 2579 ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 กำหนดทิศทางการพัฒนาที่มุ่งสู่การเปลี่ยนผ่านประเทศไทยจากประเทศที่มีรายได้ปานกลางไปสู่ประเทศที่มีรายได้สูง มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตลอดจนประเด็นการปฏิรูป การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ ให้ความสำคัญกับการจัดบริการของรัฐที่มีคุณภาพทั้งด้านการศึกษา การสาธารณสุข ให้กับผู้ที่มีรายได้อีกและผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564 ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพมี 4 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ที่ 2 ว่าด้วย การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ในการที่ต้องดูแลรักษาประชาชน นอกจากนี้มีการยกระดับความสามารถของหน่วยบริการทุกระดับชั้นให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อตอบสนองประชาชนที่ต้องการคุณภาพที่สูงขึ้นพร้อมทั้งเข้าถึงสถานบริการอย่างทั่วถึงทัดเทียมกัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ระบบสุขภาพของประเทศไทยยังขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีนามัยครอบคลุมในพื้นที่ทั้งประเทศ ทั้งนี้

ปัจจุบันสถานีนามัยได้ปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยยังเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและสร้างให้ประชาชนยืนได้ด้วยตนเอง มีการยกระดับให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และสำคัญที่สุดคือมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการทุกระดับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข คือเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่ร่วมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุด ยุทธศาสตร์ในการพัฒนาขีดความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1.การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) 2.ระบบบริการ (Service Excellence) 3.การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4.ระบบบริหารจัดการ (Government Excellence) ตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดบริการหน่วยปฐมภูมิเริ่มตั้งแต่การกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชน มีบทบาทสำคัญในการให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน จากศูนย์สุขภาพชุมชนพัฒนาต่อมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมาตรฐาน คือมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว (รพ.สต.ดีดดาว) องค์ประกอบของเกณฑ์พัฒนาคุณภาพมีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงมาจากมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเดิมคือ PCA (Primary Care Award) ซึ่งเน้นการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชื่อมโยงระบบบริการ

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๒

ร่วมกับหน่วยบริการแม่ข่ายคือโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปมีการเชื่อมต่อกันระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ชุมชน จัดระบบการทำงานร่วมกับชุมชนในพื้นที่ ซึ่งกระบวนการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามจะช่วยกระตุ้นและสนับสนุนเสริมพลังการทำงานให้คณะทีมงานในพื้นที่ประสบความสำเร็จตอบสนองความต้องการที่จำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้การมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบเครือข่ายบริการ มีการมุ่งเน้นเชื่อมโยงกระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ ทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร ไม่เกิดการระเหิดระเหินแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ทั้งนี้การให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยแบบผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ส่งผลถึงผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ประชาชนในพื้นที่มารับบริการมีความพึงพอใจ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560ก)

การดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม เป็นรูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน มุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพดีพึ่งตนเองได้ ประกอบด้วยรายละเอียด 5 หมวด คือ 1) การนำองค์กรและการจัดการดี 2) การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายและผู้มีส่วนได้เสีย 3) การมุ่งเน้นทรัพยากร 4) การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย และ 5) ผลลัพธ์ ซึ่งทั้ง 5 หมวดนี้จะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขคือเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามนั้นมีความสำคัญต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งถือว่าเป็นกำลังหลักในการพัฒนาหน่วยงานให้ได้คุณภาพมาตรฐาน เป็นการยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะสามารถให้บริการได้อย่าง

ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานส่งผลให้มีสุขภาพดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560 ก)

ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกวิชาชีพเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กรนั้น มีปัจจัยหลายด้านที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งตามแนวคิดของ Schermerhorn, Hunt & Osborn, (2003) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล (Individual attributes) ซึ่งได้แก่ความสามารถ จิตวิทยาลักษณะประชากร ความพยายามในการทำงาน (Work effort) และการสนับสนุนจากองค์กร มีผลต่อการปฏิบัติงานโดยมีการเชื่อมโยงและเป็นแรงผลักดันให้เกิดการปฏิบัติที่สอดคล้องกับทักษะและแนวคิดในความสำเร็จของงาน (Schermerhorn, et al., 2003) ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามให้ได้มาตรฐานต้องอาศัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของบุคคล ซึ่งคุณลักษณะส่วนบุคคล จะส่งผลให้ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้ตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม

นอกจากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลแล้วการสนับสนุนจากองค์กรเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม 5 ดาว การสนับสนุนจากองค์กรประกอบด้วย 1)ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3)ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4)ด้านการบริหาร (ทองหล่อ เดชไทย , 2549) องค์ประกอบการสนับสนุนจากองค์กรทั้ง 4 ด้านจะส่งผลให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามให้ได้ตามมาตรฐาน จากการศึกษาพบว่าภาพรวมปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการประเมินผลงาน

สาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา (สุรัตน์ สมัยกลาง, 2555)

จังหวัดชัยภูมิมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 16 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 167 แห่ง จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปี 2560 พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งประเมินตนเองตามเกณฑ์ ผ่านระดับ 5 ดาว 40 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.95 ประเมินโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอพบว่าผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว 29 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 17.37 และเมื่อมีการประเมินโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด พบว่าผ่านเกณฑ์ระดับ 5 ดาว จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 10.77 เกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวระดับ 5 ดาว ในรายหมวดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ คือ หมวดที่ 1 การนำองค์กรและการจัดการดี มีสถานบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 87 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 52 รวมทั้งหมวดที่ 5 ผลลัพธ์ มีสถานบริการที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน จำนวน 76 แห่งคิดเป็น ร้อยละ 45.5 ซึ่งตามเป้าหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในปี 2560 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิต้องผ่านมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว 5 ดาว ร้อยละ 25 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2560ก) ผลจากการประเมินมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว 5 ดาว จำนวนเพียง 18 แห่ง คงเหลืออีกจำนวน 149 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 89.22 ซึ่งอาจส่งผลต่อผู้มารับบริการได้ ดังนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้ตามมาตรฐาน

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อเป็นแนวทางและทราบถึงผลสะท้อนปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ที่จะนำไปต่อยอดและ

แก้ไขปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวให้มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560-30 กันยายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 167 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2560ข) และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 120 คน และการสุ่มสุ่มกลุ่มจำนวน 12 คนโดยการ คำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen ดังนี้

$$N = \frac{\lambda(1 - R_{Y.A,B}^2)}{R_{Y.A,B}^2 - R_{Y.A}^2} + w$$

เมื่อกำหนดให้

$R_{Y.A,B}^2$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุสำหรับ Full Model ซึ่งในการ วิจัยในครั้งนี้ได้นำ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปร จากการ ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย (เพชรสมร ไพระพะยอมและประจักษ์ บัวผัน, 2560) ซึ่งเป็นลักษณะงานที่คล้ายคลึงและมีพื้นที่เดียวกันในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.834

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๒

 $R^2_{Y.A.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุ

สำหรับ Reduce model ($R^2_{Y.A.B} - R^2_{Y.B.}$) ซึ่งได้ค่า $R^2_{Y.A.}$
 $= 0.823$

$R^2_{Y.B.}$ คือ ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุที่
 เปลี่ยนแปลง (R^2 Change) เมื่อไม่มีตัวแปรที่ต้องการ
 ทดสอบ $R^2_{Y.B.} = 0.011$

λ คือ ค่าความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปร
 อิสระและอำนาจการทดสอบ

w คือ จำนวนตัวแปรอิสระนอกเหนือจากตัวแปร
 ที่ต้องการทดสอบ (เขต A) = 0

เพราะฉะนั้นการศึกษาค้างนี้ใช้ตัวอย่างใน
 การศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 120 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ
 (Systematic Random Sampling) โดยการนำรายชื่อ
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด
 ชัยภูมิ ทั้งหมด จำนวน 167 คน มาสุ่มตัวอย่างอย่างเป็น
 ระบบจนได้ จำนวนตัวอย่างตามที่ คำนวณไว้คือ 120 คน
 ในการสนทนากลุ่มเพื่อยืนยันข้อมูลเชิงปริมาณโดยเลือก
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด
 ชัยภูมิที่สามารถให้ข้อมูลการดำเนินงานโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดิดาว ได้ดีที่สุด (Key
 Informants) โดยแบ่งเป็น 3 โซน โซนละ 4 คน
 ประกอบด้วย โซนเหนือ โซนกลาง โซนใต้ รวม
 ทั้งสิ้น 12 คน เป็นผู้ที่มีความยินดีและให้ความร่วมมือ
 ในการสนทนากลุ่ม โดยมีแบบบันทึกและเทปบันทึกเสียง
 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaires) มี
 ทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ
 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ
 การสนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม
 เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลดีดิดาว โดยส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 3 ใช้มาตราส่วน
 ประเมินค่า มีคำตอบให้เลือกตอบโดยมีเกณฑ์การให้
 คะแนน 5 ระดับ ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิด โดยให้
 ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ
 เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดิดาว

ดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน
 จังหวัดชัยภูมิ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสนทนากลุ่ม มีทั้งหมด 3
 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการ
 สนับสนุนจากองค์กร ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม
 เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 ดีดิดาว ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
 เกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 ดีดิดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบลในจังหวัดชัยภูมิ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือ ทั้ง 2
 ชุด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความ
 ตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ
 จำนวน 3 ท่าน พบว่า ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้อง
 มากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการ
 ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุง โดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว
 นำไปทดลองใช้เครื่องมือ กับผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 30
 คน ซึ่งการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียง
 กันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนโดยหาค่า
 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha
 Coefficients) ได้ค่าความเที่ยงของตัวแปรการสนับสนุน
 จากองค์กรเท่ากับ 0.93 ตัวแปรการดำเนินงาน
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดิดาวเท่ากับ 0.96
 และภาพรวม ทั้ง 2 ตัวแปรที่ศึกษาเท่ากับ 0.96

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์
 สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิง
 พรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วน
 เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและสถิติอนุมาน
 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's
 Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์
 ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression
 Analysis)

การแปลผล การแปลผลคะแนนระดับการ
 สนับสนุนจากองค์กร และระดับการดำเนินงาน
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดิดาวของ

(S.D.= 8,094.10 บาท) รายได้ต่ำสุด 16,500 บาท รายได้สูงสุด 62,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1-10 ปี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดค่า จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 และส่วนใหญ่จำนวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดค่า 1-2 ครั้ง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 68.3 ค่ามัธยฐาน 2 ครั้ง (Min = 1 ครั้ง, Max = 5 ครั้ง)

2. ระดับการสนับสนุนจากองค์กรในการ

ดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดค่าของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ เมื่อพิจารณาระดับการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.57(S.D.= 0.46) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82(S.D.=0.51) รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.69(S.D.= 0.67) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.33(S.D.= 0.63) รองลงมาคือ ด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.45(S.D.= 0.57)

3. ระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลคิดค่าของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ เมื่อพิจารณา ระดับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดค่า พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.87(S.D.= 0.42) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัย พบว่า การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดค่า ด้านการบริการครอบคลุมทุกประเภททุกกลุ่มวัย มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.04(S.D.=0.50) รองลงมาคือ ด้านการนำองค์กรและการจัดการคืออยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.01(S.D.= 0.51) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดค่า ด้านผลลัพธ์อยู่

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ โดยนำมาจัดระดับ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 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) (สำเร็จ จันทรวรรณ และสุวรรณ บัวทวน, 2547) 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) (Elifson, 1990)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2561 เลขที่ HE 612215 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2561

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ
คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.33 ปี (S.D.=6.07 ปี) อายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 40,001-50,000 บาท จำนวน 62 คน คิด

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๒

ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60(S.D.= 0.58) รองลงมาคือ

ด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย

3.79(S.D.= 0.49)

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ (หญิง)	0.049	0.595	ไม่มีความสัมพันธ์
2. อายุ	0.010	0.912	ไม่มีความสัมพันธ์
3. ระดับการศึกษา (ปริญญาตรี)	-0.164	0.074	ไม่มีความสัมพันธ์
4. สถานภาพสมรส (สมรส)	-0.010	0.913	ไม่มีความสัมพันธ์
5. รายได้	0.052	0.572	ไม่มีความสัมพันธ์
6. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	-0.061	0.506	ไม่มีความสัมพันธ์
7. การฝึกอบรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (เคย)	0.155	0.092	ไม่มีความสัมพันธ์
8. ความถี่การได้รับการฝึกอบรมการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว	0.22	0.832	ไม่มีความสัมพันธ์

การสนับสนุนจากองค์กร พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.659$, $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนการสนับสนุนจากองค์กรรายด้านพบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับ ปานกลางกับการ

ดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านบุคลากร($r=0.524$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านงบประมาณ($r=0.449$, $p\text{-value} < 0.001$) ด้านวัสดุอุปกรณ์($r=0.530$, $p\text{-value} < 0.001$) และด้านการบริหารจัดการ($r=0.581$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังรายละเอียดในตาราง 2

การสนับสนุนจากองค์กร	การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P - value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนจากองค์กร	0.659***	< 0.001	ปานกลาง
1. ด้านบุคลากร	0.524***	< 0.001	ปานกลาง
2. ด้านงบประมาณ	0.449***	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.530***	< 0.001	ปานกลาง
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.581***	< 0.001	ปานกลาง

5. คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุน
จากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงาน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ

มากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการ
เรียงลำดับ ดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การด้านการ
บริหารจัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุน
จากองค์การด้านบุคลากร ($p\text{-value} < 0.001$) และการ
สนับสนุนจากองค์การด้านวัสดุอุปกรณ์
($p\text{-value} = 0.008$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง
3 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การดำเนินงาน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด
ชัยภูมิ ได้ร้อยละ 46.7 ดังรายละเอียดในตาราง 3

[illegible]

6. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ โดยภาพรวมข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดจากแบบสอบถามทั้งหมด 120 ฉบับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้เสนอปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะทั้งหมด 82 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 68.33 โดยปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ส่วนใหญ่ คือ การสนับสนุนจากองค์กร ด้านงบประมาณ ร้อยละ 75.60 รองลงมาคือการสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร ร้อยละ 64.63 ส่วนปัญหาอุปสรรคด้านที่น้อยที่สุด คือ การสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการ ร้อยละ 26.80 รองลงมาคือการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ด้านการจัดบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ร้อยละ 31.70

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ไม่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ

2. การสนับสนุนจากองค์กร ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กร พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.659$, $p\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากความสำเร็จของการดำเนินงานมีปัจจัยพื้นฐานที่ใช้ในการบริหารที่สำคัญ 4 ประการ คือ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และวิธีการจัดการ (Method) หรือเรียกสั้นๆว่า 4M's ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการบริหาร(ทองหล่อ เศษไทย, 2549) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้อง

กับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($r = 0.609$, $p\text{-value} < 0.001$), ($r = 0.564$, $p\text{-value} < 0.001$) (สิริสา เทียมทันและประจักษ์ บัวผัน, 2561 ; ศุภชัย หมีนมา และประจักษ์ บัวผัน , 2557) และผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องในระดับที่แตกต่างกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่าภาพรวมการสนับสนุนจากองค์กรมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ($r = 0.757$, $p\text{-value} < 0.001$) , ($r = 0.810$, $p\text{-value} < 0.001$) , ($r = 0.813$, $p\text{-value} < 0.001$) สัมพันธ์ แสนศรี และประจักษ์ บัวผัน , 2555 ; อัสรวังศ์ศิริ และประจักษ์ บัวผัน , 2552 ; ฐาตุร เกษิต และประจักษ์ บัวผัน , 2551)

3. จากการวิเคราะห์ คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ การสนับสนุนจากองค์กรด้านการบริหารจัดการ ($p\text{-value} < 0.001$) การสนับสนุนจากองค์กรด้านบุคลากร ($p\text{-value} < 0.001$) และการสนับสนุนจากองค์กรด้านวัสดุอุปกรณ์ ($p\text{-value} = 0.008$) ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวแปร สามารถรวมพยากรณ์การดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยภูมิ ได้ร้อยละ 46.7 ซึ่งเนื่องจากการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการ เนื่องจากการบริหารจัดการเป็นกระบวนการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าการสนับสนุนจากองค์กร ด้านการบริหารจัดการมีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (วุฒิ

ศักดิ์คามิ และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2554 ; ประดิษฐ์ สารรัตน์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2551; รติ บุญมากและ ประจักษ์ บัวพันธ์, 2551) เนื่องจากแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันการได้รับการสนับสนุน ด้านการบริหาร จัดการ จึงส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พยุคา ขาเวียงและประจักษ์ บัวพันธ์ , 2560 ; ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวพันธ์, 2556) และการสนับสนุนจากองค์กร ด้านบุคลากร เนื่องจากบุคคลที่สามารถปฏิบัติงานเหมาะสมกับ ตำแหน่งที่มีอยู่แล้วนั้น ความรู้ความสามารถและทักษะ ของบุคคลนั้น มีความสำคัญต่อการ ดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวให้บรรลุตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจาก องค์กร ด้านบุคลากรมีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (สุมาลี ลารังสิต และประจักษ์ บัว พันธ์, 2557; มนตรี ยาสุตและประจักษ์ บัวพันธ์, 2555) และ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สิริสา เทียมทัน, 2560) และการสนับสนุนจากองค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจากในการพัฒนาโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวนั้นต้องผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดำเนินงานนั้น มีความจำเป็น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ งานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจาก องค์กร ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีผลต่อการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สิริสา เทียมทันและ ประจักษ์ บัวพันธ์, 2561 ; ปรีดถกร วงศ์กำพลินธุ์และประ จักษ์ บัวพันธ์, 2560; พยุคา ขาเวียง และประจักษ์ บัวพันธ์, 2560) และผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า การสนับสนุนจากองค์กร ด้าน วัสดุอุปกรณ์ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข (รัชนิกร อะโนและประจักษ์ บัวพันธ์, 2558)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่

ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้ บุคลากรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกระบวนการ ดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เพื่อให้เกิดความ เข้าใจตรงกันและสามารถปฏิบัติงาน ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่

ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมและพัฒนา บุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการทำงานที่ หลากหลาย และร่วมวางแผนสนับสนุนจำนวนบุคลากร ให้มีความเหมาะสมกับภาระงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่

ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรมีการสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ที่เพียงพอและสอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการของการดำเนินงานแต่ละพื้นที่

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแม่

ข่าย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรส่งเสริมให้ บุคลากรมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา นำมาสร้าง นวัตกรรม เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ได้สอดคล้องตรงกับ ความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

ในการวางแผนในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ตามมาตรฐานการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชาญญา อภิบาลกุลและรองศาสตราจารย์ ดร. ประจักษ์ บัวพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัยและอาจารย์ คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ ความรู้และกระบวนการเพื่อทำวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจน ผู้อำนวยกร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด ชัยภูมิ ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. เกษมชาติ จำสิงห์, และวิทัศน์ จันทร โพธิ์ศรี. (2557). บรรยาการขององค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557, บุรีรัมย์, มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
2. จารุกิตติ์ นาคคำ, และชนะพล ศรีฤาชา. (2556). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการรายงานข้อมูลสุขภาพระดับปฐมภูมิของ บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 21(1), 1-13.
3. จริญญา ทองอนง, และประจักษ์ บัวผัน. (2557). สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานตามโครงการของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 8(1), 218-229
4. จิรฐิติ ไทยศิริ, และประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การเงินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข., 13(1), 123-134.
5. ชูกร เกษิต. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการและบริหารการเงินการคลังโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียงของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ดาวรุ่ง ดอนสมจิตร, และประจักษ์ บัวผัน. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 8(3), 65-74
7. ทองหล่อ เดชไทย. (2549) หลักการบริหารงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
8. ธนภัทร อรรถเพิ่ม, และชนะพล ศรีฤาชา. (2554). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัย มข., 16(8), 1043-1053.
9. ธรรมบุญ บุญจันทร์, และวิทัศน์ จันทร โพธิ์ศรี. (2556). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขขอนแก่น, 25(253), 30-33.
10. ธวัชชัย มากมน, เขียวภา คีอัฐวรรณ, และวรางคณา ผลประเสริฐ. (2555). สมรรถนะด้านการบริหารเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนของหัวหน้าสถานีอนามัยในจังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 5(1), 51-55.
11. นราพร ชันธนา. (2553). การจัดการองค์กรและการบริหารธุรกิจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
12. นันทวัน พุฒลา. (2559). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
13. บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
14. บุญทัน สมิน้อย, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยพื้นที่อำเภอโพนใต้ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(6), 706-715.

15. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ .พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
16. ปกรณ์ เกียรติวุฒิมร และชาญญา อภิบาลกุล (2557). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดเพชรบูรณ์. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. เอกสารประกอบ.บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.
17. ประจักษ์ บัวผัน. (2554). หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
18. พงษ์ศักดิ์ คุชทอง, ปิยธิดา ศรีเดช, และวงเดือน ปั่นดี. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานตามนโยบาย 3S ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัด นครปฐม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่ง, 30(1), 1-9.
19. พุทธชัย มาลัย, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการบริหาร โครงการสุขภาพของหัวหน้าสถานอนามัยในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 15(6), 475-486.
20. พรพิมล จิตธรรมมา, และชนะพล ศรีฤาชา. (2558). การสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 22(1), 9-21.
21. พยุดา ขาเวียง, และประจักษ์ บัวผัน. (2560). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17(1), 56-68.
22. เพชรสมร ไพโรพยอม. (2560). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
23. ภูธร สารสวัสดิ์, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี .(2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดมหาสารคาม.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 6 (2), 21-33.
24. มยุรี บาทขารี, (2556). การบริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
25. รติ บุญมาก, และประจักษ์ บัวผัน. (2551). แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 8(3), 75-82.
26. วรัญญู ต่อชีพ, (2554). การพัฒนาบุคลากรของหัวหน้าสถานอนามัยในจังหวัดชัยภูมิ. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
27. วราภรณ์ ชูกันหอม, และพีระศักดิ์ ศรีฤาชา. (2553). แรงจูงใจที่มีผลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าสถานอนามัย จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(3), 21-30.
28. วิษณุพงษ์ จตุเทน, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี (2557). แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยุคใหม่ จังหวัดร้อยเอ็ด. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเสนอผลงานระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557, บุรีรัมย์, มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.

29. วินัส พิชาณิชย์, สมจิต วัฒนาศยาภู, และเบญจมาศ ดุลยนิติกุล. (2547). สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โฟร์พรีนติ้ง.
30. วุฒิสักดิ์ คำภายี, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2554). ปัจจัยสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 18(3), 22-23.
31. ศิราณี เสนานุช, และประจักษ์ บัวผัน. (2560). แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 10(1), 55-63.
32. สุภชัย หมื่นมา, และประจักษ์ บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(2), 71-84.
33. สิทธิศักดิ์ แก้วโพนเพ็ก, และประจักษ์ บัวผัน. (2558). คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของนักบริหารงานสาธารณสุขในเทศบาล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(3), 61-74.
34. สันติ ธรณี, และประจักษ์ บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 14(1), 89-104.
35. สมคิด บางโม. (2551). องค์การและการจัดการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์
36. สมพร อุ่นคำ, และประจักษ์ บัวผัน. (2553). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(3), 61-74.
37. สมยศ นาวิการ. (2545). การบริหารและพัฒนาองค์การ. กรุงเทพฯ: ดวงกมล
38. สมหมาย คำพิจิต, และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. (2556). คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานข้อมูลสารสนเทศของผู้รับผิดชอบงานข้อมูลสารสนเทศในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 6(1), 21-29.
39. สิทธิพร นามมา, และสุรศักดิ์ น้อยปรุง. (2557). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, 21(2), 20-32.
40. สุมาลี ลารังสิต, ประจักษ์บัวผัน. (2557). การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 14(3), 67-80.
41. สุรัช พิมหา, และประจักษ์ บัวผัน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 15(3), 79-88
42. สุรัตน์ สมัยกลาง, (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประเมินผลงานสาธารณสุขของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครราชสีมา. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
43. สายันต์ ปฏิภาณัง, และประจักษ์ บัวผัน. (2558). การบริหารความเสี่ยงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ, 8(3), 155-164.
44. สำเริง จันทรสวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

45. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
46. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.(2560ก). แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัด ปีพ.ศ.2560.ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ: (เอกสารอัดสำเนา).
47. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ.(2560ข). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (เอกสารอัดสำเนา).
48. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560-2564). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
49. สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560ก).นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
50. อรรถพงษ์ ฉลาดการณ์, และพีระศักดิ์ ศรีฤๅชา. (2553). ภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการกำกับควบคุมของ หัวหน้าสถานีนอนมัยในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 10(4), 47-54.
51. อธิวัฒน์ บุตรดาบุตร, และประจักษ์ บัวผัน. (2555). การปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 17(5)
52. อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตที่ดี และประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
53. อรุณรัตน์ ปัญจะ, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). การบริหารการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าสถานีนอนมัยในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข, 16(7), 835-844.
- 54.อาคม ปัญญาแก้ว, และประจักษ์ บัวผัน. (2554). ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารองค์การที่มีผลต่อสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีนอนมัย เขตโซนเหนือ จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยมข, (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 16(7), 855-863.
55. อุเทน จินโรจน์, และวิทัศน์ จันทโรศิริ. (2557). ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานระบาดวิทยาโรคติดต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 21(1), 63-74.
56. อัปสร วงษ์ศิริ, และประจักษ์ บัวผัน. (2552). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการจัดการข้อมูลสารสนเทศของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 17(1), 11-12.
57. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed.New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
58. Eisenberger et al. (1986). Percived organization support. Journal of Applied Psychology, 71(3), 500-507
59. Likert, R. (1967b). The human organization: Its management and value. New York: McGraw-Hill. Likert, R. (196). Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son.
60. Orsbum, J.D. & Moran, L. (2000). The new self-directed work team. New York: McGraw-Hill.
- 61.Singsena, M, & Bouphan, P. (2012). Factors effecting to the conflict management of Sub-district Health Promoting Hospital in Nong Khai Province. KKU Research Journal,12(4), 89-101.
62. Schermerhom, R., Hunt, G., & Osbom, N. (2003). Organizational behavior. 8thed. New York: John Wiley and Sons.

ความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

THE SATISFACTION OF EDUCATIONAL PROGRAM CHANGE BEHAVIORS FOR USING PERSONAL PROTECTIVE EQUIPMENT IN BAN DON DAENG YAI NONG LAO SUB-DISTRICT MUANG SAM SIP DISTRICT, UBON RATCHATHANI PROVINCE

สมจิต บุญพา¹, พรพรรณ สกุกู²

Somjit Boonpha¹, Pornpun Sakunkoo²

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการจัดกิจกรรม ด้านผู้ปฏิบัติงาน และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ โดยภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.20-5.00$) พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรมและด้านผู้ปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.39$, S.D = 0.11), ($\bar{X} = 4.22$, S.D = 0.05) ตามลำดับ รองลงมาคือด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม ($\bar{X} = 3.95$, S.D = 0.33) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X} = 4.16$, S.D = 0.09) อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เมื่อทำการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในครั้งต่อไปควรเพิ่มการประเมินการสอนของผู้ให้ความรู้รวมถึงการจัดสถานที่ให้มีความสะดวกสบายแก่ผู้เข้าอบรมมากที่สุด

คำสำคัญ : ความพึงพอใจ, เกษตรกร, โปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล

Abstract

This study were satisfaction of educational program change behaviors for using personal protective equipment in ban don daeng yai nong lao sub-district muang sam sip district, ubon ratchathani province in four parts: Processing activity parties and Facilities. There were 64 samples and questionnaire data were analyzed Frequencies, Percentages, mean and standard deviation for over all part: the most ($\bar{X} = 4.20-5.00$) by considered in each parts were that quality of activity and parties: the highest average ($\bar{X} = 4.39$, S.D = 0.11), ($\bar{X} = 4.22$, S.D = 0.05) respectively. Although education activity at teaching invert of teaching as well as to provide the most comfortable place for participants.

Keyword : satisfaction, famer, educational program change behaviors for using personal protective equipment

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

พื้นที่การเกษตรบ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีในปัจจุบันถือเป็นหนึ่งพื้นที่สำคัญในการผลิตพริกเพื่อส่งไปขายโดยผ่านพ่อค้าคนกลาง⁽¹⁾ เมื่อมีความต้องการเพิ่มกำลังการผลิตให้ทันกับราคากลางที่กำลังสูง เกษตรกรจึงมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ได้ผลผลิตที่สวยงาม ปราศจากแมลงศัตรูพืช โดยไม่มีการป้องกันอันตรายจากการรับสารเคมีทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งนี้ด้วยเกษตรกรไม่มีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หรือมีการสวมใส่ที่ไม่ถูกต้อง⁽²⁾ ซึ่งประเด็นการปฏิบัติเหล่านี้สามารถแก้ไขได้โดยการให้ความรู้โดยวิธีต่าง ๆ และการใช้สื่อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองของเกษตรกรด้วยความสม่ำเสมอ⁽³⁾ และจากรายงานผลการตรวจวัดระดับโคลีนเอสเตอเรสในกระแสโลหิต โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแดงใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการตรวจในระดับที่มีความเสี่ยงร้อยละ 63.1 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 20.5

ผู้วิจัยจึงทำการให้โปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้เป็นไปด้วยความถูกต้อง โดยโปรแกรมการให้ความรู้เป็นชุดการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นสื่อให้เกษตรกรได้รับความรู้ที่ต้องการ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ชุดการสอนมีรูปแบบสื่อประสม (Multi media) ประกอบด้วย การใช้กิจกรรม นันทนาการ การบรรยาย การระดมสมอง การอภิปราย กรณีศึกษา ประชุมกลุ่มย่อย การทำงานเป็นกลุ่ม และการสาธิต การฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง⁽⁴⁾ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อต้องการทราบระดับความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตราย

ส่วนบุคคลในผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อนำไปปรับปรุง พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการศึกษา

1. ศึกษาสภาพบริบทของชุมชน โดยการสังเกตและจดบันทึกวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2560

2. รวบรวมข้อมูลผลการตรวจวัดระดับโคลีนเอสเตอเรสในกระแสโลหิต โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแดงใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

3. โปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยโปรแกรมการให้ความรู้ เป็นชุดการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นสื่อให้เกษตรกรได้รับความรู้ที่ต้องการ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ชุดการสอนมีรูปแบบสื่อประสม (Multi media) ที่เป็นการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยโดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน เกษตรกรเป็นผู้รับ ดำเนินการสอนและจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยวิธีการทางสุศึกษา ประกอบด้วยการบรรยาย การสนทนากลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง (Hands on) การให้สิ่งสนับสนุน การเยี่ยมบ้าน

4. เก็บข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจ จากแบบสอบถามจำนวน 64 ชุด ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือจำนวน 3 ท่าน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การดื่มสุรา สูบบุหรี่ ระยะเวลาการปลูกพริกโดยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเมื่อใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ การได้รับการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และช่องทางที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 2 ความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมของเกษตรกรเกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของเกษตรกรต่อโปรแกรมการให้ความรู้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการจัดกิจกรรม ด้านผู้ปฏิบัติงาน ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เกณฑ์การให้คะแนนใช้มาตรวัดแบบ บุญชม ศรีสะอาด⁽⁵⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.20-5.00 หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.40-4.19 หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.60-3.39 หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.80-2.59 หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.79 หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

3. โปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โปรแกรมการให้ความรู้ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ การสอนที่มีรูปแบบสื่อประสม (Multi media) ที่เป็นการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยโดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน เกษตรกรเป็นผู้รับ ดำเนินการสอนและจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยวิธีการทางสุศึกษา ประกอบด้วย การละลายพฤติกรรม โดยการเล่นเกม ประมวลผลแสดงรหัสความพร้อม เป็นเวลา

5. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 10 โดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1.ศึกษาสภาพบริบทของชุมชน จากการสังเกตและจดบันทึกวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ พบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพหลักคือการทำสวนปลูกพริกส่งขายให้พ่อค้าคนกลางที่มารับซื้อผลผลิตจากแปลงปลูก ทุกเช้าชาวบ้านจะไปรดน้ำต้นพริกที่สวน ก่อนกลับมารับประทานอาหาร ถ้าช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิต จะไปรับจ้างเก็บพริก และตอนเย็นจะมีกลุ่มชาวบ้านที่เด็ดขั้วพริกเพื่อส่งขายในราคาที่สูงขึ้น สิ่งที่น่าสังเกตมากอย่างหนึ่งคือเมื่อเกษตรกรไปสวนจะสะสมงูขึ้นตามสวนไปด้วยทุกครั้ง โดยปราศจากอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล นอกจากหมวกไหมพรมและผ้าปิดจมูกจนเป็นภาพที่คุ้นชิน จากการสอบถามเกษตรกรอธิบายว่าถ้าเกิดช่วงที่ใกล้จะเก็บเกี่ยวจะต้องเฝ้าระวังแมลงศัตรูพืชจะทำลายผลผลิตจึงต้องมีการฉีดพ่นสารเคมี

2. ข้อมูลผลการตรวจวัดระดับโคลีนเอสเตอเรสในกระแสโลหิต โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแดงใหญ่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ในภาพรวมของหมู่บ้าน จากที่ได้รับการตรวจจำนวน 224 คน พบกลุ่มเสี่ยง สูงสุดถึงร้อยละ 63.1 รองลงมาคือไม่ปลอดภัย ร้อยละ 20.5 และไม่พบผลการตรวจที่เป็นปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 64 คน พบว่าผลการตรวจไม่ปลอดภัย ร้อยละ 60.9 รองลงมาคือ มีความเสี่ยงร้อยละ 35.9 และไม่พบผลการตรวจที่เป็นปกติ

25 นาที การบรรยายประกอบสไลด์และสื่อวีดิทัศน์ เวลา 45 นาที การสนทนากลุ่ม สรุปบทเรียนในการเข้าทำกิจกรรมแต่ละครั้ง เวลา 20 นาที การสาธิตและการฝึกปฏิบัติจริง (Hands on) การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการกล่าวชื่นชมและการเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือนพร้อมซักถามปัญหาและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

4. ข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจ

4.1 จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คนเป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 41 คน คิดเป็นร้อยละ 64 เพศชาย 24 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.5 มีสถานภาพสมรส มากที่สุดร้อยละ 84.4 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.1 ระยะเวลาเกษตรกรปลูกพริกโดยใช้สารเคมีมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 40.6 และมีความถี่ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 85.9

4.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.7 ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 7 ค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 โดยข้อคำถามที่เกษตรกรตอบถูกมากที่สุด คือ ไม่สูบบุหรี่ ในขณะที่การผสมสารเคมี ร้อยละ 96.9 มีการใช้ถุงมือป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชถูกผิวหนังบริเวณมือ ร้อยละ 96.9 รองลงมา คือ สวมใส่หมวกยางกันน้ำเพื่อป้องกันละอองของสารเคมีปลิวมาถูกผมหรือหนังศีรษะ ร้อยละ 68.8 ส่วนข้อคำถามที่เกษตรกรตอบไม่ถูกมากที่สุด คือ ลักษณะการจัดถุงมือในการฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชขึ้นเหนือไหล่กับลงต่ำกว่าระดับไหล่ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ช่องทางการรับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังมากที่สุด ร้อยละ 90.6 และ การแบ่งสูตรระดับความเป็นพิษจากสีของฉลากภาชนะบรรจุ โดยฉลากสีน้ำเงินแสดงถึงความ เป็นพิษเล็กน้อย ร้อยละ 85.9

4.3 พฤติกรรมของเกษตรกรเกี่ยวกับการสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เมื่อพิจารณา พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า เกษตรกรซัดชุดที่ได้ฉีดพ่นควรแยกซักจากเสื้อผ้าอื่น ๆ และไม่นำชุดสวมใส่สำหรับฉีดพ่นสารเคมี มาใช้สวมใส่ ในกรณีอื่นๆ ร้อยละ 95.3 สวมรองเท้าบูทที่ทำด้วยยางสังเคราะห์หรือวัสดุกันซึมสูงขึ้นมาถึงเข่า ร้อยละ 92.2 และสวมเสื้อผ้า อุปกรณ์ป้องกันในขณะที่ทำการผสม สารเคมี เช่น ถุงมือ เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ฯลฯ ร้อย ละ 89.1 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง คือ ไม่สวมหน้ากาก หรือผ้าปิดปากที่เหมาะสมกับชนิดของสารเคมี ร้อยละ

46.9 และ เมื่อมีเหงื่อไหลบริเวณใบหน้าปากใช้แขนเสื้อ เช็ดทันที 53.1

4.4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในผู้ปลูกพริก บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวม พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.72$, S.D = 0.45) พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรมและด้านผู้ปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.39$, S.D = 0.11), ($\bar{X}=4.22$, S.D = 0.05) ตามลำดับ รองลงมาคือด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม ($\bar{X}=3.95$, S.D = 0.33) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}=4.16$, S.D = 0.09) อยู่ในระดับมาก

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล บ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยภาพรวม พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับระดับมากที่สุด พิจารณาเป็นรายด้าน ทั้ง 4 ด้านดังนี้

ด้านคุณภาพการจัดกิจกรรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.39$, S.D = 0.11) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ผู้เข้าร่วมได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างคุ้มค่า จากการอภิปรายกลุ่มร่วม แสดงความคิดเห็นแสดงทัศนะ จำลองภาคสนามทำให้เกิดความพึงพอใจในกิจกรรม⁽⁶⁾ และได้เล็งถึงวิถีความเป็นไป ในการทำการเกษตรตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ร่วมระดมความคิดถึงผลดีและผลเสียจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกมีส่วนร่วม และได้แสดงบทบาท รวมถึงสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากผู้เข้าร่วมได้มีการฝึกปฏิบัติจริงเกิดความตื่นตัว และสนใจมากกว่า การนั่งดูหรือนั่งฟังเพียงอย่างเดียว

ด้านด้านผู้ปฏิบัติงาน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.22$, S.D =

0.05) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าผู้ปฏิบัติงานมีกิริยามารยาทเรียบร้อย ยิ้มแย้มแจ่มใส ชัดแจ้งกับการศึกษาของวรรณวิมล จงจรวาสกุล⁽⁷⁾ กล่าวไว้ว่า นักศึกษามีความพึงพอใจระดับมาก การต้อนรับด้วยอัธยาศัยที่ดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส การแสดงให้เห็นถึงความเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากกว่าผู้ให้การอบรม ทำให้เกษตรกรเปิดใจรับฟังมากยิ่งขึ้น มีความสามารถในการดูแลและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ทั้งเรื่องของการบริหารจัดการเวลาที่มีความคลาดเคลื่อนด้วยผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งการตอบข้อซักถามทั้งจากการนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ผ่านสื่อประสม (Multi media) หรือจากการที่ผู้ปฏิบัติงานได้ไปเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของวิระศักดิ์ ศรีเหล่า กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และให้ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้เข้ากับบริบทของชุมชนแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ได้อย่างเหมาะสม⁽⁸⁾

ด้านกระบวนการขั้นตอนการจัดกิจกรรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$, S.D = 0.33) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมไม่เคยได้รับการจัดกิจกรรมในลักษณะการมีส่วนร่วม การใช้กระบวนการกลุ่ม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทศน์วรรณ พลอุทัย พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่มตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁹⁾ การมีลำดับขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ใน

การจัดกิจกรรมค่อนข้างน้อย ส่วนเอกสารและสื่อประกอบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.16$, S.D = 0.09) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การใช้เทคโนโลยีมีการใช้อย่างเหมาะสมมีการใช้สื่อที่หลากหลายทั้งวีดิทัศน์ และการบรรยาย ผ่านจอโปรเจกเตอร์ สอดคล้องกับการศึกษาของรังสีจันทร์ สุวรรณสทิศกร อธิบายว่าสื่อการสอนในรายวิชาการจัดการผู้ขายปัจจัยการผลิตสัมพันธ์ ได้มีการนำเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน จึงทำให้นักศึกษามีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ช่วยกระตุ้นความสนใจ และการจดจำได้ดี ซึ่งนักศึกษานำไปทบทวนได้ด้วยตัวเองส่วนสถานที่จัดกิจกรรมเป็นห้องประชุมพัสดุที่อากาศค่อนข้างอบอ้าว⁽¹⁰⁾ ไม่มีเครื่องปรับอากาศด้วยจำนวนคนที่มากทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมรู้สึกร้อน ไม่สบายตัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณสมชัย นามคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแดงใหญ่ และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 3 ท่าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่อนุเคราะห์ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา ข้อมูลสุขภาพ และการอนุเคราะห์สถานที่ในการจัดกิจกรรม ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงเกษตรกรบ้านดอนแดงใหญ่ ตำบลหนองเหล่า อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีทำให้การวิจัยสำเร็จลงด้วยดีผู้วิจัยจึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยและพัฒนาการเกษตรเขตที่ 4 อุบลราชธานี. (2550) รายงานสำนักงานเกษตรจังหวัดอุบลราชธานี (อ้างเมื่อ 2 เมษายน 2560) : จา ก http://www.doa.go.th/main/index.php?option=com_weblinks&view=category&id=67%3Aoard4&Itemid=28

2. นัฐวุฒิ ไผ่ผาด และคณะ. (2557) ผลจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม
อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดกาฬสินธุ์ (อ้างเมื่อ 17 เมษายน 2560) : จาก <https://ag2.kku.ac.th/kaj/PDF.cfm?filename=05%20Natawut.pdf&id=1711&keeptrack=2>
3. ชนิกันต์ คุ่มนง และคณะ. (2557) พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก (อ้างเมื่อ 17 เมษายน 2560) : จาก http://research.pcru.ac.th/journal_pcru/index.php/re/article/viewFile/181/175
4. สุดา หันกลางและคณะ. (2560) ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในชาวนาจังหวัด
นครราชสีมา : การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (อ้างเมื่อ 30 กันยายน 2560) : จาก
<http://www.thaiphn.org/journal/thai/2560/31.2/12%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%B8%E0%B8%94%E0%B8%B2.pdf>
5. บุญชม ศรีสะอาด. (2553) การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
6. 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 (2015) 187: 142.
7. วรณวิมล จงจรรยาสุกุล. (2560) ความพึงพอใจในการบริการของงานทะเบียนและวัดผล (อ้างเมื่อ 10 ตุลาคม
2560) : จาก <http://www.rpu.ac.th/ebook/54/54-5.pdf>
8. วิระศักดิ์ ศรีเหล่าและคณะ. (2560) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรู พืช ใน
เกษตรกร ทำสวนยางพารา ตำบลหนองเล็ง อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ (อ้างเมื่อ 10 กันยายน
2560) : จาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/researchjournal-lru/article/view/100643/78232>
9. ทศน์วรรณ พลอุทัย. (2560) ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในตำบลห้วยเกิ้ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (อ้างเมื่อ
17 เมษายน 2560) : จาก http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_preview=T&art_id=1812
10. รังสิจันทร์ สุวรรณสทิศกร. (2555) การศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชา LSC 305 การ
จัดการ ผู้ขาย ปัจจัยการผลิต สัมพันธ์ (อ้างเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2560) : จาก
<https://www.spu.ac.th/tlc/files/2014/06/%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2-LSC305.pdf>

อิทธิพลของระบบปรับอากาศที่มีผลต่อปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัด ขอนแก่น ประเทศไทย

Influence of Air Conditioner affecting to Fungi in aerosol at a Nursery, Khon Kaen Province, Thailand

ปิยพร สิริคำกร¹, พรพรรณ สกุลคู²

Piyaporn Sirikorn¹, Pornpun Sakunkoo²

บทคัดย่อ

จากข้อมูลสถิติพบว่าเด็กอายุ 0-4 ปี เป็นช่วงวัยอายุที่เกิดโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจมากที่สุด โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบ และไม่มีแนวโน้มจะลดลง โดยสถานรับเลี้ยงเด็กในวัยก่อนอนุบาลถือเป็นอีกสถานหนึ่งที่เกี่ยวข้องการแพร่กระจายโรค เนื่องจากเป็นสถานที่รวมเด็กเล็กไว้ด้วยกัน และสุขอนามัยที่ยังไม่ดีนักของเด็ก ก่อให้เกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายได้ง่าย ปัจจัยแวดล้อมที่ผู้วิจัยอนุมานมีผลต่อปริมาณเชื้อราในอากาศ คือ การทำงานของเครื่องปรับอากาศที่มีผลต่อปริมาณเชื้อราในอากาศ จึงทำการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณของเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราในอากาศทั้งหมดในสภาวะที่มีและ ไม่มีระบบปรับอากาศ ทำการเก็บข้อมูลตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างคือศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง จำนวน 4 ห้อง โดยใช้เครื่องมือ Single Stage Bio-Impactor ตามวิธีการ NIOSH 0800 อัตราการไหลของอากาศ 28.3 ลิตรต่อนาที อาหารเลี้ยงเชื้อที่ใช้คือ Saboured dextrose agar (SDA) เก็บตัวอย่าง 24 จุด แต่ละจุดสูงจากพื้น 1.2 เมตร นานจุดละ 10 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ปริมาณเชื้อราในอากาศที่ตรวจพบในสภาวะที่มีระบบปรับอากาศเฉลี่ย 189.93 CFU/m³ ขณะที่ปริมาณเชื้อราในอากาศที่ตรวจพบในสภาวะที่ไม่มีระบบปรับอากาศเฉลี่ย 116.60 CFU/m³ มีค่าไม่เกินข้อเสนอแนะของ มาตรฐาน ACGIH และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมประเทศไทย (2557) (< 500 CFU/m³) แต่มีค่าเกินข้อเสนอแนะของ WHO (<50 CFU/m³) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราในอากาศ พบว่า ในสภาวะที่มีระบบปรับอากาศมีปริมาณเชื้อรา ค่าเฉลี่ยสูงกว่าในสภาวะที่ไม่มีระบบปรับอากาศเฉลี่ย 73.32 CFU/m³ มีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.179) (ส่วนที่คัดออก) (p-value > 0.05) ซึ่งผลที่ได้นำไปสู่การวางแผนปรับปรุง จัดให้มีการระบายอากาศที่เพียงพอ เปิดหน้าต่างระบายอากาศก่อนเด็กเข้าห้องและระหว่างพักเที่ยง เพื่อให้มีอากาศหมุนเวียน ลดการแพร่กระจายของเชื้อรา

คำสำคัญ : ระบบปรับอากาศ, ปริมาณเชื้อราในอากาศ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

From academic database show that children aged 0-4 years is the age-old most disease that infects the respiratory system, especially pneumonia and unlikely to be reduced. The nursery age before kindergarten is one more place where the risk of spreading disease. As well as a small child together and poor sanitation for children cause infection and spread easily. The research implies that environmental factors is the operation of the air conditioning that affect the amount of mold in the air. This study was survey research. The objective of this study was airborne fungi concentration in study rooms which opened and was not opened air conditioners situation. The subjects were in a nursery (4 rooms). Data was collected samples using single stage bio-impactor according to NIOSH 0800. The rate of air flow was 28.3 liters per minute, used Saboured dextrose agar (SDA) for medium sampler 24-points height of 1.2 meters for each 10 minutes. Data analysis used descriptive statistics present average, standard deviation and inferential statistics as Paired t-test. Result was found the fungus was detected in the presence of air averaged 189.93 CFU/m³, while the fungus was detected in the non-presence of air averaged 116.60 CFU/m³ were not exceed ACGIH standard and the Bureau of Environmental Health Thailand (2557) (< 500 CFU/m³) However there over recommendation exceed WHO (<50 CFU/m³) and

¹ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

² ผู้รับผิดชอบบทความ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

compared different average amount of mold found in the state system found that the presence of air has a higher average amount of mold in the non-presence of air averaged 73.32 CFU/m³ no statistical significance (p-value > 0.05). The results will be improve planning and provided enough ventilation, opened windows before children come in and between lunch time order to rotated air will be decrease airborne fungi distribution.

Keywords : Air Conditioner, Fungi in aerosol, Nursery

บทนำ

จากข้อมูลสถิติพบว่าเด็กอายุ 0-4 ปี เป็นช่วงวัยอายุที่เกิดโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจมากที่สุด⁽¹⁾ และโดยเฉพาะโรคปอดอักเสบ เด็กอายุ 0-4 ขวบ พบรายงานการป่วย ตาย และต้องสงสัยพบโรคมามากที่สุด โดยไม่มีแนวโน้มจะลดลง⁽²⁾ จากสถิติกรมอนามัยโลกพบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเสียชีวิตจากโรคปอดติดเชื้อกว่า 2 ล้านคนต่อปี⁽³⁾ โดยสถานรับเลี้ยงเด็กในวัยก่อนอนุบาลถือเป็นอีกสถานหนึ่งที่เกี่ยวข้องการแพร่กระจายโรค เนื่องมาจากส่วนใหญ่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีลักษณะเป็นระบบปิดและมีการเปิดเครื่องปรับอากาศอย่างต่อเนื่องและบางแห่งไม่มีพัดลมระบายอากาศ ทำให้มีการระบายอากาศได้น้อย ประกอบกับจำนวนเด็กภายในห้องที่ทำให้ปริมาณจุลินทรีย์เพิ่มมากขึ้น จากกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเดินและการวิ่ง ซึ่งทำให้เชลล์หรือสปอร์ภายในห้องฟุ้งกระจายในอากาศได้⁽⁴⁾ จากข้อมูลด้านคุณภาพของสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพด้านสุขาภิบาลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁽⁵⁾ เนื่องจากเป็นสถานที่รวมเด็กเล็กไว้ด้วยกัน และสุขอนามัยที่ยังไม่ดีนักของเด็ก รวมถึงเด็กมีอัตราการหายใจค่อนข้างถี่ และมีความไวในการรับสัมผัสเชื้อโรค จึงก่อให้เกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายได้ง่าย สปอร์ของเชื้อรา ความชื้นภายในอาคาร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางเดินหายใจของเด็ก⁽⁶⁾

จุลชีพที่แขวนลอยอยู่ในอากาศภายในอาคาร ถือเป็นอีกหนึ่งสาเหตุของการเกิดโรคติดเชื้อในทางเดินระบบหายใจ จุลชีพที่สำคัญต่อการเกิดโรคปอดอักเสบคือ เชื้อราในอากาศ โดยเฉพาะเชื้อรา *Aspergillus* spp.⁽⁷⁾ เชื้อราจะก่อตัวเกิดขึ้นได้ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความอับชื้น

(ความชื้นสูงกว่า 60%RH) มีอากาศนิ่งไม่มีการหมุนเวียน อุณหภูมิไม่เกิน 40 – 50 °C ซึ่งต้องการอากาศและอุณหภูมิที่เหมาะสมประมาณ 22-25 °C หรือที่อุณหภูมิห้องเพื่อการเจริญเติบโต⁽⁸⁾ บนพื้นผิวแทบทุกชนิด โดยเฉพาะพื้นผิวที่จำพวกอินทรีย์วัตถุ ในทุกซอกมุมของอาคารที่อับชื้น และสามารถก่อตัวได้ในมุมที่มีความชื้นสูงหรือน้ำขังเกินกว่า 24 - 48 ชั่วโมงขึ้นไป เชื้อราจะไม่สามารถเจริญเติบโตอยู่ได้ถ้าไม่มีความชื้นหรือน้ำ ตลอดจนอาหารของเชื้อราสปอร์ของเชื้อราจะมีขนาดเล็กมากไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า และแขวนลอยอยู่ในอากาศ ลอยไปได้ไกลและก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บแก่ทั้งมนุษย์และสัตว์ ซึ่งปริมาณเชื้อราในอากาศจะมีมากเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อม ซึ่งปัจจัยแวดล้อมที่ผู้วิจัยอนุมานมีผลต่อปริมาณเชื้อราในอากาศคือการทำงานของเครื่องปรับอากาศ โดยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ระบุถึงความแตกต่างของปริมาณเชื้อราในอากาศของสถานที่ปิดและเปิดเครื่องปรับอากาศ ในสถานบริการสปา⁽⁹⁾ และคุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ในสถานศึกษาปฐมวัย จังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบปริมาณจุลินทรีย์ระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล พบปริมาณเชื้อราภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าโรงเรียนอนุบาล 77.0 ± 2.1 CFU/m³ และ 33.0 ± 1.9 CFU/m³ ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ แต่ไม่เคยมีการตรวจวัดเปรียบเทียบกัน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาก่อน โดยเฉพาะเปรียบเทียบการเปิดปิดเครื่องปรับอากาศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อศึกษาปริมาณของเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราในอากาศทั้งหมดในสภาวะที่มีและไม่มีระบบปรับอากาศ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราในอากาศทั้งหมดในสถานะที่มีและไม่มีระบบปรับอากาศ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปริมาณของเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศและเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราในอากาศทั้งหมดในสถานะที่มีและไม่มีระบบปรับอากาศ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง จำนวน 12 ห้อง โดยแบ่งเป็นห้องเด็กเตรียมอนุบาล (3-4 ปี) จำนวน 3 ห้อง ห้องเด็กโต (2-3 ปี) จำนวน 6 ห้อง ห้องเด็กกลาง (1-2 ปี) จำนวน 2 ห้อง และห้องเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 1 ห้อง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า ระดับชั้นละ 1 ห้อง รวมจำนวนทั้งหมด 4 ห้อง

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือและอุปกรณ์ ได้แก่ 1) อุปกรณ์เก็บตัวอย่าง single-stage sampler 2) อาหารเลี้ยงเชื้อรา คือ Sabouraud Dextrose Agar (SDA) วางเครื่องมือเก็บตัวอย่างสูงที่ระดับการหายใจของเด็ก กล่าวคือ ความสูงจากพื้น 0.5-0.7 เมตร 3) เครื่องดูดอากาศ (pump flow) ที่ทำการปรับเทียบอัตราการไหล ตามมาตรฐานกำหนด 28.3 ลิตรต่อนาที 4) สำลีแผ่นหรือก้อนที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว 5) แอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาด (ไอโซโพรพานอล 70%) 6) ไอซ์แพค (Ice pack) สำหรับเก็บตัวอย่างให้เย็น (แต่ไม่เย็นจนแข็ง) ในระหว่างการขนส่ง 7) เครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้น (Hygrotherm Thermometer/Hygrometer (Digicon TH-02))

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บตัวอย่างจุลชีพแขวนลอยโดยการดักเก็บด้วยเพลทเก็บตัวอย่าง (Impactor method) ตามวิธีของ NIOSH (NIOSH Method 0800) วิธีเก็บตัวอย่างอากาศ ซึ่งนำเสนอโดย National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)

เป็นวิธีสำหรับเก็บตัวอย่างอากาศเพื่อวิเคราะห์หาเชื้อราและแบคทีเรียในสิ่งแวดล้อมการทำงานในอาคาร ที่ถูกเผยแพร่และมีผู้นำมาใช้อย่างกว้างขวางวิธีหนึ่ง วัตถุประสงค์ในการพัฒนาวิธีเก็บตัวอย่างนี้ คือเพื่อการบ่งชี้จุลชีพชนิดที่สามารถเพาะได้ และประเมินความเป็นไปได้ที่จะมีการฟุ้งกระจายและแพร่ขยายของแบคทีเรียหรือเชื้อราจากแหล่งภายในอาคาร

กลวิธีในการเก็บ

- 1) พื้นที่เก็บตัวอย่าง เลือกจุดเก็บบริเวณที่มีการหมุนเวียนของอากาศจากเครื่องปรับอากาศภายในห้อง
- 2) เก็บตัวอย่างเชื้อราในแต่ละพื้นที่ ใช้เวลาในการเก็บตัวอย่างจุดละ 10 นาที เก็บทั้งในขณะที่เปิดและปิดเครื่องปรับอากาศ
- 3) วางจานเก็บตัวอย่างบนอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง-ปิดฝา และปิดฝาเก็บทันที เพื่อใช้เป็น Field blank

การเก็บตัวอย่าง

- 1) ปรับเทียบความถูกต้องของเครื่องดูดอากาศโดยมีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างอยู่ในระบบด้วย
- 2) ก่อนเริ่มการเก็บตัวอย่างให้ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดอุปกรณ์เก็บตัวอย่างและปล่อยให้แห้งต่ออุปกรณ์เข้ากับเครื่องดูดอากาศ
- 3) วางจานอาหารเลี้ยงเชื้อลงบนอุปกรณ์ ปิดฝาทันทีปิดอยู่ ออก ประกอบอุปกรณ์เก็บตัวอย่าง และเปิดเครื่องดูดอากาศ (ระวังการปนเปื้อนในขั้นตอนวางและเก็บจานโดยไม่สัมผัสกับอาหารเลี้ยงเชื้อ) จับเวลาในการเก็บตัวอย่าง หากจุลชีพในอากาศหนาแน่นควรลดระยะเวลาในการเก็บตัวอย่างให้สั้นลง และสิ้นสุดการเก็บตัวอย่างให้ปิดฝาอาหารเลี้ยงเชื้อทันที ติดฉลากระบุหมายเลขตัวอย่างที่กั้นจานเพาะเชื้อ และวางจานอาหารเลี้ยงเชื้อโดยให้ด้านที่มีอาหารอยู่ข้างบน (ป้องกันหยดน้ำกลั่นตัวซึ่งเกาะบนฝาหยดลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ) บรรจุถุงพลาสติกที่ผ่านการฆ่าเชื้อวางลงในกล่องโฟมหรือกระติกบรรจุไอซ์แพค นำส่งห้องปฏิบัติการ

การขนส่งตัวอย่าง

เก็บตัวอย่างให้เย็นในกล่องบรรจุไอซ์แพค และรีบนำส่งห้องปฏิบัติการโดยเร็ว เพื่อเพาะเชื้อและนับจำนวนหรือระบุชนิด

การคำนวณปริมาณเชื้อเชื้อราในอากาศ

จำนวนโคโลนีที่นับได้แต่ละเพลทในแต่ละชั้นนำไปคำนวณให้อยู่ในรูปความเข้มข้นในหน่วยโคโลนีต่อลูกบาศก์เมตรอากาศ (CFU/m³)⁽¹⁾ ดังแสดงสมการ ต่อไปนี้

$$C \text{ (CFU/m}^3\text{)} = (P) \times 1000 / t \text{ (min)} \times F(L/min)$$

C คือ ความเข้มข้นของเชื้อราในอากาศในหน่วยโคโลนีต่อลูกบาศก์เมตรอากาศ

P คือ จำนวนโคโลนี

T คือ ระยะเวลาในการเก็บตัวอย่าง (นาที) และ F คือ อัตราการดูดอากาศช่วงเก็บตัวอย่าง (L/min.)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) นำเสนอ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Paired t-test หาความแตกต่างค่าเฉลี่ยและค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI โดยใช้โปรแกรม STATA version 10.1

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปในห้องเรียน ห้องเรียนทุกห้องมีประตูเข้าออกทางเดียว มีหน้าต่างทั้งสิ้น 10 บานปิดสนิท และมีฝ้าผ้าม่านทุกห้อง แต่ละห้องมีเครื่องปรับอากาศสองเครื่องที่มีอายุการใช้งาน 5-8 ปี จำนวน 2 เครื่อง พัดลม 6 เครื่อง จำนวนเด็กแต่ละห้องมีจำนวน 10-12 คนและครูพี่เลี้ยงห้องละ 2 คน ดังภาพที่ 1

2. สภาพแวดล้อมในห้องเรียนขณะเก็บตัวอย่าง ดังนี้

2.1 ห้องเด็กเล็ก 0-1 ขวบ ลักษณะห้องรูปตัวแอล มีการเปิดเครื่องปรับอากาศ 2 เครื่องและพัดลมหกเครื่อง หน้าต่างปิดสนิทแต่มีการเปิดฝ้าผ้าม่าน ขณะตรวจวัดมีอุณหภูมิ 29.0 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 36.0 %RH แต่ในขณะที่ปิดเครื่องปรับอากาศมีอุณหภูมิ 31.0 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 36.0 %RH



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะทางกายภาพทั่วไปของห้องเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดขอนแก่น

2.2 ห้องเด็กกลาง 1-2 ขวบ ขณะทำการตรวจวัด หน้าต่างปิดสนิทและมีการเปิดฝ้าผ้าม่านเล็กน้อย มีอุณหภูมิ 30.0 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 36.0 % แต่ในขณะที่ปิดเครื่องปรับอากาศมีอุณหภูมิ 33.0 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 36.0 %RH

2.3 ห้องเด็กโตอายุ 2-3 ขวบ ขณะทำการตรวจวัด หน้าต่างปิดสนิท และไม่มีการเปิดฝ้าผ้าม่าน มีอุณหภูมิ 27.50 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 31.0 % แต่ในขณะที่ปิดเครื่องปรับอากาศมีอุณหภูมิ 28.20 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 37.0 %RH

2.4 ห้องเด็กเตรียมอายุ 3-4 ขวบ ขณะทำการตรวจวัด มีการเปิดฝ้าผ้าม่าน ลักษณะห้องโปร่ง มีของวางอยู่ตามผนัง ประกอบด้วยชั้นหนังสือและชั้นวางของ รวมทั้งมีอ่างล้างมืออยู่ในบริเวณห้องด้วยมีอุณหภูมิ 29.0 °C ความชื้นสัมพัทธ์

33.0 % แต่ในขณะที่ปิดเครื่องปรับอากาศมีอุณหภูมิ 32.50 °C ความชื้นสัมพัทธ์ 35.0 %RH

ตาราง 1 อุณหภูมิและความชื้นของห้องเรียนในขณะที่ตรวจปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดขอนแก่น

ห้องเรียน	เปิดเครื่องปรับอากาศ		ปิดเครื่องปรับอากาศ	
	อุณหภูมิ (°C)	ความชื้นสัมพัทธ์ (%RH)	อุณหภูมิ (°C)	ความชื้นสัมพัทธ์ (%RH)
ห้องเด็กเล็ก 0-1 ขวบ	29.00	36.00	31.00	36.00
ห้องเด็กกลาง 1-2 ขวบ	30.20	36.00	33.00	36.00
ห้องเด็กโต 2-3 ขวบ	27.50	31.00	28.20	37.00
ห้องเด็กเตรียม 3-4 ขวบ	29.00	33.00	32.50	35.00
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	27.50 - 30.20	31.00 - 36.00	28.20 - 33.00	35.00 - 37.00

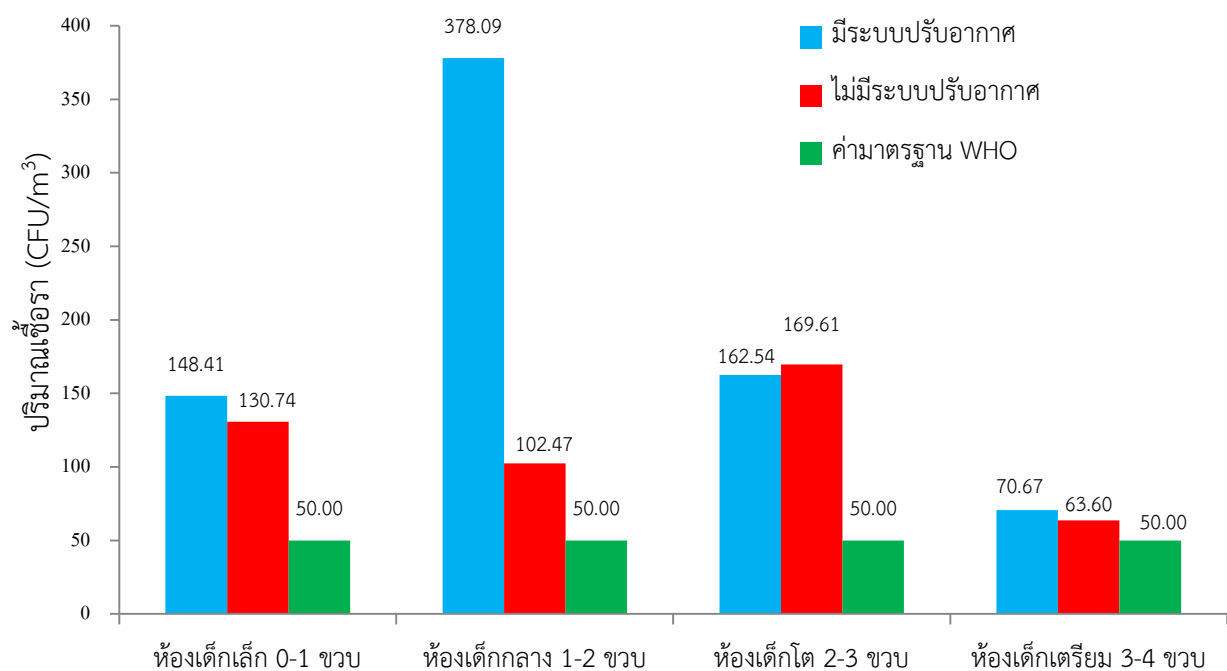
3. ปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า ปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศในทุกจุดที่เก็บตัวอย่างโดยเฉลี่ยแล้วในสภาวะที่มีระบบปรับอากาศพบปริมาณเชื้อราเฉลี่ย 189.93 ± 131.78 CFU/m³ เมื่อพิจารณารายห้องพบว่า ปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศในสภาวะที่มีระบบปรับอากาศในห้องเด็กกลาง (1-2 ขวบ) สูงที่สุด 378.09 CFU/m³ และห้องเด็กเตรียม (3-4 ขวบ) มีปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศต่ำสุด 70.67 CFU/m³ พบปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศในทุกจุดที่เก็บตัวอย่างโดยเฉลี่ยแล้วในสภาวะที่ไม่มีระบบปรับอากาศพบปริมาณเชื้อราเฉลี่ย 116.60 ± 44.79 CFU/m³ เมื่อพิจารณารายห้องพบว่า ปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศในสภาวะที่ไม่มีระบบปรับอากาศในห้องเด็กโต (2-3 ขวบ) สูงที่สุด 169.61 CFU/m³ และห้องเด็กเตรียม (3-4 ขวบ) มีปริมาณเชื้อราที่ปนเปื้อนในอากาศต่ำสุด

63.60 CFU/m³ เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานพบว่า ปริมาณเชื้อราในสภาวะที่มีและไม่มีระบบปรับอากาศทุกห้องไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก (< 50 CFU/m³) (ดังตารางที่ 2 และภาพที่ 2)

4. เปรียบเทียบปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) โดยการสุ่มตรวจปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 ห้อง พบว่า ปริมาณเชื้อราที่ตรวจพบในสภาวะที่มีระบบปรับอากาศเฉลี่ย 189.93 CFU/m³ ขณะที่ปริมาณเชื้อราที่ตรวจพบในสภาวะที่ไม่มีระบบปรับอากาศเฉลี่ย 116.60 CFU/m³ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อรา พบว่า ในสภาวะที่มีระบบปรับอากาศมีปริมาณเชื้อราค่าเฉลี่ยสูงกว่าในสภาวะที่ไม่มีระบบปรับอากาศเฉลี่ย 73.32 CFU/m³ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.179) ดังตารางที่ 4

ตาราง 2 ปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดขอนแก่นจำแนกตามห้องเรียน

ห้องเรียน	มีระบบปรับอากาศ (CFU/m ³)	มาตรฐาน WHO < 50 CFU/m ³	ไม่มีระบบปรับอากาศ (CFU/m ³)	มาตรฐาน WHO < 50 CFU/m ³
เด็กเล็ก 0-1 ขวบ	148.41	ไม่ผ่าน	130.74	ไม่ผ่าน
เด็กกลาง 1-2 ขวบ	378.09	ไม่ผ่าน	102.47	ไม่ผ่าน
เด็กโต 2-3 ขวบ	162.54	ไม่ผ่าน	169.61	ไม่ผ่าน
เด็กเตรียม 3-4 ขวบ	70.67	ไม่ผ่าน	63.60	ไม่ผ่าน
รวม	189.93 ± 131.78	ไม่ผ่าน	116.60 ± 44.79	ไม่ผ่าน



ภาพที่ 2 ปริมาณเชื้อราในอากาศ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดขอนแก่นจำแนกตามห้องเรียน

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราที่ตรวจพบในสถานะที่มีและไม่มีระบบปรับอากาศ

ห้องเรียน	ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อรา (CFU/m ³)	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง (CFU/m ³)	p-value
มีระบบปรับอากาศ	189.93	73.32	0.179
ไม่มีระบบปรับอากาศ	116.60	(-141.88 – 288.53)	

จากตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราที่ตรวจพบในสภาวะที่มีและไม่มีระบบปรับอากาศ เมื่อพิจารณาเป็นรายห้อง พบว่า ห้องเด็กเล็ก, เด็กกลาง, เด็กเตรียมและเด็กโต ทั้ง 4 ห้องมีค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อรา เกินค่ามาตรฐาน WHO ($< 50 \text{ CFU/m}^3$) ทุกห้อง แต่ไม่เกินค่ามาตรฐาน ACGIH และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ประเทศไทย ($< 500 \text{ CFU/m}^3$) และแต่ละห้องเรียนที่มีระบบปรับอากาศและไม่มีระบบปรับอากาศ มีค่าเฉลี่ย 189.93 และ 116.60 CFU/m^3 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน 73.32 CFU/m^3 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าปริมาณเชื้อราในอากาศที่ตรวจพบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น พบว่าค่าดังกล่าวไม่เป็นไปตาม ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ข้อมูลสอดคล้องกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) พบว่า ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก ปฐมวัยอายุระหว่าง 3-5 ขวบ จำนวนมากถึงร้อยละ 90 มีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ได้มาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราในอากาศระหว่างเปิดและปิดระบบเครื่องปรับอากาศ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของกิจจา จิตรภิมย์, ปธานิน แสงอรุณ และ วรินทร์ คำพิลา ที่พบว่าปริมาณเชื้อราในอากาศระหว่างเปิดและปิดระบบปรับอากาศนั้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะเนื่องด้วยในงานวิจัยนี้มีการเก็บตัวอย่างเปรียบเทียบในพื้นที่เดียวกัน ห้องเดียวกัน อาจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของห้องและอากาศที่ตรวจวัดมากนัก ข้อเสนอแนะของ WHO ที่ได้กำหนดไว้ ($< 50 \text{ CFU/m}^3$) แต่หากพิจารณาตามข้อเสนอแนะของสำนักอนามัย และ ACGIH ⁽¹²⁾ พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณเชื้อราทั้งภาพรวมและจำแนกตามสถานศึกษาปฐมวัย มีค่าไม่เกินเกณฑ์ข้อเสนอแนะ ($< 500 \text{ CFU/m}^3$) ทั้งนี้ ⁽¹³⁾ จากการศึกษาปริมาณจุลินทรีย์ทั้งแบคทีเรียและเชื้อราในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีค่าเกินข้อเสนอแนะดังกล่าวข้างต้น เนื่องมาจากส่วนใหญ่ศูนย์

พัฒนาเด็กเล็ก 2 ใน 3 แห่ง มีลักษณะเป็นระบบปิดมีการเปิดเครื่องปรับอากาศอย่างต่อเนื่อง และนานกว่า 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ⁽¹⁴⁾ และบางแห่งไม่มีพัดลมระบายอากาศ ทำให้มีการระบายอากาศได้น้อย ซึ่งห้องที่มีการระบายอากาศไม่ดี จะมีปริมาณของเชื้อราเฉลี่ยในอากาศมากกว่าห้องที่มีการระบายอากาศได้ดี ⁽¹⁵⁾ ซึ่งเชื้อราสามารถเกิดขึ้นได้ตามอุปกรณ์ต่าง ๆ ของระบบปรับอากาศที่เกิดความชื้นขึ้น และ ถูกปล่อยทิ้งไว้โดยไม่จัดการแก้ไขเป็นเวลานานเกินกว่า 48 ชั่วโมง เช่นตามแนวท่อน้ำเย็นที่ฉนวนเกิดแตกหรือฉีกขาด และตามชุดท่อน้ำเย็น (Cooling Coil) เป็นต้น ดังนั้นการควบคุมการทำงานของเครื่องปรับอากาศให้อยู่ในสภาวะที่ใช้งานได้ปกติ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานโดยการระบายอากาศภายในห้องและบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้อยู่ในสภาพที่ดีย่อมเหมาะสำหรับประเทศไทยกำหนดให้มีปริมาณเชื้อราภายในอาคารไม่เกิน 500 CFU/m^3 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การติดตาม ตรวจสอบหาเชื้อจุลินทรีย์ภายในอาคารที่ชัดเจน ⁽¹⁶⁾

นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณเชื้อราในอากาศของห้องเด็กเตรียมอนุบาลมีปริมาณน้อยที่สุด เนื่องจากการทำความสะอาดห้องเรียนก่อนที่จะทำการตรวจวัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะพงษ์ ชุมศรี ทำการเก็บตัวอย่างเชื้อราภายในห้องพัก พบว่า ห้องที่มีการทำความสะอาดด้วยไม้มกวดและไม้ถูร่วมกับเครื่องดูดฝุ่น ทำให้ปริมาณเชื้อราเฉลี่ยในบรรยากาศภายในห้องพักลดลง ⁽¹⁶⁾ และปริมาณเชื้อราของห้องเด็กกลางขณะปิดเครื่องอากาศมีปริมาณที่สูงมากอาจเนื่องด้วยอุณหภูมิที่ค่อนข้างเหมาะสมต่อการเติบโตของเชื้อรา ⁽¹⁷⁾ และมีการเปิดพัดลมแทนการเปิดเครื่องอากาศ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการหมุนเวียนของอากาศมากขึ้น หรืออาจเป็นเพราะในห้องของเด็กกลางมีปริมาณเชื้อราที่สามารถเติบโตได้ดีในอาหารเลี้ยงเชื้อ ส่วนความชื้นสัมพัทธ์ควรอยู่ระหว่าง 30-60%RH ในขณะที่สำนักอนามัย ⁽¹⁸⁾ ได้เสนอแนะให้มีอุณหภูมิอยู่ในช่วง 22.5-25°C และความชื้นสัมพัทธ์ ไม่เกิน 60% ซึ่งผลการศึกษครั้งนี้พบว่า อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์มีค่าสูงกว่าข้อเสนอแนะของ ASHRAE และ สำนัก

อนามัยเล็กน้อย เนื่องจากเป็นสถานที่ที่อยู่ในห้องเรียน ไม่มีการคิดเครื่องปรับอากาศเพื่อควบคุมอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์นั่นเอง ทั้งนี้อุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ยังส่งผลต่อการรอดชีวิตของจุลินทรีย์อีกด้วย ดังนั้นการควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ไม่ให้เกิน 60% ทำให้ปลอดภัยจากโรคติดต่อต่าง ๆ ได้ในระดับหนึ่งด้วย จากการศึกษาครั้งนี้คุณภาพทางจุลินทรีย์ของสถานศึกษาปฐมวัยยัง(ส่วนที่คัดออก) ปริมาณของเชื้อราในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีค่าเกินข้อแนะนำของ WHO และยังมีค่าเกินข้อแนะนำ(ส่วนที่คัดออก) แต่มีค่าไม่เกินมาตรฐานของสำนักงานอนามัยและ ACGIH ($< 500 \text{ CFU/m}^3$) ดังนั้น การจัดการที่แหล่งกำเนิด จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เช่น การจัดสถานที่แยกสำหรับเด็กป่วย จัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเป็นแหล่งของจุลินทรีย์ เชื้อรา เช่น อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ รวมถึงการจัดการให้มีการ ระบายอากาศที่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การลดการแพร่กระจายของปริมาณจุลินทรีย์ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำความสะอาดภายในห้องเรียนร่วมด้วยการใช้ไม้กวาดและไม้ถูร่วมกับเครื่องดูดฝุ่น เพื่อไม่ให้เกิดการฟุ้งกระจายของฝุ่น
2. เปิดหน้าต่างหรือติดพัดลมดูดอากาศเพื่อระบายอากาศก่อนเด็กเข้าห้องเรียน ช่วงเช้าก่อนเข้าเรียน ประมาณ 1 ชั่วโมง และช่วงพักกลางวัน
3. ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศขนาดเล็กโดยทำความสะอาดแผ่นกรอง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และทำความสะอาดชุดใหญ่ ล้าง Compressor air อย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง เพื่อลดการสะสมและแพร่กระจายของเชื้อรา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์เด็กเล็ก และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การอนุเคราะห์สถานที่เครื่องมือในการเก็บตัวอย่างอากาศ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่อำนวยความสะดวกในการใช้ห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. สุกรี สุวรรณจุฑะ . โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. ใน : วันดี วราวิทย์. และคณะ บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 1) กรุงเทพมหานคร : บริษัทไฮลิสดิก พับลิชชิง จำกัด ; 2540 : 503-506, 517-530.
2. วัชร แก้วนอกเขา.(2555). โรคปอดอักเสบ ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2548-2553. Weekly Epidemiological Surveillance Report . 43 (ฉบับพิเศษ): 90-98.
3. Igor Rudan, Cynthia Boschi-Pinto, Zrinka Biloglav, Kim Mulholland, Harry Campbell.(2008). Bulletin of the world health organization,86(5): 321-416.
4. รจฤดี โชติกาวิรินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ คุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ในสถานศึกษาปฐมวัย ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2559 (84-95).
5. กิตติ สมานไทย. (8 มกราคม 2553). “เผยศูนย์รับเลี้ยงเด็กเล็ก 90% ต่ำกว่ามาตรฐาน”, เดลินิวส์. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.dailynews.co.th/article>.
6. Garrett, M.H.Rayment, P.R.Hooper, M.A.Abramson, M.J. and Hooper, B.M. (1998). Indoor airborne fungal spores, house dampness and associations with environmental factors and respiratory health in children. **Clin Exp Allergy**, 28(4), 459-67.

7. Vinay Kumar, Ann Abbas et al. Robbins and Cotran pathologic basis of disease. 8 edition; with illustration by James A Perkins. Philadelphia: Elsevier; 2010
8. กัญญา ปรีชาสุทธิ, ขจรศักดิ์ ตระกูลพั้ว และบงกชวรรณ สุตะพาหะ.(2547). เชื้อราที่สำคัญทางการแพทย์. เชียงใหม่: ภาควิชาจุลชีววิทยาคลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
9. กิจจา จิตรภรณ์ และคณะ (2556). การปนเปื้อนเชื้อรา และการควบคุมเชื้อราในอากาศภายในสถานบริการสปา **Fungal Contamination and Control Management of the Airborne Fungi inside the Spa.** วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา, 18 (2556) 1 : 5-14
10. รงฤดี โชติกาวิรินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ **คุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ในสถานศึกษาปฐมวัย** ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2559 (84-95).
11. Fang, X.Z., Ouyang, Z., Zheng, H., Wang, X., Hu, L. (2007). Culturable airborne bacteria in outdoor environments in Beijing, China. *Microbial Ecology*, (54), 487-496.
12. ACGIH. (1987). “Bioaerosols; ACGIH Guidelines of assessment and sampling of saprophytic bioaerosols in indoor environment”, **Applied Industrial Hygiene**. 2(5), R10-R-16
13. รงฤดี โชติกาวิรินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ **คุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ในสถานศึกษาปฐมวัย** ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2559 (84-95).
14. นรุตตม์ สหนาวิน. วารสารคณะพลศึกษา **การประเมินความเสี่ยงด้านจุลินทรีย์ในอากาศ ในห้องเรียน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์** ปีที่ 15 (ฉบับพิเศษ) ธันวาคม 2555
15. Lasram, S., Oueslati, S., Valero, A., Marin, S., Ghorbel, A., Sanchis, V., 2010. Water activity and temperature effects on fungal growth and Ochratoxin A production by Ochratoxigenic *Aspergillus carbonarius* isolated from Tunisian grapes. *J. Food Sci.* 75, M89eM97.
16. ปิยะพงษ์ ชุมศรี.(2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณเชื้อราในบรรยากาศและแนวทางการจัดการเชื้อราในบรรยากาศของโรงแรมรีสอร์ท.** ขอนแก่น : วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา อนามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
17. สำนักอนามัย. (2555). **คู่มือการตรวจรับรองคุณภาพอากาศในอาคาร.** กรุงเทพฯ: บมจ. ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์.
18. Ren, P., Jankun, T.M., Belanger, K., Bracken, M.B. and Leaderer, B.P. (2001). **The relation between fungal propagules in indoor air and home characteristics.** *Allergy*. 56, 419-424.

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์
ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานในโรงงานน้ำตาล ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

Association among Attitudes towards using Respiratory Protective Equipment and Behavior for
Using Respiratory Protective Equipment of worker's Sugar factories Northeast, Thailand

พรพรรณ สกุนกู¹ วิภาดา พนาโกบกิจ²

Pornpun Sakunkoo¹ Wipada Panakobkit²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ของพนักงานในโรงงานน้ำตาล กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานโรงงานน้ำตาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 588 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามแบบอันดับสเกล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานในโรงงานน้ำตาลเป็นเพศชาย ร้อยละ 71.94 และเพศหญิง ร้อยละ 28.06 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี จบการศึกษา 3 อันดับแรก คือ ระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.78, 28.74 และ 22.62 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.58 มีรายได้เฉลี่ย 10,146 บาทต่อเดือน ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ 3 อันดับแรกจาก เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย, หัวหน้างาน และบอร์ดความรู้ในโรงงาน ร้อยละ 77.89, 70.41 และ 37.24 ตามลำดับ และพนักงานโรงงานน้ำตาลมีระดับทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.42 (95% CI; (76.14-82.70)) รองลงมา มีระดับทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.41 (95% CI; 17.14-23.68) มีระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.58 (95% CI; (66.88-74.27)) รองลงมา มีระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.72 (95% CI; 24.09-31.35) ทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของพนักงานในโรงงานน้ำตาล มีความสัมพันธ์กันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
คำสำคัญ : ทัศนคติ, พฤติกรรม, ฝุ่นซังอ้อย, อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ

Abstract

This research aims to study association among attitudes towards using respiratory protective equipment and behaviors for using respiratory protective equipment (RPE) of worker's Sugar factories Northeast, Thailand. Multi-stage sampling of 588 samples out of the four factories was collected in cross-sectional study by using survey questionnaire.

The result indicated that workers in the sugar factory are male 71.94% with average age of 38 years. Most of them finished primary school 30.78%. Secondary school graduated 28.74% and graduated from junior high school 22.62%. Moreover, the marital status 70.58% and average income was 10,146 Baht per month respectively. Received information on the use of RPE from the safety officers, foremen and knowledge boards in the factories were 77.89%, 70.41% and 37.24%, respectively.

The workers had attitudes towards the use of respiratory protective equipment at the level of 79.42% (95% CI; (76.14-82.70)) followed by attitudes towards the use of respiratory protective equipment at the moderate level, 20.41% (95% CI; (17.14-23.68)) respectively. The level of behaviors for using RPE was good level was 70.58% (95% CI; (66.88-74.27)), behaviors for using RPE was moderate level was 27.72% (95% CI; 24.09-31.35). Association among attitudes towards using RPE and behaviors for using RPE statistical significance at 0.05.

Keywords: Attitudes, Behaviors, Bagasse, Respiratory Protective Equipment (RPE)

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
² นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

อุตสาหกรรมน้ำตาลทรายอาจเป็นอุตสาหกรรมที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ รวมถึงความปลอดภัยจากการทำงานที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นชานอ้อย^[1] โรงงานน้ำตาลส่วนใหญ่มักพบปัญหาด้านอาชีวอนามัยของพนักงานที่ทำงานในแผนกต่างๆ อาจเนื่องจากความหลากหลายของสิ่งคุกคามสุขภาพ โดยเฉพาะความเข้มข้นของฝุ่นชานอ้อย^[12]

ฝุ่นละอองจากลานกองชานอ้อยและขณะลำเลียงชานอ้อย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเกิดอาการระคายเคือง ไอ จาม รวมทั้งการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น^[2] เมื่อพนักงานต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีออกซิเจนไม่เพียงพอหรือมีฝุ่นละอองจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Protective Equipment; RPE) เพื่อลดการสูญเสียหรือลดความเสี่ยงของพนักงาน เนื่องจากอันตรายต่อสุขภาพเหล่านี้อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปอดและการโรคระบบทางเดินหายใจโรคอื่นๆ^[10]

การใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ เช่น หน้ากากผ้า สามารถลดการสัมผัสของฝุ่นชานอ้อยได้ และนับเป็นมาตรการป้องกันที่สำคัญในการประกอบอาชีพจำนวนมาก แต่จะมีการป้องกันได้อย่างปลอดภัยเมื่อสวมใส่อย่างถูกต้อง และมีการเปลี่ยนหรือการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ การกำกับทั้งที่นายจ้างหรือองค์กรหรือที่คนงาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของพนักงานในโรงงานน้ำตาล ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study) ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE602331) ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 ถึง พฤษภาคม

แต่ละคนเพื่อส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจในคนงานยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ^[13] ซึ่งในองค์ใดๆ ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้คนงานความรู้สึกรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีถึงความพร้อมที่จะกระทำ หรือความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อเป้าหมาย^[5] เนื่องจากทัศนคติเป็นความคิดที่มีความรู้สึกแฝงอยู่ของแต่ละบุคคล และมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ทั้งกับบุคคลและสิ่งของหรือสถานการณ์ ซึ่งมีผลมาจากความรู้ ความนึกคิดความเชื่อ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระทำต่อสิ่งหนึ่งในสถานการณ์ทางสังคมนั้น โดยทัศนคติมี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้หรือความคิด ความรู้สึก ซึ่งหมายถึงสิ่งจูงใจให้เกิดพฤติกรรมและความพร้อมที่จะกระทำ^[7]

ทัศนคตินับเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกนึกคิดของพนักงานโรงงานน้ำตาลต่อความรู้สึกจูงใจในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดยเฉพาะอุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้ อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของพนักงานในโรงงานน้ำตาล ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พ.ศ. 2561 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือนเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นน้ำตาลพนักงานโรงงานน้ำตาลในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 7,965 คน^[1]

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้คือ พนักงานโรงงานน้ำตาล ซึ่งการกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression^[11] ดังนี้

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

จากการศึกษา เรื่องปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ จังหวัดสมุทรปราการ^[3] พบสัดส่วนของการมีระดับการศึกษา ดังนี้

P_0 คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเท่ากับ 0.42, P_1 คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลเท่ากับ 0.58, B คือสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่น เท่ากับ 0.37, P คือค่าสัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษา คำนวณจาก $(1-B)P_0 + B P_1$, α คือระดับนัยสำคัญกำหนด 0.05 ($Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติ มีค่าเท่ากับ 1.96), β คืออำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20 ($Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติ มีค่าเท่ากับ 0.84) ได้จำนวนตัวอย่าง 326.15 คน และเพื่อป้องกันการได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (over fitting) จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) และจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor หรือ VIF ซึ่งมีค่าตามสูตร ดังนี้

$$np = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}} \quad (\text{Hsieh, 1998})$$

ผู้วิจัยเลือก $\rho=0.5$ เนื่องจากค่า VIF=2.00 แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตัวอื่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ เมื่อเปรียบเทียบจากตารางแล้วจึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 588 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่างโรงงานน้ำตาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ประกอบด้วย 1) การสุ่มเลือกโรงงานน้ำตาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากเลือก 4 โรงงาน 2) การสุ่มเลือกแผนกที่มีการสัมผัสฝุ่นในโรงงาน ทั้งหมด 3 แผนก

เพื่อให้ได้แผนกที่เป็นตัวแทนของพนักงานในโรงงานโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive random sampling) คือ แผนกกลูกหีบ แผนกหม้อไอน้ำ และ แผนกลานกองชานอ้อย 3) สุ่มเลือกพนักงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากจนครบจำนวน ทั้งหมด 588 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของพนักงาน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบคำถาม

ส่วนที่ 2 ทศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นแบบวัดที่เป็นอันดับสเกล (Ordinal Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ และพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนประเมินค่า โดยอ้างอิงตามหลักการของ Likert^[4] การแปลความหมายและอธิบายตัวแปร โดยใช้เกณฑ์ แบ่งระดับขึ้นคะแนนเฉลี่ยตามหลักการของ Best (1997) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจทั้งก่อนปฏิบัติงาน ขณะปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงาน โดยใช้เกณฑ์ แบ่งระดับขึ้นคะแนนเฉลี่ยตามหลักการของ Best (1997) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับพนักงานโรงงานน้ำตาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ ไม่

น้อยกว่า 0.75 แล้วจึงนำเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่(Frequency), ค่าร้อยละ(Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), มัชฐาน(Median), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ วิเคราะห์โดย Multiple logistic regression รายงานค่า adjusted odds ratio และค่าความเชื่อมั่น 95% CI

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 588 คน พบว่า พนักงานในโรงงานน้ำตาลเป็นเพศชาย ร้อยละ 71.94 และเพศหญิง ร้อยละ 28.06 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี(SD= 10.56, min=19 ปี, max=69 ปี) จบการศึกษา 3 อันดับแรกคือ ระดับประถมศึกษา, ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.78, 28.74 และ 22.62 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.58 มีรายได้เฉลี่ย 10,146 บาทต่อเดือน(SD= 2438.35, min=4,800 ปี, max=23,000 ปี) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ 3 อันดับแรกจากเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย, หัวหน้างาน และบอร์ดความรู้ในโรงงาน ร้อยละ 77.89, 70.41 และ 37.24 ตามลำดับ

ทัศนคติจำแนกรายข้อ พบว่า พนักงานมีความคิดเห็นว่าอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงานอยู่ในระดับดี (mean=4.48, SD=0.61) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นช่วยป้องกันสารปนเปื้อนในอากาศ เช่น สารเคมี ฝุ่น ละออง ก๊าซ หรือไอ อยู่ในระดับดี (mean=4.07, SD=0.90) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นให้เหมาะสมสามารถช่วยป้องกันสิ่งปนเปื้อนที่สัมผัสในอากาศได้ดี อยู่ในระดับดี (mean=4.11, SD=0.79) พนักงานมีความคิดเห็นว่าอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นแต่ละอันจะต้องได้รับการตรวจสอบก่อนและ

หลังการใช่ว่าอยู่ในสภาพที่สมบูรณ์พร้อมใช้งานเสมอ อยู่ในระดับดี (mean=4.22, SD=0.80) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นทุกครั้งเมื่อปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี (mean=4.36, SD=0.67) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นตลอดเวลาปฏิบัติงาน อยู่ในระดับดี (mean=4.11, SD=0.80) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นช่วยป้องกันการเกิดโรคปอดได้ อยู่ในระดับดี (mean=4.04, SD=0.76) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นที่กระชับพอดีกับใบหน้าไม่ทำให้รู้สึกอึดอัด อยู่ในระดับดี (mean=3.85, SD=0.91) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นไม่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารด้วยวาจา อยู่ในระดับปานกลาง (mean=3.24, SD=0.99) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการทำความสะอาด เก็บและบำรุงรักษาอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นที่เหมาะสม เช่น เก็บไว้ในที่สะอาด แห้ง และปลอดภัยจากฝุ่น อยู่ในระดับดี (mean=4.17, SD=0.76) พนักงานมีความคิดเห็นว่าการฝึกอบรมวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นช่วยให้ใช้ได้ถูกต้องการป้องกันได้ถูกต้อง อยู่ในระดับดี (mean=4.07, SD=0.82) และพนักงานมีความมั่นใจว่าใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นทำงานเสมอ อยู่ในระดับดี (mean=4.02, SD=0.82)

ระดับทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ พบว่า พนักงานโรงงานน้ำตาลส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.42 รองลงมา มีทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.41

พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ก่อนการปฏิบัติงานพนักงานมีการตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนการใช้งานอยู่ในระดับดี (mean=2.70, SD=0.49) พนักงานปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย(จป.)ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นอยู่ในระดับดี (mean=2.62, SD=0.52) พนักงานศึกษาคู่มือการใช้งานอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นอยู่ในระดับดี (mean=2.49, SD=0.58) พนักงานปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือการใช้งานอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นอยู่ในระดับดี (mean=2.58, SD=0.54) พนักงานใช้อุปกรณ์

ป้องกันฝุ่นที่โรงงานจัดหาให้อยู่ในระดับดี (mean=2.78, SD=0.44) ขณะปฏิบัติงานพบว่า พนักงานสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นทุกครั้งในขณะปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี (mean=2.66, SD=0.49) พนักงานสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นอย่างต่อเนื่องในขณะปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี (mean=2.73, SD=0.45) พนักงานสวมอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นได้อย่างถูกต้องอยู่ในระดับดี (mean=2.73, SD=0.45) พนักงานใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นได้เหมาะสมกับประเภทงานที่ทำอยู่ในระดับดี (mean=2.66, SD=0.49) พนักงานใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่น ที่ปกปิดได้ มีชนิด กระชับ แนบสนิทกับใบหน้าอยู่ในระดับดี (mean=2.50, SD=0.58) พนักงานไม่ใช้ผ้าขาวม้าหรือผ้าเช็ดหน้าแทนอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นที่ทางโรงงานจัดเตรียมให้อยู่ในระดับดี (mean=2.42, SD=0.71) หลังปฏิบัติงานพบว่า พนักงานทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นหลังการปฏิบัติงานในแต่ละวันอยู่ในระดับดี (mean=2.60, SD=0.54) พนักงานเก็บอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นในภาชนะที่เหมาะสมและห่างจากพื้นที่ที่มีฝุ่นอยู่ในระดับดี (mean=2.63, SD=0.52) พนักงานเปลี่ยนเสื้อผ้า/ชุดทำงาน ทันทีเมื่อเลิกงานและกลับถึงบ้านอยู่ในระดับดี (mean=2.66, SD=0.54) พนักงานอาบน้ำทันทีเมื่อเลิกงานและกลับถึงบ้าน อยู่ใน ระดับดี (mean=2.56, SD=0.57) และพนักงานไปพบแพทย์ทันที เมื่อเกิดอาการ

ผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น แสบโพรงจมูก ไอ จาม หรือ หายใจติดขัด อยู่ในระดับปานกลาง (mean=2.34, SD=0.68) (ผลดังตารางที่ 3)

ระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ พบว่า พนักงานโรงงานน้ำตาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 70.58 รองลงมา มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.72

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของพนักงานในโรงงานน้ำตาล พบว่าพนักงานที่มีทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจที่ดี จะมีโอกาสมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจที่ดี เป็น 1.64 เท่า ของพนักงานที่มีทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจไม่ดี (95%CI =1.08 to 2.50, p-value = 0.022) (ผลดังตารางที่ 1)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ (n=588)

Characteristics	Number of Event	% of Event	Odds ratio	95%CI	p-value
Overall	381	64.8	N/A	60.92 to 68.67	N/A
ทัศนคติ					0.022*
ไม่ดี	121	61.98	1		
ดี	467	72.81	1.64	1.08 to 2.50	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 588 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.94 มีอายุเฉลี่ย 38

ปี (SD.= 10.56, min=19 ปี, max=69 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.78 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.58 และมีรายได้เฉลี่ย 10,146

บาทต่อเดือน($SD = 2438.35$, $\min = 4,800$ ปี, $\max = 23,000$ ปี) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจจาก เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยร้อยละ 77.89

และพบว่า พนักงานโรงงานน้ำตาล มีระดับทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 79.42 และมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 70.58 สอดคล้องกับงานวิจัยของ มหุริน เถียรประภากุล^[6] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานหน่วยงานผลิตโอเลฟินส์ 1 บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด(มหาชน) สาขาที่ 2 โรงโอเลฟินส์ ไอ-หนึ่ง ซึ่งพบว่าพนักงานมีทัศนคติด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดี รวมทั้งมีการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยอยู่ในระดับดีมาก และทัศนคติต่อกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยมีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธวัช เหลืองวสุธา^[8] ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท คอทโก้ เมทอล เวอร์คส์ จำกัด จังหวัดระยอง พบว่าทัศนคติด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานอยู่ในระดับดีและระดับพฤติกรรมความปลอดภัยอยู่ในระดับสูง, แต่ไม่สอดคล้องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันระบบทางเดินหายใจของพนักงาน เนื่องจากทัศนคติด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของพนักงาน

ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชากรที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในพื้นที่ต่างกัน มีวิถีชีวิตที่ต่างกันจึงอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ต่างกันได้

สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริพงษ์ ศรีสุภาบุญ^[9] ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานอุสาหกรรมเรือพระจุลจอมเกล้า กรมอุสาหกรรมเรือศึกษาในสายงานฝ่ายผลิต พบว่า ทัศนคติด้านความปลอดภัยของพนักงานอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะงานและประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน ส่วนทัศนคติกับพฤติกรรมด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพนักงานโรงงานน้ำตาลเฉพาะ 3 แผนก คือ แผนกลูกหีบ แผนกหม้อไอน้ำ และ แผนกลานกองขานอ้อย เท่านั้น ดังนั้นจึงเสนอแนะให้การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตด้านประชากรที่ใช้ในการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งโรงงาน รวมทั้งพนักงานขับรถบรรทุกอ้อยก่อนเข้าหีบด้วย เนื่องจากมีโอกาสสัมผัสฝุ่นจากการเผาอ้อยและฝุ่นขานอ้อยด้วยเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย หัวหน้าแผนก และพนักงานโรงงานน้ำตาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. คู่มือการกำกับดูแลโรงงานอุตสาหกรรมน้ำตาลทราย. กรุงเทพฯ: กรมโรงงานอุตสาหกรรม; 2559.
2. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. ข้อมูลที่คาดว่าจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากโรค [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 26 พฤษภาคม 2560]. จาก http://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2012/7/2023_5128.pdf

3. จินตนา เนียมน้อย, มัณฑนา คำรงค์ดี, วนลดา ทองใบ. ปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์จังหวัดสมุทรปราการ[ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 29 พฤษภาคม 2560].
จาก <http://www.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/18918>
4. บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์; 2553.
5. ปวีณา วงษ์ขุ่ม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี. [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 29 สิงหาคม 2561]. จาก
http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/55930253
6. มธุริน เกียรติประภากุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานหน่วยงานผลิตโอเลฟินส์ 1 บริษัท พีทีที โกลบอล เคมิคอล จำกัด(มหาชน) สาขาที่ 2 โรงโอเลฟินส์ 10-หนึ่ง [ออนไลน์] 2556 [อ้างเมื่อ 20 มิถุนายน 2561]. จาก
library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2556/19832.pdf
7. มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา. เหตุแรงจูงใจในการสมัครเข้าศึกษาของนักศึกษาเป็นรายกระบวนวิชา(Pre-Degree) :ศึกษาเฉพาะกรณี มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการฯ จังหวัดนครราชสีมา ปี 2553 [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 20 มิถุนายน 2561]. จาก
www.nst.ru.ac.th/file/Research/Research53PDF/Chapter2.pdf
8. ธวัช เหลืองวสุธา. ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัยของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัท คอทโก้ เมทอลเวอร์คส์ จำกัด จังหวัดระยอง [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 20 มิถุนายน 2561]. จาก
library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2552/19634.pdf
9. ศิริพงษ์ ศรีสุขกาญจน์. ความรู้ ทักษะต่อพฤติกรรมด้านความปลอดภัยของพนักงานอุสาหกรรมอาหารเรือพระจุลจอมเกล้า กรมอุทการเรือ กรณีศึกษา : ในสายงานฝ่ายผลิต [ออนไลน์] 2553 [อ้างเมื่อ 20 มิถุนายน 2561]. จาก
libdoc.dpu.ac.th/thesis/141231.pdf
10. Health and Safety Authority. **Respiratory protective equipment** [online] 2013 [cited 2017 Mar 31]. Available from:
http://www.hsa.ie/eng/Topics/Personal_Protective_Equipment_-_PPE/Respiratory_Protective_Equipment/
11. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. **Stat Med** 1998; 17(14): 1623–34.
12. Nayakavadi SA. A study of lung function test of workers in sugar industry during working period. **Am J Sustain Cities Soc** 2014; 3(1): 345-9.
13. Sakunkoo P, Chaiear N, Chaikittiporn C, Sathra S. Concentrations and size distribution of inhalable and respirable dust among sugar industry workers: A pilot study in KhonKaen, Thailand. **Asia Pac J Public Health** 2011; 23(6): 967–79.

การวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร

IDENTIFYING STRATEGY OF COMMUNITY HEALTH SYSTEM TO PREVENT WORK-RELATED ILLNESS AMONG FARMERS

ขจรศักดิ์ สีวาทิ¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์², เกษราวัลณ์ นิลวารังกุล³Khachornsak Seevathee¹, Wilawan Chomnirutana², Kessarawan Nilvarangkul³

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory rural appraisal: PRA) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน และวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร ทำการศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพสูง เลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัยแบบเจาะจง ประกอบด้วยเกษตรกร 21 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าเกษตรกรเพศหญิง ร้อยละ 61.9 อายุเฉลี่ย 48.6 ปี (S.D.=7.7) ประสบการณ์ทำงานเกษตรเฉลี่ย 21.8 ปี (S.D.= 10.8) ระยะเวลาทำงานเกษตรเฉลี่ย 8.1 ชั่วโมงต่อวัน (S.D.= 1.1) เกษตรกรเคยเจ็บป่วยโรคจากการประกอบอาชีพร้อยละ 66.7 ด้านสถานการณ์การดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพได้สะท้อนให้เห็นว่า สมาชิก อบต. ไม่ได้มีแผนสุขภาพด้านการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพอย่างครอบคลุม มีเพียงสนับสนุนงบประมาณดำเนินการป้องกันโรคเฉพาะพืชของสารเคมีเท่านั้น ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทั่วไป ไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินงานป้องกันโรคพืชของสารเคมีเท่านั้น ส่วนใหญ่ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพโรคเรื้อรังตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การให้บริการตรวจรักษาตามอาการ และให้คำแนะนำทั่วไป นักวิชาการเกษตรไม่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ มีเพียงให้การช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติ และการส่งเสริมการปลูกพืช สมาชิกครอบครัวสนับสนุนอุปกรณ์ไม่เหมาะสม เช่น ถุงมือไหมพรม หน้ากากผ้าธรรมดาที่ไม่สามารถกรองฝุ่นละอองสารเคมีได้ เป็นต้น เกษตรกรป้องกันตนเองจากโรคจากการประกอบอาชีพไม่เหมาะสม จากสถานการณ์ที่ได้เสนอในเบื้องต้นผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เสนอกลวิธีของระบบสุขภาพชุมชน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน ประสานการทำงานอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนดังนี้ 1) ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมทำแผนสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน และนำขึ้นนโยบายในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขจัดบริการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพอย่างครอบคลุม และอบรมพัฒนาศักยภาพของสม. และเกษตรกรให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักวิชาการเกษตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้กับเกษตรกรที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน 4) สมาชิกครอบครัวจัดหาอุปกรณ์ ได้แก่ รองเท้าบูท หน้ากากกรองฝุ่นละอองสารเคมี ถุงมือยางแบบยาว ฯลฯ พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกษตรกรป้องกันตนเอง 5) เกษตรกรได้รับการส่งเสริมการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน โรคจากการประกอบอาชีพ การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ เกษตรกร

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

Abstract

This qualitative study uses the concept of participatory rural appraisal (PRA) The purpose is to study the operational situation. Identify the strategies of the community health system to prevent work-related illness among farmers. A study in a village in Kalasin province with high prevalence rates of work-related illness. Selected participants in the research were 21 farmers, 20 people involved in the community health system. Data were collected by interview, group discussion, and participant. General data were analyzed by descriptive statistics. And qualitative data with content analysis

The results showed that female farmers were 61.9% with an average age of 48.6 years (S.D. = 7.7). The average working experience was 21.8 years (S.D. = 10.8). The average working time was 8.1 hours per day (S.D. = 1.1) 66.7% of them had work-related illnesses. The situation of the community health system in work-related illness prevention. Showed that local administrative organization members do not have a comprehensive work-related illness health plan. Only support the budget to prevent chemical poisoning. Community leaders participate in public relations information. Do not participate in work-related illness prevention activities. Local public health officer and public health volunteers work to prevent chemical poisons. Most of the health promotion activities are chronic diseases according to the Ministry of Public Health. Symptom treatment services And provide general advice. The agricultural technical officer does not participate in work-related illness prevention. Only help farmers affected by natural disasters. And the promotion of crops. Family members support inadequate equipment, such as gloves, yarns, plain cloth masks that can not filter dust, chemicals, etc. Farmers protect themselves from disease due to inappropriate work-related illness. Based on the situation initially proposed, the researcher proposed a strategy for community health. All stakeholders involved in supporting the operation. Coordinate systematically. And meet the needs of the community. 1) Community leaders, local administrative organization members, and local public health officer join the district health plan. Support budget Use of work-related illness prevention policies. 2) Local public health officer and public health volunteers provide comprehensive work-related illness prevention services. And training the potential development of farmers and farmers to have knowledge about disease prevention. 3) Local public health officers and agricultural technical officer provide workshops to educate farmers in the context of the community. 4) Family members supply equipment including boots, masks, dust filters, chemicals. rubber gloves, etc., and encourage farmers to protect themselves. 5) Farmers are encouraged to participate in the prevention of work-related illness caused by the involvement of relevant stakeholders.

Keywords: Community health system, Work-related illness, Prevention, Farmers.

บทนำ

เกษตรกรเป็นกลุ่มอาชีพที่สำคัญของประเทศ และเป็นกลุ่มอาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศทั่วโลกมีเกษตรกร 570 ล้านคน จาก 161 ประเทศ ทวีปเอเชียและแปซิฟิก (Asia and Pacific) สูงที่สุด ร้อยละ 74 (International Labour Office, 2000) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจในปี 2559 พบว่า มีเกษตรกรจำนวน 12.5 ล้านคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 5.37 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์มีเกษตรกรทั้งหมด 372,030 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) จากการสำรวจระดับโลก เกษตรกรเจ็บป่วยด้วยโรคจากการ

ประกอบอาชีพ จำนวน 1.3 ล้านคน การเจ็บป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ปัญหาทางจิตสังคมวิทยา โดยเกษตรกรมีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้ามากถึง ร้อยละ 40 2) ปัญหาสุขภาพโรคระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ ร้อยละ 39 และ 3) การเจ็บป่วยพิษจากสารเคมีทางการเกษตร ร้อยละ 20 สำหรับประเทศไทยพบเกษตรกรเจ็บป่วย จำนวน 3.54 ล้านคน (ร้อยละ 70.9) พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1.39 ล้านคน ร้อยละ 27.9 (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2558) เกษตรกรเจ็บป่วยจากพิษสารเคมี อัตราป่วย 1,000 ต่อประชากรแสนคน เกษตรกรเจ็บป่วยด้วยโรคระบบโครงร่างกล้ามเนื้อและกระดูก มีอัตรา

ป่วย 389.4 ต่อประชากรแสนคน อำเภอคอนจาน ในปี พ.ศ. 2556-พ.ศ.2560 พบว่ามีอัตราป่วย 162.3 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560) เกษตรกรเจ็บป่วยจากการสัมผัสความร้อนจากแสงแดด ร้อยละ 83.68 แสงสว่างในการทำงานที่ไม่เพียงพอ มีอาการระคายเคืองตา และแสงตา ร้อยละ 81.60 (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม, 2559) เกษตรกรถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย เช่น งู ยุง ตะขาบ แมลงอื่นๆ ร้อยละ 92.95 ในเกษตรกรที่ทำงานในสวนตั้งแต่เช้าตรู่ (รัชนิ จูมจี, นพรัตน์ ส่งเสริม, และ อรอนงค์ บุรีเลิศ, 2559) และโรคเลปโตสไปโรซิส ในปีพ.ศ.2560 ค่าเฉลี่ยของอัตราป่วย 6.6 ต่อประชากรแสนคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ยของอัตราป่วยสูงสุด 12.5 ต่อประชากรแสนคน (เสาวพัทธ์ อ้นจ้อย, 2557) เกษตรกรมีความเครียดสูงในทุกขั้นตอนการผลิต สาเหตุจากราคาผลผลิตที่ตกต่ำ ส่งผลกระทบต่อเกษตรกร ครอบครัวย และชุมชน มีภาระหนี้สิน ต้นทุนการผลิตสูง (เกษราวัฒน์ นิลวรารุณ และคณะ, 2555)

เกษตรกรที่เจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ส่งผลทำให้ขาดรายได้ในการจุนเจือครอบครัว และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดภาระหนี้สิน ขณะเดียวกันภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกัน นอกจากนั้นการใช้สารเคมีของเกษตรกรยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งปัญหาที่กล่าวมาในข้างต้นเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สามารถป้องกันได้แต่ด้วยกำลังคนด้านสาธารณสุขมีอย่างจำกัด (เรมวอล นันท์สุภวัฒน์ และ คณะ, 2555) ดังนั้นการใช้ระบบที่มีอยู่ในชุมชน เช่น ระบบสุขภาพของชุมชนที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรทำให้คนมีสุขภาพที่ดี มีสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal; PRA) ที่มีการนำมาใช้ในการวิเคราะห์ระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพมี

อยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร เพื่อให้รู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่สนับสนุน นโยบายในพื้นที่ ประโยชน์ที่ได้จากการวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนฯ ทำให้ได้ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงาน การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และสามารถนำเอากลวิธีที่ได้วิเคราะห์ไปใช้ในดำเนินการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพพื้นฐาน (basic qualitative research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม พื้นที่ศึกษาวิจัย เป็นชุมชนที่มีเกษตรกรเจ็บป่วยโรคจากการประกอบอาชีพสูง มีอัตราป่วย 357.0 ต่อประชากรแสนคน เข้าพื้นที่ศึกษาและเข้าถึงผู้ร่วมดำเนินการวิจัย 2 ลักษณะ 1) แบบไม่เป็นทางการ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ และประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ ในการขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เมื่อได้รับอนุญาต จึงทำหนังสือขอดำเนินการวิจัยในพื้นที่อย่างเป็นทางการ 2) แบบเป็นทางการ และเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัย โดยประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อค้นหาผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดในการวิจัย เข้าพบกลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธิดำเนินการ ระยะเวลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถาม และขอความยินยอม

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายอย่างเพียงพอและมีคุณสมบัติครบถ้วน จำนวน 41 คน ซึ่งเป็นการกำหนดไว้เบื้องต้นเท่านั้น ทั้งนี้จำนวนผู้ร่วมดำเนินการวิจัยอาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับความอึดตัว และความครอบคลุมของข้อมูล

1) เกษตรกร มีประสบการณ์ในทุกขั้นตอนการปลูกข้าว มันสำปะหลัง และยางพารา ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถทำการปลูกพืชได้ในทุกขั้นตอน มีอายุตั้งแต่ 20-65 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่การศึกษา

2) ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่เป็นผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล นักวิชาการเกษตร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้สนับสนุน และรับผิดชอบเกี่ยวกับการดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการโรคจากการประกอบอาชีพ มีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพชุมชน ไม่น้อยกว่า 1 ปี ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกคน สมัครเข้าร่วมวิจัย และสามารถให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลตลอดระยะเวลาของโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูลจากกระบวนการวิจัย โดยการสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยประยุกต์แนวคำถามของเกษราวัลณ์ นิลวราราม (2560) และเจนณรงค์ ละอองศรี (2560) ประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์สำหรับเกษตรกร ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. อสม. นักวิชาการเกษตร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2) แนวทางสำหรับการสนทนากลุ่ม และประชุมกลุ่มของเกษตรกร และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิง

คุณภาพที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ การใช้ข้อมูลจากสถานการณ์ที่เป็นจริงของการดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ การป้องกันระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล แหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนการดำเนินงานฯ นโยบายของพื้นที่เพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ และการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพเกษตรกร นำมาสร้างเป็นแนวคำถามเพื่อการสนทนากลุ่ม และประชุมกลุ่ม แนวทางสนทนากลุ่มถูกพัฒนาขึ้นมาใหม่ในประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ร่วมกับมีการประยุกต์ใช้แนวคำถามเกี่ยวกับสุขภาพเกษตรกรในการป้องกันพืชจากสารเคมีของ เจนณรงค์ ละอองศรี (2560) การสนทนากลุ่มและประชุมกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที (เกษราวัลณ์ นิลวราราม, 2558; ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2552)

3) แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตบริบท รวมไปถึงสภาพแวดล้อมทั่วไปของชุมชน สังเกตปฏิสัมพันธ์ของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในทุกขั้นตอน ตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย สังเกตการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในขณะสนทนากลุ่ม ได้แก่ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น การตอบคำถาม และความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประชุมกลุ่ม และผู้วิจัยมีโอกาสเข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือเกษตรกรในขั้นตอนต่าง ๆ ของการปลูกข้าว มันสำปะหลัง ยางพารา เช่น การช่วยในขั้นตอนการปลูก การบำรุงรักษา และการเก็บเกี่ยวผลผลิต ซึ่งในขณะทำกิจกรรมผู้วิจัยสังเกตการป้องกันตนเองของเกษตรกรในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพ ในส่วนนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนมีความอิ่มตัว โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาเชิงคุณภาพ (qualitative content analysis) (Elo & Kyngas, 2008) อ้างถึงใน เกษราวัลธุ์ นิลวรรณ และคณะ, 2558) โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการ 2) ระยะการจัดการอย่างเป็นระบบ 3) ระยะการเขียนรายงาน การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการศึกษา

จริยธรรมของการวิจัย

ผู้วิจัยผ่านการฝึกอบรมในประเด็นจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2560 และได้ผ่านการรับรองวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2561 เลขที่โครงการ HE612088

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลจากการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป สถานการณ์และกลวิธีการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย เกษตรกร 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรหญิง ร้อยละ 61.9 อายุเฉลี่ย 48.6 ปี (S.D.=7.7) จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเกษตรเฉลี่ย 21.8 ปี (S.D.= 10.8) ใช้ระยะเวลาในการทำงาน 8.1 ชั่วโมงต่อวัน (S.D.=1.1) เจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพมีอาการ ผิดปกติ ร้อยละ 66.7 ส่วนมากเกิดจากสาเหตุโรกระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ พิษของสารเคมีทางการเกษตร ผ่นจากการทำงาน และถูกสัตว์มีพิษกัดต่อย ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยที่เป็นอสม. ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการเกษตร 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 42.2 ปี (S.D.=2.3) มีประสบการณ์ในการดำเนินงานระบบสุขภาพในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ และมีประสบการณ์ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 40.0

2. สถานการณ์การดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร

2.1 การดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับชุมชน และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร

2.1.1 การดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับชุมชน ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. ไม่ได้มีแผนสุขภาพ งบประมาณ และนโยบาย ดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร มีเพียงช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำหรับนักวิชาการเกษตรไม่ได้มีส่วนร่วมในดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ มีเพียงช่วยเหลือเกษตรกรเกี่ยวกับการปลูกพืช และช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติ

2.1.2 การดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการดำเนินงานป้องกันโรคเฉพาะพิษของสารเคมีทางการเกษตร โดยการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกร อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดใช้สารเคมีจัดปีละครั้ง ส่วนการเจ็บป่วยโรคจากการประกอบอาชีพจากสาเหตุอื่นๆ ได้ให้คำแนะนำรายบุคคลเฉพาะที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคำแนะนำเบื้องต้นเท่านั้นไม่ได้ลงลึกถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสำหรับอสม.ทำงานสอดคล้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญดำเนินงานควบคุมโรคระบาด และโรคเรื้อรังในชุมชน

2.2 การดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับครอบครัว ครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร โดยจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่เหมาะสมโดยการซื้อ รองเท้าบูทแบบสั้นและแบบยาว เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว อุปกรณ์ฉีดพ่นสารเคมีใหม่ให้เกษตรกร แต่ยังสนับสนุนอุปกรณ์

บางอย่างที่ไม่เหมาะสม เช่น หน้ากากผ้า ถุงมือผ้า เพื่อป้องกันสารเคมี มีส่วนน้อยที่ครอบครัวของเกษตรกรกลุ่มสวนยางพาราให้ความสำคัญในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น เปลี่ยนหัวไฟที่ให้แสงเหมาะสมสามารถปรับความเข้มข้นของแสงและทิศทางของแสงได้ให้กับเกษตรกร ทำให้ไม่เป็นอันตรายต่อสายตา

2.3 การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับ

บุคคล

2.3.1 ด้านการป้องกันพิษของสารเคมีทางการเกษตร พบว่าป้องกันตนเองไม่เหมาะสมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สารเคมีทางการเกษตร เช่น ไม่ได้อ่านฉลากทุกครั้ง ผสมสารเคมีหลายชนิดรวมกัน ไม่ได้สวมชุดป้องกันพิษของสารเคมี ไม่ได้สวมหน้ากากกรองฝุ่นละอองสารเคมี (N95) ไม่ได้ทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังฉีดพ่นสารเคมี เป็นต้น

2.3.2 ด้านการป้องกันโรกระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ พบว่าเกษตรกรสวนมากทำงานในท่าทางไม่เหมาะสม ก้มโค้ง บิดเอียงตัว ก้มๆเงยๆขณะทำงานในท่าซ้าซาก และยกของหนักขณะทำงาน เช่น หิ้วถังพลาสติกเก็บยางกันด้วย แบกมัดกล้าด้วยคานไม้ไผ่ แบกกระสอบข้าว แบกขี้เถ้าใส่ปุ๋ยหลัง เป็นต้น ซึ่งการทำงานเกษตรกรทำตั้งแต่เช้าถึงค่ำ ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ

2.3.3 ด้านการป้องกันโรคจากสาเหตุด้านกายภาพ ที่เกิดจากฝุ่นขณะทำงาน พบว่าเกษตรกรใช้เสื้อยืดคลุมศีรษะปิดจมูกปากซึ่งไม่สามารถป้องกันฝุ่นเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ สำหรับการทำงานกลางแจ้ง แดด เกษตรกรสู้นทำงานกลางแจ้ง สวมเสื้อแขนกางเกงขายาว เมื่อกระหายน้ำมีการพักเป็นช่วงสั้นๆและทำงานกลางแจ้งต่อไป สำหรับการใช้สายตาเพ่งขณะกรีดยางพารา พบว่าเกษตรกรเพ่งสายตาจากสาเหตุที่เกษตรกรใช้แสงไม่เหมาะสม ร่วมกับทำงานในที่มืด

2.3.4 ด้านการป้องกันโรคจากสาเหตุด้านชีวภาพ พบว่าเกษตรกรเคยเจ็บป่วยด้วยโรคเลป

โตสไปโรซิส ขณะทำงานแช่น้ำ ลูยโคน ไม่ได้สวมรองเท้าบูท และไม่ได้ทำความสะอาดร่างกายทันทีหลังขึ้นจากน้ำ สำหรับการป้องกันยุงขณะกรีดยางพารา พบว่าส่วนใหญ่สวมเสื้อกางเกงขายาว มีบางส่วนที่จุกยุงกันยุงรัดไว้ที่เอว ขณะเดินกรีดยางพารา สำหรับการป้องกันสัตว์มีพิษต่างๆ พบว่าเกษตรกรป้องกันไม่สม่ำเสมอ เช่น ขณะทำงานสวมรองเท้าบูทบางครั้ง เป็นต้น

2.3.5 ด้านการจัดการความเครียดที่เกิดจากการทำงานเกษตร พบว่าส่วนใหญ่เกษตรกรยังมีความเครียดจากราคาผลผลิตตกต่ำ ต้นทุนการผลิตสูง และมีการหนี้สินที่กู้ยืมมาทำการเกษตร โดยส่วนใหญ่จัดการหนี้ยังไม่เหมาะสม เกษตรกรส่วนมากยืมเงินนอกระบบไปใช้หนี้ที่กู้ยืมทำการเกษตร มีการหมุนเงินและมีอัตราดอกเบี้ยสูง ไม่ได้ทำให้หนี้ที่เกิดจากการทำงานลดลง

3. กลวิธีการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชน

ในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร

ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในชุมชน ค้นข้อมูลสถานการณ์การป้องกันตนเองของเกษตรกร และการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนในการดำเนินการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดยใช้สื่อ Power point นำเสนอข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรจากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่ผ่านมา เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานเพื่อนำเสนอให้เห็นผลกระทบต่อสุขภาพเกษตรกร ครอบครัว และชุมชน จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปราย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน จึงได้วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพร่วมกัน โดยได้เสนอปัญหาสรุปเป็นภาพรวมดังนี้

1) เกษตรกรมีความรู้ในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพไม่ครอบคลุม และป้องกันการเจ็บป่วยโรคจากการ

ประกอบอาชีพไม่เหมาะสม 2) ชุมชนมีการดำเนินงาน ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพเฉพาะเรื่องของสารเคมี เท่านั้น 3) อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในการป้องกันโรค จากการประกอบอาชีพไม่ครอบคลุม 4) สมาชิก อบต. มี แผนพัฒนาสุขภาพตำบลเฉพาะการป้องกันพิษของสารเคมี และการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังไม่มีแผนระดับ ตำบลในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของ เกษตรกรอย่างครอบคลุม 5) การจัดการของโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบ อาชีพยังไม่ครอบคลุม และไม่สอดคล้องกับความต้องการของ เกษตรกร

ดังนั้นเพื่อให้มีการดำเนินงานป้องกันโรคจากการ ประกอบอาชีพต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ในระบบสุขภาพชุมชนได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการ ดำเนินงาน โดย 1) สมาชิก อบต. การสนับสนุนการจัดทำ นโยบาย แผนงาน โครงการ และงบประมาณในการ ดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในระดับตำบล 2) ส่วนผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยสนับสนุนการประสานงานใน ระดับชุมชนกับเกษตรกรและสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้าง ความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบ อาชีพ 3) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ช่วยสนับสนุนความรู้ วิชาการเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดย การจัดอบรมสม. เชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคจากการ ประกอบอาชีพ และจัดทำคู่มือสื่อการสอนเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่สอดคล้องกับบริบทของ ชุมชน สำหรับระบบสุขภาพชุมชนทั้ง 3 ส่วนที่ได้กล่าวไป ในข้างต้นนั้นยังมีบทบาทหน้าที่ช่วยกันหนุนเสริมเสนอ ปัญหาการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพเข้าสู่ การกำหนดเป็นนโยบายระดับตำบล และนำสู่การปฏิบัติใน ชุมชน นอกจากนี้ 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการ เกษตรต้องประสานความร่วมมือกันในการอบรมวิชาการด้าน การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ทั้งนี้ นักวิชาการ เกษตรต้องเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับการทำปุ๋ยอินทรีย์ และนำ การปลูกพืชที่ลดใช้สารเคมีให้กับกลุ่มเกษตรกร 5) สำหรับ

สม.มีส่วนช่วยดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ในระดับชุมชนโดยการให้ความรู้และเยี่ยมบ้านเกษตรกร พร้อมกับจัดทำโครงการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ภายใต้การให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อทุกภาค ส่วนให้ความร่วมมือกันอย่างเต็มที่ในการช่วยกันดำเนินงาน ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพให้กับเกษตรกรและ สมาชิกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ เกษตรกรและสมาชิกใน ครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค จากการประกอบอาชีพให้ถูกต้อง จึงจะทำให้เกษตรกรไม่ เจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ เกษตรกรมีสุขภาพ แข็งแรง และจะนำสู่การเป็นชุมชนสุขภาพดีต่อไป

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ดำเนินงาน และวิเคราะห์กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกัน โรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร อภิปรายผลได้ดังนี้

1. การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับ ชุมชน

1.1 ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. นักวิชาการ เกษตร มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคจากการ ประกอบอาชีพบางส่วนเท่านั้น มีส่วนร่วมในการประกาศ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การสนับสนุนงบประมาณ ส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ และส่งเสริมการปลูกพืชผลทาง เกษตร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเจนณรงค์ ละออง ศรี (2560) ปราบณาศศุข และพงศกร กาวิชัย (2560) ส่วน สมาชิก อบต. ได้ช่วยสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งสนับสนุนเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพด้านโรคเรื้อรัง และการป้องกันโรคพิษจาก สารเคมีทางเกษตรเท่านั้น ยังไม่มีการจัดทำแผนและสนับสนุน งบประมาณเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพอย่างครอบคลุม สำหรับนักวิชาการเกษตรมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพน้อย มีเพียงให้การ ช่วยเหลือเกษตรกรที่ประสบภัยธรรมชาติ และส่งเสริมการ ปลูกพืชเท่านั้น

1.2 การจัดบริการด้านป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนมากดำเนินงานเฉพาะการป้องกันพิษของสารเคมีในกลุ่มเกษตรกร ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับเจนนรงค์ ละอองศรี (2560) ณัฐจัญญ์ ประเทืองบริบูรณ์ (2560) ในการศึกษาพบว่ามีการดำเนินงานส่วนใหญ่ทำตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การรักษาดูแลตามอาการ และให้คำแนะนำรายบุคคล ซึ่งเป็นความรู้เบื้องต้นเท่านั้น ไม่ได้เน้นให้เกษตรกรนำความรู้ด้านการป้องกันกันไปปฏิบัติได้ นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของเกษร แก้วโนนจิว และคณะ (2557) ที่สนับสนุนเหตุผลที่ว่านโยบายของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญน้อยกับการดำเนินป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร

1.3 การดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของอาสาสมัครสาธารณสุข มีการดำเนินงานเฉพาะประเด็นการป้องกันสารเคมีเท่านั้น ซึ่งเหมือนกับผลการศึกษาของ เจนนรงค์ ละอองศรี (2560) ทวีรัตน์ เฟื่องเนิน และคณะ, (2559) ซึ่งในผลการศึกษาพบว่าอสม.ดำเนินงานสอดคล้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งทำงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อในชุมชน ส่วนการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพมีเฉพาะการป้องกันสารเคมี ส่วนมากอสม.ให้เพียงคำแนะนำปฏิบัติเบื้องต้นเท่านั้น อสม.เคยได้รับการอบรมให้เป็นอสม.เชี่ยวชาญ ซึ่งอบรมความรู้ด้านสุขภาพหลายเรื่องในวันเดียว มีเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเกษตรกรเป็นส่วนน้อย อสม.จำเนื้อหาวิชาการไม่ได้ ภายหลังอบรมไม่ได้นำความรู้สู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้ขาดความมั่นใจในการให้คำแนะนำการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพให้กับเกษตรกรได้นำสู่การปฏิบัติ

2. การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ

พร้อมกับสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ เช่น หน้ากากผ้า ถุงมือยางแบบสั้น ถุงมือไหมพรม รองเท้าบูท ให้กับเกษตรกรได้สวมใส่ขณะทำงาน ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของทวีรัตน์ เฟื่องเนิน และคณะ (2559) อนันต์ ไชยกุลวัฒนา เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ วชิรศักดิ์ ปากีส (2559) ในผลการศึกษาพบว่าครอบครัวได้มีการจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคการทำงานแต่ยังไม่เหมาะสม ไม่ได้จัดหาชุดป้องกันสารเคมีโดยเฉพาะให้เกษตรกรได้สวมใส่ มีเพียงเสื้อ กางเกงขายาว และรองเท้าบูทเท่านั้น ขณะทำงานเข้าป่าโคลนส่วนมากสมาชิกในครอบครัวได้แนะนำให้สวมรองเท้าบูทเพื่อป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แต่เกษตรกรไม่ค่อยสวมใส่เนื่องจากทำงานลำบาก บางครั้งระดับน้ำและโคลนสูงกว่ารองเท้าบูท ทำให้น้ำเข้ารองเท้าได้ ไม่สามารถป้องกันโรคได้จึงไม่ค่อยสวมใส่รองเท้าบูท

3. การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระดับบุคคล

3.1 การป้องกันตนเองจากพิษของสารเคมีทางการเกษตรไม่เหมาะสม

การป้องกันพิษของสารเคมีทางการเกษตรก่อนใช้ยังไม่เหมาะสม ในเรื่องของการไม่อ่านฉลากทุกครั้ง ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันขณะทำการผสมสารเคมี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพัฒน์ สืบสิริมา และคณะ (2560) เจนนรงค์ ละอองศรี (2560) การศึกษานี้ได้พบว่าเกษตรกรไม่ได้อ่านฉลากทุกครั้ง เนื่องจากเกษตรกรมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ในช่วงนี้เป็นวัยกลางคนตอนปลายซึ่งสายตาไม่ดี ตัวหนังสือข้างบรรจุภัณฑ์มีขนาดเล็ก อ่านไม่ได้ ขณะฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตร เกษตรกรสวมอุปกรณ์ป้องกันพิษของสารเคมีไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะไม่ได้สวมชุดป้องกันพิษของสารเคมีส่วนบุคคล แว่นตา และหน้ากากกรองฝุ่นละอองของสารเคมี ร่วมกับการรับประทานอาหารดื่มน้ำขณะฉีดพ่นสารเคมี ซึ่งมีคล้ายกับผลการศึกษาของทวีรัตน์ เฟื่องเนิน และคณะ (2559) สุณิสา ชายเกลี้ยง และคณะ (2556) การศึกษานี้ได้พบว่าเกษตรกรที่ฉีดพ่นสารเคมีได้สวมเพียงเสื้อ กางเกงขายาว บางส่วนไม่ได้สวมถุงมือขณะ

ฉีดพ่น ไม่ได้สวมหน้ากากกรองฝุ่นละอองสารเคมีที่ถูกต้อง เนื่องจากอุปกรณ์ป้องกันพิษของสารเคมีหาซื้อได้ยากในชุมชน และชุดอุปกรณ์ป้องกันพิษดังกล่าวเมื่อสวมใส่จะร้อนอบอ้าว ทำงานไม่สะดวก ภายหลังจากการฉีดพ่นสารเคมีส่วนมากเกษตรกรไม่ได้ทำความสะอาดร่างกายทันที ไม่ได้ทำสัญลักษณ์แจ้งเตือนให้คนในชุมชนทราบ ซึ่งเหมือนผลการศึกษาของอนันต์ ไชยกุลวัฒนา และคณะ (2559) ในผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรภายหลังฉีดพ่นสารเคมีไม่ได้ทำความสะอาดร่างกายในทันที มีเกษตรกรบางส่วนที่เตรียมเสื้อผ้าสะอาดไว้สำหรับเปลี่ยนหลังการฉีดพ่น ส่วนใหญ่เกษตรกรซักผ้าปนเปื้อนสารเคมีรวมกับเสื้อผ้าทั่วไป เนื่องจากในฤดูร้อนขาดแคลนน้ำ เกษตรกรส่วนใหญ่จะประหยัดใช้น้ำจึงนิยมซักผ้าที่ปนเปื้อนสารเคมีรวมกับเสื้อผ้าทั่วไป

3.2 การป้องกันตนเองจากโรกระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ โดยส่วนใหญ่เกษตรกรไม่ได้คำนึงถึงการป้องกันการเจ็บป่วยโรกระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากท่าทางไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับหลายผลการศึกษาของ Meksawi et al. (2012) รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล และคณะ (2554) สมปอง พรหมพลจร และคณะ (2559) และสุวิธสา เฟ่งสีแสง (2552) ในการศึกษานี้ได้พบว่าเกษตรกรกรีดยางพาราส่วนมากอยู่ในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ต้องก้มโค้ง บิดเอี้ยว ลำตัวกรีดขยง ถ้าวระดับหน้าயที่ต่ำกว่าเอวเกษตรกรจะคุกเข่า นั่งค่อมดันยางพารา มือทั้ง 2 ข้างจับมีดกรีดยางแบบกดลากต่อเนื่อง สำหรับเกษตรกรทำนาและสวนมันสำปะหลังต้องก้มโค้งตัวขณะทำการปลูก การเก็บเกี่ยวผลผลิต การทำงานซ้ำซากมีความแตกต่างกันไปกับการทำงานเกษตรแต่ละอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับหลายผลการศึกษาของ Meksawi et al. (2012) ณรงค์ เบ็ญสะอาด และคณะ (2547) รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล และคณะ (2554) สำหรับเกษตรกรชาย ขับรถไถนาเดินตามใช้แขนทั้ง 2 ข้างบังคับทิศทางรถพร้อมกับการเกร็งกล้ามเนื้อแขน ประกอบกับขณะขับรถไถนาเดินตามมีแรงสั่นสะเทือนตลอดเวลา ทำให้เกิดอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อไหล่ และแขน ซึ่งคล้ายกับ

ผลการศึกษาของ Karukunchit et al. (2015) การยกของหนักขณะทำงาน เช่น หิ้วถังพลาสติกใส่ยางกันด้วยสันถัง แบกคานไม้ไผ่ใส่มัดกล้าจนเต็ม แบกแข่งมันสำปะหลัง ซึ่งสอดคล้องกับหลายผลการศึกษาของ Meksawi et al. (2012) ชัชยาคมน์ สุพิทยพันธุ์ (2554) ธนาวุฒิ ธรรมจักร (2555) ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2556) พชรินทร์ ชนะพาห์ (2559) ซึ่งในผลการศึกษาพบว่าเกษตรกรทำสวนยางพาราหิ้วถังพลาสติก และแบกกระสอบปุ๋ยบรรจุยางกันด้วยที่น้ำหนักมากขณะทำงาน เกษตรกรทำนา แบกคานไม้ไผ่ใส่มัดกล้าจนเต็มและแบกกระสอบข้าวเปลือกขึ้นยุ้งฉาง เกษตรกรทำสวนมันสำปะหลัง แบกแข่งมันสำปะหลังขึ้นรถเพื่อนำออกไปขายตลอดทั้งวัน การยกของหนักขณะทำงานของเกษตรกรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้มีความจำเป็นต้องทำเพื่อต้องการให้งานแล้วเสร็จ เกษตรกรที่รับจ้างสมัครใจทำงานที่ต้องยกของหนัก เพียงต้องการรายได้มาจุนเจือครอบครัว

3.3 การป้องกันตนเองจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้านกายภาพ เกษตรกรป้องกันตนเองจากฝุ่นขณะทำงานโดยสวมหน้ากากปิดจมูกปากที่ไม่สามารถป้องกันฝุ่นได้ ใช้หน้ากากผ้าธรรมดา ใช้เสื้อยืดคลุมศีรษะปิดจมูกปาก ซึ่งมีคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของจิตติพัฒน์ สืบสิมมา และคณะ (2560) ทวีรัตน์ เฟื่องเนิน และคณะ (2559) เกษตรกรทำงานกลางแดดส่วนใหญ่เกษตรกรสวมเสื้อแขนยาวทับเสื้อแขนสั้น คลุมศีรษะด้วยผ้า ขณะทำงานเพื่อป้องกันแสงแดดร่วมกับพัดลมน้ำขณะทำงานเพื่อป้องกันสูญเสียเหงื่อ และเป็นโรคลมแดด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธนาวุฒิ ธรรมจักร (2555) พชรินทร์ ชนะพาห์ (2559) อมรา ไชยกาญจน์ และอรุณรัตน์ เน้นหนา (2550) ผลการศึกษานี้พบว่าขณะทำงานส่วนใหญ่เกษตรกรใช้เสื้อยืดคลุมศีรษะปิดปากจมูก บางส่วนใช้ผ้าคลุมศีรษะไม่ได้ปิดปากจมูก เนื่องจากขณะทำงานอากาศร้อน หายใจไม่สะดวก ถึงแม้มีการใส่หน้ากากผ้าแต่ขณะทำงานไปสักระยะหนึ่งเริ่มมีเหงื่อซึมจะดึงหน้ากาก หรือผ้าออกจากจมูกและปากมาล้างไว้ที่ไถ่ล้าง เมื่อมีอาการกระหายน้ำระหว่างทำงานจะพัดลมน้ำเป็นช่วงสั้น ป้องกันการเกิดโรคลมแดด ซึ่งพฤติกรรมป้องกัน

ตนเองจากแสงแดดที่จะทำให้เกิดโรคลมแดดเป็นสิ่งที่เกษตรกรป้องกันได้อย่างเหมาะสม เกษตรกรทำสวนยางทำงานในที่แสงสว่างไม่เพียงพอ ต้องใช้สายตาเพ่งมองควบคู่กับการใช้แสงไฟที่ไม่เหมาะสมทำให้เกษตรกรมีปัญหาสายตาจากการทำงาน โดยมีผลการศึกษาที่สนับสนุนคือ วัลลภา ช่างเจรจา และสมจิต แคนสีแก้ว (2555) สมปอง พรหมพลจร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2559) ในการศึกษาพบว่าเกษตรกรทำสวนยางทำงานในที่มืด ใช้สายตาเพ่งมองหน้ายางพารา ควบคู่กับการใช้ไฟแสงสีขาวขณะกรีดยางทิศทางของแสงส่วนใหญ่สะท้อนเข้าสู่ดวงตา ทำให้มีอาการปวดตา แสบตาตา ต้องพักสายตาเป็นช่วงๆ ในขณะกรีดยาง แต่มีเกษตรกรบางส่วนที่เลือกซื้อหัวไฟแบตเตอรี่ใหม่เพื่อให้คุณภาพแสงที่ดีลดอาการปวดตามขณะกรีดยาง

3.4 การป้องกันตนเองจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้านชีวภาพ ขณะทำงานที่มีความจำเป็นต้องลงแช่น้ำ เกษตรกรไม่ได้สวมรองเท้าบูทป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา นาคศิลา และคณะ (2557) วัฒนาพร รักวิชา และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2557) ในการศึกษาพบว่าเกษตรกรที่ทำนาไม่สามารถหลีกเลี่ยงสัมผัสน้ำได้ ขณะไถคราดเตรียมดิน ถอนต้นกล้าปักดำ ไม่สวมรองเท้าบูท เนื่องจากไม่สะดวกในการทำงานเดินลำบาก ส่วนมากภายหลังทำงานแช่น้ำนานๆ ไม่ได้ทำความสะอาดร่างกายในทันที เกษตรกรป้องกันยุงกัด โดยทายากันยุงบางครั้ง บางส่วนกันยุงโดยจุดยากันยุงรั้วไว้บริเวณเอบขณะกรีดยางพารา และขณะไปทำงานบางครั้งไม่ได้สวมรองเท้าบูท มีเกษตรกรบางคนเคยถูกสัตว์พิษกัดบริเวณเท้า สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์ เบ็ญสอาด และคณะ (2547) ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ (2556) เนื่องจากเกษตรกรในชุมชนส่วนมากเหม็นกลิ่นยาจุดกันยุงที่ใช้ในขณะกรีดยาง และเคยมีอาการแพ้ยาจุดกันยุง เกษตรกรบางส่วนเลือกสวมเสื้อ กางเกงขายาว และสวมหมวกผ้าคลุมศีรษะ แต่ยังถูกยุงกัดเช่นเคย สำหรับการป้องกันสัตว์มีพิษกัด เกษตรสวมรองเท้าบูทบางครั้ง ส่วนมาเกษตรกรไม่ค่อยถูกสัตว์พิษกัดบ่อย ถ้าเกษตรกรพบเห็นจะฆ่าสัตว์นั้นให้ตาย

3.5 การป้องกันตนเองจากสาเหตุการเจ็บป่วยด้านจิตสังคม โดยส่วนใหญ่เกษตรกรมีความเครียดจากภาระต้นทุนการเพาะปลูกสูง ปัจจัยการผลิตซื้อปุ๋ย สารเคมีทางการเกษตร และค่าจ้างสูงขึ้น เมื่อถึงเวลาขายพืชผลทางการเกษตรที่ปลูกได้ราคาตกต่ำไม่ตามที่คาดหวังไว้ ทำให้เกษตรกรกู้ยืมเงินทั้งในและนอกระบบเพื่อชำระหนี้ที่เกี่ยวกับการเพาะปลูกในแต่ละปี บางครั้งพืชที่ปลูกได้รับความเสียหายจากศัตรูพืช ภัยธรรมชาติ และพืชในสวนถูกลักขโมยทำให้มีความเครียดกังวลใจ ซึ่งผลการศึกษาคล้ายกับการศึกษาของธนาวุฒิ ธรรมจักร (2555) พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล และคณะ (2558) วัฒนาพร รักวิชา และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2557) ในผลการศึกษาพบว่าสาเหตุของความเครียดของเกษตรกรเกิดจากราคาผลผลิตตกต่ำ ขายสินค้าเกษตรได้ราคาไม่ตามที่คาดหวัง จึงไม่สามารถมีเงินไปชำระหนี้ได้ และไม่พอใช้จ่ายในการลงทุนเพาะปลูกในฤดูกาลต่อไป ประกอบกับรายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

4. กลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย อภิปรายในกระบวนการของการมีส่วนร่วมของระบบสุขภาพชุมชน และผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์กลวิธี รายละเอียดดังนี้

4.1 กระบวนการของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งกระบวนการของPRA ทำให้คนในชุมชนได้มาเรียนรู้ร่วมกัน มาเข้าใจ มาเห็นปัญหา ร่วมกัน และร่วมกันคิดหาวิธีการให้ข้อเสนอแนะ (Chamber, 1994) โดยมีเกษตรกร ผู้นำชุมชน อสม. สมาชิก อบต. นักวิชาการเกษตร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนร่วมในการเรียนรู้สถานการณ์การดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่เป็นจริง เรียนรู้ร่วมกัน ได้เข้าใจสภาพปัญหาพร้อมกัน จึงนำสู่การหาวิธีการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งทำให้ผู้ร่วมดำเนินงานวิจัยรับรู้ถึงพลังอำนาจ

และความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยชุมชนซึ่งกระบวนการดำเนินงานดังกล่าวมีการสะท้อนคิดของตนเองและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชนเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

4.2 ผลลัพธ์จากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีบทบาทหน้าที่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดยผู้นำชุมชนต้องช่วยสนับสนุนประชาสัมพันธ์ข่าวสารและอำนวยความสะดวกการดำเนินงานในระดับชุมชน สมาชิก อบต.สนับสนุนการทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพระดับตำบล พร้อมทั้งอุดหนุนงบประมาณเพื่อดำเนินงานการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดบริการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพในระดับโรงพยาบาล และระดับชุมชน พร้อมกับประสานความร่วมมือกับนักวิชาการเกษตรในการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพให้กับอสม. เกษตรกร และสมาชิกครอบครัว อสม.ดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำแนะนำการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพให้กับเกษตรกร ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ เจนณรงค์ ละอองศรี (2560) อนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์ และคณะ (2558) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ยังถึงมีความคล้ายกันในกระบวนการดำเนินงาน และศึกษาในกลุ่มเดียว สำหรับผลลัพธ์ของการศึกษานี้ต้องอาศัยระบบสุขภาพชุมชนเข้ามาช่วยให้การสนับสนุนให้เกษตรกรไม่เกิดการเจ็บป่วยโรคจากการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นการเชื่อมประสานอย่างเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนที่ไม่สามารถแยกส่วนออกจากกันได้ ซึ่งการดำเนินงานของระบบสุขภาพชุมชนจะช่วยส่งเสริมให้เกษตรกรและครอบครัวมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่ถูกต้อง

ผู้ร่วมดำเนินการวิจัยได้เสนอแนะว่าการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพเกษตรกรและสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญ ต้องได้รับการอบรม ฝึกฝนทักษะการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนักวิชาการเกษตรจัดหลักสูตรอบรมที่มี

ความจำเพาะต่อกลุ่มเกษตรกรและสมาชิกครอบครัว ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ และมีการติดตามพฤติกรรม การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ ฉวีภัทร พานิช มามะ และคณะ (2558) นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2555) เรมวล นันทิสกุลวัฒน์ และคณะ (2555) นอกจากนั้นต้องมีการพัฒนาศักยภาพอสม.เชี่ยวชาญการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ เพื่อให้อสม.มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำและดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ทั้งนี้สมาชิก อบต. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องผลักดันให้มีแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบลเกี่ยวกับการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ และมีการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน ซึ่งเหมือนกับผลการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ และปนัดดา ปรีชฤทธ (2557) ระวีวรรณ แสงฉาย (2556) ศศิธร ชิดนาคี และคณะ (2559) ในผลการศึกษานี้ พบว่าผู้ร่วมดำเนินการวิจัยในระบบสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ดำเนินงานระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพระหว่าง 1-5 ปี ซึ่งการดำเนินงานอยู่ระหว่างการพัฒนาในระยะเริ่มต้น กลวิธีที่ได้เสนอแนะเพื่อการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพอยู่ขั้นตอนการพิจารณาาร่วมกันระหว่างคนในชุมชน ที่พร้อมนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน หากมีปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพจะต้องให้ระบบสุขภาพชุมชนได้กลับมาเรียนรู้ร่วมกัน มาเข้าใจสภาพปัญหาการดำเนินงานร่วมกันอีกครั้ง เพื่อปรับการแผนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชนต่อไป

ดังนั้น กลวิธีในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร ต้องได้รับความร่วมมือจากระบบสุขภาพชุมชน ตั้งแต่ระดับระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทำให้ทุกคนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดต้องปรับทัศนคติในการแก้ปัญหาร่วมกัน เสริมสร้าง

ประสบการณ์การเรียนรู้ปัญหา และความต้องการพัฒนา
ศักยภาพชุมชน และร่วมติดตามประเมินผลการป้องกันโรค
จากการประกอบอาชีพของเกษตรกรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติงาน ผลจากการศึกษานี้ควรจะนำ
กลวิธีที่ได้จากการวิเคราะห์อย่างมีส่วนร่วมในการป้องกัน
โรคจากการประกอบอาชีพสู่การปฏิบัติ แต่ในการปฏิบัติ
ต้องทำความเข้าใจ สร้างความตระหนัก เห็นความสำคัญกับ
ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพชุมชน โดยทุกภาค
ส่วนต้องช่วยเกื้อหนุนซึ่งกันและกันในการดำเนินงาน
ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ โดยให้มีการกำหนดแผน
และนโยบายขึ้นมาก่อน จากนั้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.
และนักวิชาการเกษตรทำงานร่วมกันในการจัดบริการ และ
อบรมความรู้ด้านการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ
ให้กับเกษตรกร ทั้งนี้เกษตรกรและครอบครัวต้องนำความรู้
การป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพสู่การปฏิบัติ

1.2 ด้านการกำหนดนโยบาย ผู้นำชุมชน สมาชิก
อบต. กำหนดนโยบาย ควรเปิดโอกาสให้เกษตรกร และผู้มี
ส่วนเกี่ยวข้อง เข้าไปมีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหา ที่ตรง
ต่อความต้องการอย่างแท้จริง และควรมีแผนงานพัฒนา
ระบบสุขภาพในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ นัก
วิชาการเกษตรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรสนับสนุนให้
ความรู้วิชาการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคจากการ
ประกอบอาชีพ การส่งเสริมการปลูกพืชลดใช้สารเคมีทาง
การเกษตร

1.3 ด้านการศึกษา ควรมีการบรรจุลงในเนื้อหาของ
หลักสูตรการศึกษาหรือการอบรมระยะสั้น ที่เกี่ยวข้องกับการ
สร้างเสริมศักยภาพให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมในการป้องกัน
โรคจากการประกอบอาชีพที่ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัย นำผล
การศึกษามาวิเคราะห์หากลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนในการ
ป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ ที่ยังพบว่าดำเนินการยังไม่
ครอบคลุมนำสู่การแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research:
PAR) โดยการนำกลวิธีของระบบสุขภาพชุมชนฯหลักต้นเข้า
สู่แผนสุขภาพตำบลเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณใน
การดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษา
ในพื้นที่เฉพาะ สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงได้ในพื้นที่
อย่างจำกัด ซึ่งต้องมีความสอดคล้อง ความคล้ายคลึงกันของ
สภาพบริบทพื้นที่ และสภาพปัญหาที่พบ จึงจะสามารถ
นำไปใช้อ้างอิงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความ
ร่วมมือในการให้ข้อมูล และมีส่วนร่วมในการวิจัยจนเสร็จ
สิ้นโครงการ ขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริม
คุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับการให้ทุนสนับสนุนการวิจัย
ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Chamber, R. (1994). The Origins & Practice of Participatory Rural Appraisal. **World Development**, 22(1), 953–969.
- International Labour Office. (2000). **Safety and health in agriculture**. Geneva: SafeWork, ILO.
- Karukunchit, U., Puntumetakul, R., Swangnetr, M., & Boucaut, R. (2015). Prevalence and risk factor analysis of lower
extremity abnormal alignment characteristics among rice farmers. **Patient Preference and Adherence**, 2015(9),
785–795.

Meksawi, S., Tangtrakulwanich, B., & Chongsuvivatwong, V. (2012). Musculoskeletal problems and ergonomic risk

assessment in rubber tappers: A community-based study in southern Thailand - ScienceDirect. **International**

Journal of Industrial Ergonomics, 42(1), 129–135.

กรมส่งเสริมการเกษตร. (2559). การขึ้นทะเบียนเกษตรกร. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

กลุ่มสถิติการเกษตร สำนักสถิติสังคม. (2556). รายงานผลเบื้องต้นสำมะโนการเกษตร พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบลิ๊ก.

เกษร แถวโนนัง, เกษรวัลณ์ นิลวรางกูร, จินตวัฒน์ บุญกาพิมพ์, อารยา จันทร์ขวาง, และกิตติพิชญ์ จันท์. (2557). การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 32(2), 97–106.

เกษรวัลณ์ นิลวรางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.

_____. วันเพ็ญ ทรงคำ, ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์, ศิมาลักษณ์ ดิธีสวัสดิ์เวทย์, และ John F. Smith. (2560). การพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงวัยนอกระบบ. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.

จิตติพัฒน์ สืบสิมมา, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, และณิชาภัทร ชันสาคร. (2560). พฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเพาะปลูกพริกผู้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช: กรณีศึกษา ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารพิษวิทยาไทย**, 32(9), 25.

เจนณรงค์ ละอองศรี. (2560). การวิเคราะห์กลวิธีพัฒนาศักยภาพเกษตรกรปลูกยาสูบในการป้องกันพิษ

จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ชัยยากรณ์ สุพิทยพันธุ์. (2554). ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย กับการดูแลสุขภาพตนเองของเกษตรกรสวนยางพารา. **วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ**, 14(1), 79–87.

ณัชภัทร พานิช, มาฆะ จิตตะสังกะ, ประจวบ แหลมหลัก, และจินต์ กล้าวิกรณ์. (2558). ยุทธศาสตร์การจัดการระบบสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน จังหวัดน่าน. **Journal of Social Academic**, 8(พิเศษ), 169–189.

ณรงค์ เบ็ญสอาด, พิษญา ดันติเศร, และสิทธิโชค อนันตเสรี. (2547). สภาพการทำงานและความชุกของกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้ประกอบอาชีพกรีดยางพารา: กรณีศึกษา ตำบลนาเกลือ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 22(2), 101–110.

ณัฏฐ์ดนัย ประเทืองบริบูรณ์. (2560). การจัดการชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสู่ระบบการผลิตเกษตรทางเลือกของชุมชนบ้านห้วยไซสุขสวัสดิ์ จังหวัดลำพูน. **วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่**, 9(5), 361–374.

ดุสิต ดวงสา. (2535). คู่มือการใช้ PRA ในการทำงานด้านเอดส์ในชุมชน. เชียงใหม่: ภาควิชาหลักสูตรการสอนและการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทวีรัตน์ เฟื่องเนิน, วิโรจน์ จันทร, สรัญญา ถีป้อม, และสมชาย สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ทำนา ตำบลแสนตอ อำเภอนาหว้า จังหวัดกำแพงเพชร. **วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ**, 9(33), 26–36.

- ธนาวุฒิ ธรรมจักร. (2555). การเจ็บป่วยและบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากงานของเกษตรกรชาวนา ตำบลหัวเมือง อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์สาขารณศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาขารณศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นางเยาว์ อุดมวงศ์, พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ, พนิดา จันทรโสภีพันธ์, ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์, จินดารัตน์ ชัยอาจ, จิตดาภรณ์ จิตรีเชื้อ, และผกาพันธุ์ ภูมิลักษณ์. (2555). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ตำบลชมพู อำเภอสарภัก จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 39(พิเศษ), 97–106.
- ปรารถนา ยศสุข และพงศกร กาวิชัย. (2560). ปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมการนำนโยบายเกษตรอินทรีย์สู่การปฏิบัติในประเทศไทย. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 5(1).
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกรสวนยางพารา. *วารสารสาขารณศาสตร*, 43(3), 258–267.
- พัชรินทร์ ชนะพาห์. (2559). ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตการทำงานของคนไทยกับการเกิดกระดูกงอกที่กระดูกสันหลังระดับเอว. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 33(4), 201–209.
- พิพัฒน์ ลักขมิจรกุล, กิตติพงษ์ หาญเจริญ, และอรพรรณ แก้วบุญชู. (2558). วิถีชีวิตสุขภาพของเกษตรกรในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 33(2), 73–82.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และปนัดดา ปรีชาฤณ. (2557). กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: 14 กรณีศึกษาในชุมชนพื้นที่ภาคกลาง. *วารสารพยาบาลสาขารณศาสตร*, 28(1), 1–15.
- ระวีวรรณ แสงฉาย. (2556). แนวคิด: งานสาขารณศาสตรมูลฐานที่มุ่งเน้นชุมชน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี*, 2(1), 14–20.
- รัชณี จุมจิ, นพรัตน์ ส่งเสริม, และอรอนงค์ บุรีเลิศ. (2559). การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของเกษตรกร ผู้ปลูกยางพารา ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(33), 37–43.
- รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล, วัฒนา ศิริธราชิวัตร, ยอดชาย บุญประกอบ, วิชัย อึ้งพินิจวงศ์, และมณเฑียร พันธุมธากุล. (2554). ความสุขของภาวะความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในชาวนา:กรณีศึกษาตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 23(3), 297–303.
- เรมวณ นันทสุภวัฒน์, สุนิย์ จันทรมหเสถียร, ลดาวัลย์ ภูมิวิษณุเวช, อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา, และวราพร สุนทร. (2555b). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน:กรณีศึกษาชุมชนตำบลไชยสถาน. *พยาบาลสาร*, 39(2), 144–156.
- วนิดา นาคศิลา, สุวรรณ จันทรประเสริฐ, และยุวดี ลีลคณาวิระ. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวนาในจังหวัดชัยนาท. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(1), 61–72.
- วัฒนาพร รักวิชา และปัทมพงษ์ เกษสมบุญ. (2557). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู)ของประชาชนอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(1), 63–72.
- วัลลภา ช่างเจรจา และสมจิต แคนสีแก้ว. (2555). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์กลวิธีพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวสวนยางพาราแถบลุ่มน้ำโขง จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 30(2), 166–174.

- ศศิธร ชิดนาฮี, ผาสุข แก้วเจริญตา, อุดลย์ วุฒิจูริพันธุ์, และอนัญญา คูอาริยะกุล. (2559). การพัฒนาศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพในระบบบริการระดับปฐมภูมิและการทำงานเชิงรุกแบบมีส่วนร่วม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(2), 40–54.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Qualitative research health science). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สมปอง พรหมพลกร และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2559). ภาวะสุขภาพของผู้กักขังพาราในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2), 225–239.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร เดือนกุมภาพันธ์ 2560*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน: โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม*. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2560, จาก <https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2559). *ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*. ค้นเมื่อ 13 มกราคม 2561, จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>
- _____. (2557). นโยบาย มาตรการของกระทรวงสาธารณสุข และโครงการของกรมควบคุมโรคในการดูแลในการดูแลสุขภาพกลุ่มเกษตรกร. ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2561, จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/406>
- _____. (2558a). *ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนิสา ชายเกลี้ยง และสายชล แปรงกระโทก. (2556). การประเมินทางชีวภาพด้านความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรผู้ทำนา: กรณีศึกษาตำบลแก้งสนามนาง อำเภอกันตนา จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(3), 382–389.
- สุวิธสา เพ็งสีแสง. (2552). *ปัญหาด้านการยศาศาสตร์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในขาวนา ตำบลศรีวิชัย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เสาวพัตร อ้นจ้อย. (2557). ระบาดวิทยาของโรคเลปโตสไปโรซิสจากรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแห่งชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2546-2555. *OSIR*, 7(2), 1–5.
- อนงค์ลักษณ์ เคนสุโพธิ์, ประณีต ประสาระเอ, และชนะชัย ประทุมมั่ง. (2558). การใช้สารเคมีในการเกษตรและแนวทางการลดการใช้สารเคมีของเกษตรกรบ้านจิงแคง ตำบลเขาวัวไร่ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5), 822–832.
- อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์, และวชิรศักดิ์ ปกาสิท. (2559). การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในพื้นที่อีสานใต้ 3 จังหวัด. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 92–104.
- อมรา ไชยกาญจน์ และอรุณรัตน์ เน้นหนา. (2550). โรคลมแดด และโรคเพลียแดด. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 7(4), 384–392.

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS OF PALLIATIVE CARE PATIENTS

อรวรรณ พูนศรี¹, วิลาวรรณ ชมนิรัตน์², เกษราวัลณ์ นิลวารังกุล³

Orawan Poonsri, Wilawan Chomnirutana, Kessarawan Nilvarangkul

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบผสมวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ปัญหาและความต้องการในการเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 511 คนจากการสุ่มอย่างง่าย และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 10 คนจากการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 81.4 อายุเฉลี่ย 50-59 ปี ร้อยละ 32.5 สถานภาพสมรสอยู่ร้อยละ 80.8 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.7 อาชีพเกษตรกรร้อยละ 72.2 ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดร้อยละ 32.3 สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.52$, S.D. =0.35) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางมี 3 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกายด้านสุขภาพจิต และด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}=3.21$, S.D. =0.40, $\bar{X}=3.42$, S.D. =0.43, $\bar{X}=3.67$, S.D. =0.51) สำหรับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับดี 1 ด้านได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดี ($\bar{X}=3.78$, S.D. =0.42) ปัญหาที่ทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การเจ็บป่วยจากการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม เครียดวิตกกังวล การเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนลดลง รายได้และแหล่งกู้ยืมไม่เพียงพอ ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการผู้ผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจระหว่างสามีและภรรยา การมีรายได้และแหล่งกู้ยืมเงิน ผลการศึกษานี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง, การวิจัยผสมวิธี

2

Abstract

This mixed methods research investigated quality of life of palliative patients' caregivers, problems that impacts on their quality of life and needs of help to enhance their quality of life in Nakhon Ratchasima province. Random sampling was used to recruit 511 palliative patients' caregivers for quantitative research and purposive sampling was applied to recruit 10 palliative patients' caregivers for qualitative research. Data was collected using questionnaires and in-depth interviews. Descriptive statistics were employed to analyst quantitative data namely frequency, percentage, mean, standard deviation and range and content analysis was used to analyze qualitative data.

Results of the study showed that 81.4 of palliative patients' caregivers were females and 32.5 % had age ranged from 50-59 years. Eighty point eight percent were married, 66.7% had completed primary school, and 72.2% were farmers. Thirty two point three percent provided care for stroke patients. Total quality of life of palliative patients' caregivers was in the average range

($\bar{X}=3.52$, S.D. =0.35). When considering in each dimension, it was found that three quality of life dimensions namely physical health, mental health and social relationship were at average levels ($\bar{X}=3.21$, S.D. =0.40; $\bar{X}=3.42$, S.D. =0.43; $\bar{X}=3.67$, S.D. =0.51). Quality of life in physical environment dimension was at above average level ($\bar{X}=3.78$, S.D. =0.42). Palliative patients' caregivers reported quality of life at average since they had problems with illness related to care for the patients, improper self-care, stress and anxiety, less participating in the community activities, inadequate income and recourses to borrow money. What palliative patients' caregivers needed for enhancing their quality of life were having someone to take turn to care for the patients, understanding among husband and wife, economic stability and

¹ นิติพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์พยาบาล คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

adequate resources to borrow money. Community nurse practitioners and related health personnel are able to use the results of this study to enhance quality of life of palliative patients' caregivers.

Keywords: Quality of life, palliative patients' caregivers, mixed methods research

บทนำ

ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการรักษา โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลรักษาทำได้เพียงเพื่อยืดระยะเวลาการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น(อารียา สอนบุญและชนิษฐา นันทบุตร , 2559) ส่งผลให้ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นปัจจุบันพบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยมีแนวโน้มเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มโรคมะเร็งและหลอดเลือด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องมีการดูแลแบบประคับประคองอย่างใกล้ชิดในระยะยาวต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงในการพ่วงชีวิต เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อนและมีอาการแทรกซ้อนของโรคการพยากรณ์โรคไม่ดี เข้าสู่ระยะลุกลามไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และกลายไปเป็นผู้ป่วยประคับประคอง (กรมการแพทย์, 2557) จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั่วโลกเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกในปีพ.ศ 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง ยังพบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 38 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี หรือคิด เป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมดใน พ.ศ. 2555 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2558)สำหรับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยพบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 1,025.44 ต่อประชากรแสนคน เป็น

1,561.42 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 328.63 ต่อประชากรแสนคน เป็น 407.69 ต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 255.85 ต่อประชากรแสนคน เป็น 352.30 ต่อประชากรแสนคน และโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 795.04 ต่อประชากรแสนคน เป็น 1,032.50 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) สำหรับสถานการณ์ของจังหวัดนครราชสีมาพบว่า โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นโรค 1 ใน 10 ของสาเหตุการเจ็บป่วย โดยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.54 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 12.80 ในปี พ.ศ. 2558 โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.80 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 8.77 ในปี พ.ศ. 2558 สำหรับสถิติผู้ป่วยประคับประคองของประเทศไทยพบข้อมูลรายงานผู้ป่วยประคับประคองมีจำนวนดังนี้ ปี พ.ศ. 2557 –พ.ศ. 2559 จำนวน 5,820 , 7,047 , 8,209 คน ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยประคับประคองของจังหวัดนครราชสีมาพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559- พ.ศ.2560 ร้อยละ 4.93 และร้อยละ 30.97 ตามลำดับ ซึ่งจะมีอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยประคับประคองจำนวนมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอด่านขุนทด อำเภอโนนสูง อำเภอสูงเนิน อำเภอเมืองนครราชสีมาและอำเภอโชคชัยร้อยละ 14.01, 8.92, 7.38, 6.95และร้อยละ6.23 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา , 2560) จากข้อมูลทีกล่าวมาจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่เตียงในโรงพยาบาลมีอย่างจำกัดดังนั้นโรงพยาบาลจึงไม่สามารถรับผู้ป่วยเหล่านี้ไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึงผู้ป่วยประคับประคองจึงจำเป็นต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลต่อเนื่องที่บ้านผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ หากผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้ดี จะเกิดผลดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะกำเริบของโรคลด

การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ดูแลเองก็มีความสุขเช่นกัน (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557) แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยผลที่จะเกิดกับผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะกำเริบของโรคและยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป(Synder et al., 1991) ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งการดูแลความบกพร่องทางด้านร่างกาย การดูแลเฉพาะโรค การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญา (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) หากขาดผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรคได้พบว่าผู้ป่วยที่ขาดยาส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล (จิรวรรณ พิงสกุล, 2548) และยังพบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความพร้อมหรือไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลได้เกิดความเครียด ไม่มั่นใจที่จะดูแลส่งผลให้คุณภาพการดูแลไม่ดี และผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (สินีนุช ขำดีและคณะ, 2557) จากการศึกษาผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยทุกอย่างเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาที่ซับซ้อน ต้องใช้ระยะในการดูแลที่ยาวนาน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกด้านพบผู้ดูแลจะมีอาการเหนื่อยล้า ปวดเมื่อยตามตัวพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกเครียด ท้อแท้ การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมลดลง ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เกิดการกู้ยืมเงินเพื่อใช้จ่าย ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตต่ำลง (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์, 2557; Allison, et al. 2008; Mellon, 2002) จากที่กล่าวมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงและจากการทำงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลส่วนใหญ่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคเอดส์ และโรคอัลไซเมอร์ซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาล (เฟื่องฟ้า, 2550; ปราณี สุทธิสุคนธ์, 2553; วรรณกานต์ ประสิทธิ์ทั้งและคณะ, 2559; นมิตา ลอสกุล, 2544; นิชกา โมราถบ, 2557)ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในชุมชนยังมีอยู่อย่างจำกัดดังนั้นเพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

ระดับประคับประคองผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาความต้องการต่างๆเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตจากข้อคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองนำความรู้ที่ได้ไปวางแผนในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและกำหนดนโยบายแล้วยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง
2. เพื่อศึกษาปัญหาที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ-ปานกลาง
3. เพื่อวิเคราะห์ความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี(mixed methods research) ใช้วิธีการดำเนินการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองเป็นหลักก่อน และต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองเพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ พ่อ แม่ สามิ ภรรยา บุตร ญาติ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้านในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ เป็นหลัก ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2560 – เดือนเมษายน 2561 จากเอกสารทะเบียนผู้ป่วยระดับประคับประคองในพื้นที่ 5 อำเภอที่ดำเนินการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 1,040 คนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิง

ปริมาณจำนวน 511 คนจากการสุ่มอย่างง่ายและกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 10 คนจากการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามที่มีโครงสร้างชัดเจน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ โดยสร้างเป็นข้อคำถามครอบคลุม 4 ด้านตาม WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 31 ข้อ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านค่า IOC=0.90 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.85 และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกำหนดประเด็นและแนวทางคำถามหลักของการสัมภาษณ์คือ ปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์เป็นอย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงค่าความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์

1.1 ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์จำนวน 511 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 81.4 อายุเฉลี่ย 50-59 ปี มากที่สุดจำนวน 166 คนคิดเป็นร้อยละ 32.5 อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 51.4 ปี (S.D.= 11.17) สถานภาพการ

สมรสส่วนใหญ่สถานภาพคู่ จำนวน 413 คน คิดเป็นร้อยละ 80.82 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสจำนวน 316 คนคิดเป็นร้อยละ 61.83 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1-5 คน จำนวน 434 คน คิดเป็นร้อยละ 84.9 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 4.1 คน (S.D.=1.47) อาชีพหลักคือการเกษตรกรรม จำนวน 369 คน คิดเป็นร้อยละ 72.2

1.2 ข้อมูลทั่วไปด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่มีรายได้ครัวเรือนต่อปี 50,001-100,000 บาท จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 35.2 มีรายได้ครัวเรือนต่อปีเฉลี่ย 106,899.41 บาท (S.D.= 69093.82) มีรายจ่ายครัวเรือนต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุด จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0 มีรายจ่ายครัวเรือนต่อเดือนโดยเฉลี่ย 6,917.77 บาท (S.D.= 3611.63) ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 268 คนคิดเป็นร้อยละ 52.4 ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายส่วนใหญ่กู้ยืมเงินจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4

1.3 ข้อมูลทั่วไปด้านโรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 377 คน คิดเป็นร้อยละ 73.8 โรคประจำตัวพบมากที่สุดคือโรคเบาหวานจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 ระยะเวลาในการเป็นโรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 46.2 การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่ จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 97.0 จะพบแพทย์และรับยาประจำ

1.4 ข้อมูลทั่วไปด้านการดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ ผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลให้การดูแลด้วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองจำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 32.3 ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปีขึ้นไปจำนวน 407 คนคิดเป็นร้อยละ 79.6 กิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประจักษ์ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นการดูแลกิจวัตร

ประจำวันทั้งหมด (การรับประทาน อาหาร ความสะอาด ร่างกาย การขับถ่าย การนอนหลับ การเคลื่อนไหว) จำนวน 455 คนคิดเป็นร้อยละ 89.0 เจ็บป่วยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาการปวดศีรษะจำนวน 211 คิดเป็นร้อยละ 41.3 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไปปรึกษาตัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 360 คนคิดเป็นร้อยละ 70.5

1.5 ข้อมูลทั่วไปด้านการได้รับข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองจำนวน 511 คน คิดเป็นร้อยละ 99.4 ได้รับข่าวสารต่างๆที่มีความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุดจากโทรทัศน์ จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 60.3

1.6 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.5.1 ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองจำนวน 10 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 50-59 ปี มากที่สุดจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 46.9 ปี (S.D.= 11.17) สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่สถานภาพคู่ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสจำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 60 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ 1-5 คน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3 คน (S.D.=1.47) อาชีพหลักคือการเกษตรกรรม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90

1.5.2. ข้อมูลทั่วไปด้านโรคประจำตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 โรคประจำตัวพบคือโรคเบาหวานจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ระยะเวลาในการเป็นโรคประจำตัวส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 100 การดูแลตนเอง

เกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองส่วนใหญ่ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จะพบแพทย์และรับยาประจำ

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง

2.1 ข้อมูลคุณภาพชีวิตในภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.52$, S.D.=0.35) พิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีจำนวน 1 ด้านและคุณภาพชีวิตระดับปานกลางจำนวน 3 ด้าน คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.78$, S.D.=0.42) คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}=3.21$, S.D.=0.40) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}=3.42$, S.D.=0.43) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}=3.67$, S.D.=0.51)

3. ปัญหาที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองมีคุณภาพชีวิตปานกลาง ด้านสุขภาพกาย การเจ็บป่วยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอครบ 5 หมู่ ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้านสุขภาพจิต ความเครียด วิตกกังวล ด้านสัมพันธภาพทางสังคม การทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนลดลง ชีวิตทางเพศสัมพันธ์ลดลง ด้านสิ่งแวดล้อม รายได้ไม่เพียงพอ แหล่งกู้ยืมเงินในยามฉุกเฉินไม่เพียงพอ

4. ความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง ต้องการผู้ผลักดันช่วยในการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคอง การดูแลสุขภาพตนเอง ความเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัวที่จะช่วยให้คำปรึกษาพูดคุยและต้องการรายได้และแหล่งกู้ยืมเงิน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาลำดับกับวรรณกานต์ ประโฑทังและคณะ(2559)และเฟื่องฟ้าสืสว (2550)พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ สถานภาพสมรสคู่ มีอายุ 40-60 ปี และเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ทำการศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมี

วัฒนธรรมในครอบครัวโดยเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้ดูแลงานบ้านและสมาชิกใน (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550; Lubkin & Payne, 1998) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนเป็นวัยที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งด้านสังคม หน้าที่ และด้านครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งบริบทของครอบครัวไทยหลังแต่งงานเป็นครอบครัว (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ด้านการเจ็บป่วยของผู้ดูแลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่เกิดการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะปวดหลังสอดคล้องกับกรณีการ รักษายังเจริญ(2557)

ผลการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานกลางซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประถมศึกษามีการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดศีรษะร้อยละ 41.3 ปวดหลังร้อยละ 32.9 ปวดเอวร้อยละ 30.3 สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณกานต์ ประโทธิทั้งและคณะ(2559) เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่ต้องใช้แรงเพื่อพลิกตะแคงตัว อุ้มผู้ป่วย ยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในทุกๆ วันส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเหน็ดเหนื่อยและเกิดการเจ็บป่วย ผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้าร้อยละ 2.0 มีความเครียด วัดกังวลจากการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของกรณีการ รักษายังเจริญ(2557) เนื่องจากผลกระทบเมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เครียด วัดกังวลจากอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประถมกร่วมกิจกรรมกับชุมชนลดลงและการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวก็ลดลงเช่นกันคล้ายกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์(2557)เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วย

ระดับประคองต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่มีเวลาที่จะออกไปทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน รายได้ของผู้ดูแลไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมเงิน แต่แหล่งกู้ยืมมีไม่เพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนาและปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์(2557) เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวทั้งหมดต้องลาออกจากงานขาดรายได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ด้านการวางแผนและนโยบาย จัดทำแผนรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อสร้างอาชีพให้แก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองให้มีรายได้ในระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วย วางแผนจัดทำงบประมาณสำหรับอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนมาช่วยผลักดันการดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลของการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในวางแผนพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร. เกษราวัฒน์ นิลวรางกูร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชัย ชมนิรัตน์ ประธานกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์เพชรไสว ลิ่มตระกูล และผู้ทรงคุณวุฒิกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. พนิษฐา พานิชชาชีวะกุล ที่กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของคุณพ่อคุณแม่ผู้มีพระคุณยิ่งขอขอบคุณในความช่วยเหลือของเพื่อนๆ เพื่อนร่วมงานและญาติที่รักที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรณีการ รักษายังเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 25(1), 90-98.

กรมการแพทย์. (2559). List disease of Palliative care and Functional unit. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2560, จาก

<http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/cpgcorner26122559.pdf>

กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

กุลิศรา พิศาลเอก. (2557). คุณภาพชีวิตผู้ดูแลเด็กออทิสติก จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตินันท์ อัครเดชอนันต์. (บรรณาธิการ). (2559). คู่มือการพยาบาลแบบประคับประคองฉบับพกพา. เชียงใหม่: Good Work Media.

จิตติมา โพธิศรี. (2550). การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นมิตา ถ. สกุล. (2544). ภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิชภา โมราถบ. (2557). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุอัลไซ

เมอร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นิลวรรณ นิมนานวรวงศ์ และเดริน จตุรภัทรพร. (2553). Palliative Performance Scale เครื่องมือประเมินคนไข้ Palliative Care. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 5(2), สิงหาคม-ตุลาคม: 21-25.

บังอร ไทรเกตุ. (2556). คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) .

นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).

บุญยามาส ชิวสกุลยง. (บรรณาธิการ). (2556). การดูแลแบบประคับประคอง Palliative care. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด.

เพ็ญฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุ่งนภา จันทรา. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติก. สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี กระทรวงสาธารณสุข.

วรรณกานต์ ประโพธิ์ทั้ง และคณะ. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.

วารสารกรมการแพทย์, 41(1), 126-131.

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ (2557). คุณภาพชีวิต การทำงานและความสุข พิมพ์ครั้งที่ 2 . นนทบุรี: บริษัท อพทฤษฎี ศรีเอทนิว จำกัด.

สุกัลกษณ์ เอกอุเวชกุล. (2556). การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2560 จาก,

<http://203.157.39.7/imrta/images/doc20141107.pdf>

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลสงฆ์.

สายพิน เกษมกิจวัฒนาและ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31.

สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรีย์ ภาวโฆและสุวิริยา สุวรรณโคตร.(2556). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย :มิติใหม่ที่ทำทาบบทบาทของพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2560 จาก,

<http://www.smnc.ac.th/group/research/images/stories/end%20of%20life.pdf>

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. สืบค้นเมื่อ 24 มิถุนายน 2560 จาก, <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>

สำนักงานพยาบาล. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. สำนักพิมพ์สื่อตะวันออก.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). รายงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 24

มิถุนายน 2560 จาก, http://nkrat.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=category&id=102&Itemid=507

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). รายงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2559. สืบค้นเมื่อ 25

พฤษภาคม 2560 จาก, http://nkrat.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=category&id=102&Itemid=507

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

(Palliative care) ที่บ้านและชุมชนในบทบาทของ (สปสข). สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2560, จาก

<https://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjI0OA==>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2560). รายงานการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปี 2558-2560. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2560, จาก <https://www.thaicarecloud.org/>

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). รายงานประจำปี 2555: Annual Report 2015. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). รายงานประจำปี 2559: Annual Report 2016. กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อในพระบรมราชูปถัมภ์.

เสวลักษณ์ ขาสวรรณ. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนุสรณ์ แนนอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ & พรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 30(1), 48-60.

อาริยา สอนบุญ & ขนิษฐา นันทบุตร. (2559). ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในบริบทอีสาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 34(1), 122-132.

องอาจ นัยพัฒน์. (2548). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ สังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

คุณภาพชีวิตของเกษตรกรปลูกสับปะรด ในจังหวัดหนองคาย

QUALITY OF LIFE OF PINEAPPLE FARMERS IN NONG KHAI PROVINCE

ปาริชาติ สนิท¹ วิลาวรรณ ชมนิรัตน์² เกษราวัฒน์ นิลวรรณ³Prarichart Sanit¹ Wilawan Chomnirutana² Kessarawan Nilvarangkul³

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบผสมวิธีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดในจังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 348 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 10 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรปลูกสับปะรดมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.65$, S.D. = 0.58) พิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านชีวิตด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}=3.71$, S.D.= 0.42) และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}=4.01$, S.D.= 0.55) คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=3.40$, S.D.= 0.44) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}=3.18$, S.D.=0.43) ผลการศึกษาสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมให้เกษตรกรปลูกสับปะรดมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต¹ เกษตรกรปลูกสับปะรด² , วิธีแบบผสมวิธี³

Abstract

This mixed methods research aimed to explore quality of life of pineapple farmers, problems that impacts on their quality of life and needs of help to enhance their quality of life in Nongkhai province. Random sampling was used to recruit 348 for quantitative research and purposive sampling was applied to recruit 10 pineapple farmers for qualitative research. Data was collected using questionnaires and in-depth interviews. Descriptive statistics were employed to analyst quantitative data namely frequency, percentage, mean, standard deviation and range. Content analysis was applied to analyze qualitative data.

Results of the study revealed that total quality of life of pineapple farmers was in the average range($\bar{X}=3.65$, S.D. = 0.58). When considering in each dimension, it was found that quality of life in physical health dimension and social relationship dimension were at above average levels ($\bar{X}=3.71$, S.D.= 0.42; $\bar{X}=4.01$, S.D.= 0.55). Quality of life in physical environment dimension and mental health dimension were at average level ($\bar{X}=3.40$, S.D.= 0.44; $\bar{X}=3.18$, S.D.=0.43). Community nurse practitioners and health personnel are able to use the results of this study to improve quality of life of pineapple farmers.

Keywords: Quality of life¹, pineapple farmers², mixed methods research³

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์(ผู้รับผิดชอบบทความ)สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ ศาสตราจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทนำ

สับปะรดเป็นพืชสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ในแต่ละปีมีปริมาณการผลิตและการส่งออกขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จึงมีการขยายพื้นที่การปลูกเพื่อให้ได้ผลผลิตสูงเพียงพอต่อความต้องการ ทำให้กลายเป็นอุตสาหกรรมสำคัญของประเทศไทยมาตั้งแต่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อ 50 ปีก่อน และเป็นรากฐานของอุตสาหกรรมของไทยจวบจนทุกวันนี้ ประเทศไทยเป็นผู้นำการผลิตสับปะรด 5 อันดับแรกของโลก มีปริมาณการส่งออกสับปะรดกระป๋องเป็นอันดับ 1 ของโลก สามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศประมาณ 25,000 ล้านบาท (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 จังหวัดหนองคายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีแหล่งปลูกสับปะรดในปริมาณที่มากมีเนื้อที่ปลูกสับปะรดทั้งสิ้น 6,499 ไร่ เป็นแหล่งผลิตสับปะรดที่มีคุณภาพได้รับการรับรองมาตรฐานการผลิตอาหารปลอดภัย (Good Agricultural Product) และในการปลูกสับปะรดเกษตรกรมีการปลูกทั้งปลูกพืชเชิงเดี่ยว และการปลูกแซมในสวนยางพารา ผลผลิตสับปะรดร้อยละ 80 ส่งเข้าโรงงานแปรรูปอีก ร้อยละ 20 ใช้สำหรับบริโภคผลสด (กรมส่งเสริมการเกษตร , 2558)¹ เกษตรกรปลูกสับปะรดที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานเกษตรจังหวัด ปีการผลิต พ.ศ. 2559 จำนวน 573 ครัวเรือน (สำนักงานเกษตรจังหวัดหนองคาย , 2559)³

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี แต่ที่ผ่านมาพบว่าเกษตรกรปลูกสับปะรดเกิดการเจ็บป่วยจากสารเคมี มีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตามมา มีการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เหนื่อ

ออกมาก (วิชัย มีมาก , 2552)⁴ นอกจากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเกษตรกรแล้ว ยังพบว่า การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชน มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในดินและแหล่งน้ำ ทำให้ดินเสื่อมคุณภาพ เกิดมลพิษทางอากาศจากกลิ่นสารเคมีฟุ้งกระจาย และทำให้แมลงที่มีประโยชน์ต่อพืชตาย การทำงานด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม ช้ำซาก ยกของหนัก ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต จากที่กล่าวมาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรกลุ่มนี้ยังได้รับปัญหาและผลกระทบ ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมากมายหลายประการ ดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่าเกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณสูง ทำให้เกษตรกรได้รับผลกระทบเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจากสารเคมี แม้ว่าการเจ็บป่วยของเกษตรกรปลูกสับปะรดไม่มีสถิติ แต่พบว่าสถิติการเจ็บป่วยของเกษตรกรทั่วไปซึ่งรวมถึงเกษตรกรปลูกสับปะรด จากรายงานสถานการณ์และผลต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของประเทศไทย โดยสำนักระบาดวิทยา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2546 – 2555 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบบเฉียบพลัน ทั้งสิ้น 17,340 ราย เฉลี่ยปีละ 1,734 ราย พบอัตราป่วย 2.35 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (สำนักระบาดวิทยา , 2556)⁵ สำหรับจังหวัดหนองคาย ในปี พ.ศ. 2559 มีเกษตรกรเจ็บป่วยด้วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อัตราป่วย 34.89 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย , 2560)⁶ การทำงานในไร่สับปะรดนั้นเป็นลักษณะการทำงานที่ต้องใช้กล้ามเนื้อและกระดูกในการยก เอื้อมตัว ดึง ลาก ท่าทางก้มๆเงยๆ และการใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสมทำงานต่อเนื่องกันเป็นเวลานานๆซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย ตำแหน่งที่มีอาการปวดมากที่สุดเมื่อ

ต้องทำงานในท่าทางที่ต้องก้มตลอดเวลา คือหลังส่วนล่าง (จุลจิรา ชีรชิตกุล ขนิษฐา นาคะ และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์ , 2555 ; จิว เชาว์ถาวร , 2557)^{7,8}

ด้านจิตใจของเกษตรกรปลูกสับปะรดนั้นพบว่า ปัญหาพื้นฐานของเกษตรกรเหมือนกับเกษตรกรที่ทำอาชีพอื่น เช่น ปัญหาการขาดทุนหมุนเวียน การเข้าถึงแหล่งทุน ขาดความรู้ด้านการผลิตที่ถูกต้อง รวมทั้งค่าจ้างแรงงานมีราคาสูง ผลผลิตมีคุณภาพต่ำและปัจจัยการผลิต เช่น ปุ๋ยเคมี สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช สารกำจัดวัชพืช อุปกรณ์การเกษตรมีราคาสูง (อรรถพร สอนชา , 2560)⁹ ในปี พ.ศ.2560 ราคาสับปะรดตกต่ำลง (สมาคมผู้ผลิตอาหารสำเร็จรูป,2560)¹⁰ ทำให้เกษตรกรปลูกสับปะรดมีรายได้น้อยลง เกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจและหนี้สินจากการกู้ยืมเงินมาเพื่อซื้อวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำสวนสับปะรดก่อให้เกิดความเครียด บั่นทอนสุขภาพจิต เป็นสาเหตุของความเครียด หมดหวังในชีวิต

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของครอบครัวอย่างใกล้ชิด เนื่องจากในกระบวนการทำสวนสับปะรด แรงงานส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครัวเรือน ส่วนผลกระทบด้านลบคือ ครอบครัวเกษตรกรปลูกสับปะรดมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านต่างกลุ่มต่างละแวกต่างหมู่บ้านลดลง ระยะเวลาในการเข้าร่วมงานสังคมลดลง ซึ่งการเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เน้นวัตถุนิยมไม่เห็นความสำคัญของวัฒนธรรมเดิม ทำให้สูญเสียวัฒนธรรมทางค่านิยม วิถีชีวิตที่ดีงามของชุมชนไป (พิพัฒน์ ลักขมิจรกุล , 2558)¹¹

สำหรับผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อเกษตรกรปลูกสับปะรดนั้น ในการปฏิบัติงานของเกษตรกรปลูกสับปะรดพบว่า ในขั้นตอนการเตรียมการปลูก ขั้นตอนปลูกสับปะรดและขั้นตอนการ

กำจัดวัชพืช มักมีการใช้สารเคมีในทุกขั้นตอน ส่งผลให้เกิดปัญหาผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทั้งในดิน น้ำ และอากาศ เช่น ผุ่นสารเคมี ทั้งยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร (อรรถพร สอนชา , 2560 ; วิชัย มีมาก , 2552 ; ฮาฟิซา เมาะมิง , 2551)^{9,12,13} สถานการณ์ภาพรวมจากกระบวนการผลิตสับปะรดทั้งด้านบวกและด้านลบต่างมีความเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรดในทุกๆ ด้าน ทำให้เกษตรกรปลูกสับปะรดปรับตัวต่อการเผชิญหน้ากับสถานการณ์เหล่านี้อย่างไม่สิ้นสุด เกษตรกรปลูกสับปะรดจึงเป็นประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่ควรได้รับการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศ

ปัจจุบันมีรายงานการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในเกษตรกรจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ (พรพรรณ โปธิไชยา, 2556)¹⁴ คุณภาพชีวิตของชาวนา (จันทร์ตรี กฤษอาคม, 2553)¹⁵ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนปาล์มน้ำมันในพื้นที่ภาคใต้ (พัชร หล้าแหล่ง , 2556)¹⁶ และคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกยางพาราในจังหวัดนครศรีธรรมราช (จิราภรณ์ ชกอิน , 2560)¹⁷ แต่การศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มเกษตรกรปลูกสับปะรดยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด โดยเลือกศึกษาในพื้นที่จังหวัดหนองคาย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดมากที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายถึงคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตจากความคิดเห็นของเกษตรกรปลูกสับปะรดเอง การศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ที่จะนำไปสู่การวางแผนในการให้บริการเพื่อส่งเสริมเกษตรกรปลูกสับปะรดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของเกษตรกรปลูกสับปะรด และเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการดำเนินการวิจัยแบบผสมวิธี (Mix method) ใช้วิธีการดำเนินการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory sequential design) โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด เป็นหลักก่อนเพื่อตอบปัญหาการวิจัย และต่อด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพที่เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในส่วนปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด เพื่อช่วยในการอธิบายผลให้กระจ่างยิ่งขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ประกอบอาชีพปลูกสับปะรด มีกิจกรรมในกระบวนการผลิต ได้แก่ การเตรียมพื้นที่ปลูก การปลูกสับปะรด การกำจัดวัชพืช การใส่ปุ๋ย การเก็บเกี่ยวผลผลิต ทั้งที่ทำเพียงบางกิจกรรมและทำหมดทุกกิจกรรมโดยกำหนดหลักเกณฑ์ การคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติ (Inclusion) คือเป็นตัวแทนเกษตรกรของเกษตรกรปลูกสับปะรด อายุ 18 – 59 ปี อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และปลูกสับปะรดไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจำนวน 348 คน ได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนในกรณีทราบขนาดของประชากร ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยทฤษฎี การสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยใช้สูตร $I = N/n$ และกลุ่มตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเลือกอย่างเจาะจง (Purposive) ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 คนโดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมหรือคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องตามแนวคำถามของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) และแนวคำถามของ จิตาภรณ์ ย่ออื่น (2560)¹⁷ และการศึกษาของพรพรรณ โพธิ์ไชยา(2556)¹⁴ เป็นคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด ทั้งหมด 4 ด้าน โดยแบ่งคำถามออกเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 16 ข้อ ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน จำนวน 33 ข้อ นำแบบสอบถามมาหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 และใช้เกณฑ์ในการกำหนดระดับคุณภาพชีวิตอ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับต่ำ คะแนน 1.00 – 2.33 แสดงถึง
การมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

ระดับปานกลาง คะแนน 2.34 – 3.67 แสดงถึง
การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

ระดับสูง คะแนน 3.68 – 5.00 แสดงถึง
การมีคุณภาพชีวิตดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) โดยรวบรวมข้อมูลโดยการถอดเทป อ่านข้อมูลดิบอย่างละเอียดเข้าไปทำความเข้าใจและจับสาระสำคัญของเรื่องนั้นๆ ได้ นำมาคัดลอกรวมกันเป็นกลุ่มๆ นำมาจัดกลุ่มให้เป็นกลุ่มๆ ตามหัวข้อการวิเคราะห์เชื่อมโยงประเด็น ต่างๆ เข้าด้วยกันตามความสัมพันธ์ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบจากภายนอกโดยนำผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาอ่านและให้ความเห็น เพื่อความข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องหรือใช้ได้มากน้อยเพียงใด และแก้ไขตามคำแนะนำจนข้อมูลสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านสังคมศาสตร์/มานุษยวิทยา โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ 6121092 เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2561 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่แสดงความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา การตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะของภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.0 อายุเฉลี่ย 41.06 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 84.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 67.5 มีรายได้ครัวเรือนต่อปีอยู่ในช่วง 50,000 - 99,999 บาท ร้อยละ 33.0 เกษตรกรส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 63.5 เกษตรกรไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.6 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.6 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.8 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 17.5 ในรอบปีที่ผ่านมาในขณะทำการเพาะปลูกสับปะรดส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 79.3 เมื่อเจ็บป่วยเกษตรกรปลูกสับปะรดไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลประจำอำเภอมากที่สุด ร้อยละ 88.8 ได้รับข่าวสารต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือกระจายข่าวหมู่บ้าน ร้อยละ 80.5 เกษตรกรส่วนใหญ่ปลูกสับปะรดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 42.8 มีรายได้จากการปลูกสับปะรดภายในรอบปีที่ผ่านมาหลังจากหักต้นทุนแล้วส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 40,000 บาทต่อปี ร้อยละ 43.4 เกษตรกรส่วนใหญ่กู้ยืมสินเชื่อในการลงทุนปลูกสับปะรด ร้อยละ 61.8 ระยะเวลาในการทำงานในการปลูกสับปะรดพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานมากกว่า 5 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 44.8 ใช้ปุ๋ยเคมีผสมปุ๋ยคอกและปุ๋ยหมักในการปลูกสับปะรด ร้อยละ 57.8 มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 100

ข้อมูลคุณภาพชีวิต ข้อมูลคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คล้ายกับการศึกษาของเกษตรกรกลุ่มอื่นที่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (พรพรรณ โพธิ์ชัย, 2556 ; จันทรี ฤทธาคม, 2553)^{14,15} เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน ได้แก่คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต

2. ปัญหาที่ทำให้เกษตรกรปลูกสับปะรดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ถึงคุณภาพชีวิตระดับปาน ด้านร่างกาย ได้แก่ 1) การสวมเครื่องแต่งกายและอุปกรณ์ป้องกันเมื่อผสมหรือพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งเกษตรกรมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชร้อยละ 47.41 ไม่ค่อยได้ปฏิบัติเนื่องจากเห็นว่าไม่สะดวก อากาศร้อนทำให้มีเหงื่อเยอะใส่แล้วรู้สึกอึดอัด คล้ายกับการศึกษาของ จันทรี ฤทธาคม (2553)¹⁵ 2) ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าเกษตรกรร้อยละ 37.7 ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เกษตรกรร้อยละ 44.8 ใช้เวลาในการทำงานในไร่สับปะรดมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นการทำงานต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ลักษณะงานที่หนัก การทำงานที่เร่งรีบให้ทันเวลาทำให้เกษตรกรไม่มีเวลาและเหนื่อยล้าเมื่อกลับมาถึงบ้านต้องการพักผ่อนทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายคล้ายกับการศึกษาของ พรพรรณ โพธิ์ชัย (2556)¹⁴ 3) เกษตรกรปลูกสับปะรดได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ร้อยละ 97.41 มีการบาดเจ็บกลัมนี่จากการขับรถไถ การ

เกิดอุบัติเหตุจากการขับรถไถ การถูกหนามที่ใบสับประรด ที่มแทง การถูกของมีคมบาดเช่นมีด จอบ เสียม 4) มีอาการปวดหลังปวดเอวปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกขณะทำงานในกระบวนการผลิตสับประรด ร้อยละ 89.36 ทุกขั้นตอนของการทำไร่สับประรดเกษตรกรมีลักษณะการทำงานในท่าทางที่ผิดปกติ การเคลื่อนไหวท่าซ้ำๆ และการยกของหนักทำให้มีอาการปวดหลังปวดเอว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกขณะทำงาน คล้ายกับการศึกษาของ พรพรรณ โพธิ์ชัยยา (2556)¹⁴ และจันทรีร์ กฤษอาคม (2553)¹⁵

ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดจากการทำงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการผลิต ร้อยละ 55.1 ปัญหาและผลกระทบกับเกษตรกรเชื่อมโยงมาจากปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายไม่ว่าจะเป็นสภาพในการทำงานที่หนัก การทำงานที่ซ้ำซากจำเจ ระยะเวลาในการทำงานที่ยาวนาน ปัญหาความเครียดจากราคาผลผลิตตกต่ำ คุณภาพของผลผลิตไม่ได้ตามเป้าหมายที่คาดหวัง การขาดเงินทุนหมุนเวียน ทำให้เกษตรกรปลูกสับประรดมีรายได้ลดลง เกิดปัญหาภาวะเศรษฐกิจและหนี้สิน คล้ายกับการศึกษาของ อวยชัย หาญเวช (2554)¹⁸

ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เกษตรกรมีความพึงพอใจในอาชีพปลูกสับประรดที่ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจปัจจุบัน ปัญหาราคาผลผลิตตกต่ำ ผลผลิตตามเป้าหมายที่ต้องการ ต้นทุนในการผลิตสูง ก่อให้เกิดหนี้จากการกู้ยืมมาลงทุน ทำให้เกษตรกรมองว่าการทำอาชีพนี้ไม่มีความมั่นคง นอกจากนี้แหล่งสนับสนุนด้านบริการสาธารณสุขปโภคพื้นฐานในชุมชนเช่น พื้นฐานในชุมชนเช่น บริการไฟฟ้า บริการประปา เส้นทางคมนาคม บริการรถโดยสารสาธารณะ แหล่งกู้ยืมเงินในยามฉุกเฉินมีไม่เพียงพอกับความต้องการของเกษตรกรและยังมิเกษตรกรบางส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น คล้ายกับการศึกษาของ อรรถพ สอนชา และคณะ (2560)⁹

3.ความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) การประกันราคาสับประรด เกษตรกรต้องการให้มีการประกันราคาสับประรด เพื่อให้มีความมั่นคงทางด้าน

การเงิน ลดผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน เนื่องจากการมีรายได้เพียงพอดำเนินชีวิตของเกษตรกรทำให้ชีวิตครอบครัวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คล้ายกับการศึกษาของ พรพรรณ โพธิ์ชัยยา (2556)¹⁴ อวยชัย หาญเวช (2554)¹⁸ และ จันทรีร์ กฤษอาคม (2553)¹⁵ ที่พบว่าเกษตรกรเสนอให้ช่วยเรื่องการประกันราคาผลผลิตมากที่สุด โดยต้องการให้มีราคาสูงอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ราคาตกต่ำมาก จนทำให้เกษตรกรได้รับผลกระทบจากการขาดทุน 2) การลดต้นทุนการผลิตเกษตรกรส่วนใหญ่ต้องการลดต้นทุนในการผลิต โดยเกษตรกรเห็นว่าการลดต้นทุนการผลิตส่งผลต่อการเพิ่มรายได้ให้เกษตรกรและครอบครัวนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คล้ายกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ยกอื่น (2560)¹⁷ และ พรพรรณ โพธิ์ชัยยา (2556)¹⁴ 3) ความรู้เกี่ยวกับการเพิ่มผลผลิตสับประรดและการแปรรูปสับประรด ต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้เกี่ยวกับการเพิ่มผลผลิตสับประรดและการแปรรูปสับประรด ต้องการให้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมการเกษตรไปเยี่ยมบ้านและสวนสับประรด ต้องการเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการปลูกสับประรดและศึกษาดูงานการแปรรูปสับประรด เพื่อให้ได้ผลผลิตที่มีคุณภาพตามความต้องการคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อรรถพ สอนชา (2560)⁹ และ ชนาภรณ์ อธิปัญญากุล (2554)¹⁹ 4) การส่งเสริมและป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพของเกษตรกร เนื่องจากเกษตรกรเล็งเห็นว่า การประกอบอาชีพของตนทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ เช่น การสัมผัสสารเคมีโดยไม่ได้ป้องกันอย่างถูกต้อง ทำทางจากการทำงานส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง ปวดเอว และยังมีอุบัติเหตุจากการทำสวนสับประรดล้วนส่งผลต่อสุขภาพเกษตรกร จึงต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาส่งเสริมและให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับประรดปัญหาและความต้องการในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเกษตรกรซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อการให้บริการที่เหมาะสมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่เกษตรกรปลูก

สับปะรด เช่น การให้ความรู้เรื่องอาชีวอนามัยและความปลอดภัยจากการทำงานในกระบวนการทำไร่สับปะรด การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารร่างกายขณะทำงาน การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทุก 2 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด

2. การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มเกษตรกรปลูกสับปะรดในพื้นที่อื่นเพื่อให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตในบริบทอื่น

3. การศึกษาปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรด

4. การศึกษาคุณภาพชีวิตเกษตรกรปลูกสับปะรดที่มีโรคประจำตัว

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. สำนักงานเกษตรจังหวัดหนองคาย. (2560). สถานการณ์และแนวทางการพัฒนาด้านการเกษตรจังหวัดหนองคาย ปี 2561-2564 ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2560 จาก http://www.nongkhai.doae.go.th/data/A_database_2559.pdf
4. วิชัย มีมาก.(2552). ปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรที่ปลูกกะหล่ำปลี และที่ปลูกสับปะรด อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2556). สถานการณ์และปัญหาสุขภาพจากการสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช 2556. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2560 จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140129_40945116.pdf
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2560). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2559.
7. จตุจิรา ชีรชิตกุล ขนิษฐา นาคะ และปิยะภรณ์ บุญวัฒน์. (2555). การจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุที่มีอาชีพกรีดยางพารา. วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2555.
8. จิว เขียวถาวร ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวันรณ กระจุงโรจน์สกุล. (2557). ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดง ตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. Nursing Journal Volume 41 No.2 April-June 2014
9. อรรณพ สอนชา เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ ภรณ์ ต่างวิวัฒน์ และ อมรภัทร์ อุปแก้ว (2560) ความต้องการการส่งเสริมการผลิตสับปะรดของเกษตรกร ในจังหวัดหนองคาย. เก่นเกษตร 45 ฉบับพิเศษ 1 : (2560).
10. สมาคมผู้ผลิตอาหารสำเร็จรูป(2560) สถานการณ์อุตสาหกรรมสับปะรดไทยไตรมาสที่ 1/2560 ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2560 จาก <http://thaifood.org/wp-content/uploads/2016/06/4-Newsletter-May-59.pdf>
11. พิพัฒน์ ถักมมีจักรกุล กิตติพงษ์ หาญเจริญ¹, อรรณพ แก้วบุญชู (2558)วิถีชีวิตสุขภาพของเกษตรกรในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์.วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร ปีที่ : 33 ฉบับที่ : 2 เลขหน้า : 73-82
12. วิชัย มีมาก.(2552). ปัญหาสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเกษตรกรที่ปลูกกะหล่ำปลี และที่ปลูกสับปะรด อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานามัยสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

13. ฮาฟิซา เมะมิง. (2551). ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมการปฏิบัติงานในสวนยางพาราที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของเกษตรกร ในอำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส วิทยานิพนธ์ (วท.ม. (พัฒนาการเกษตร)) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2551
14. พรพรรณ โพธิ์ไชยา. (2556). **คุณภาพชีวิตเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราจังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
15. จันทร์กร กฤษอาคม. (2553). **คุณภาพชีวิตชาวนาในเขตตำบลโนนพะยอม อำเภอนบพ จังหวัด ขอนแก่น**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
16. พัชรีย์ หล้าแหล่ง (2556) การศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนปาล์ม น้ำมันในพื้นที่ภาคใต้ ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2560 จาก
http://librae.mju.ac.th/goverment/20111119104834_librae/File20131029105133_20532.pdf
17. จิราภรณ์ ยกอิน. (2560). **คุณภาพชีวิตเกษตรกรผู้ปลูกยางพาราในจังหวัดนครศรีธรรมราช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
18. อวยชัย หาญเวช. (2554). การผลิตและการตลาดสับปะรดของเกษตรกรในอำเภอเมืองชัยภูมิจังหวัดชัยภูมิ. การเสนอผลการวิจัยทางการเกษตรและที่เกี่ยวข้อง ค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2560 จาก
http://qmis.stou.ac.th/qa/EQA_3/KPI_EQA/KPI_3/12_Agriculture/54/6_Auaychai.pdf
19. ธนาภรณ์ อธิปัญญากุล (2552) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจของเกษตรกรปลูกสับปะรดโรงงาน ปีการเพาะปลูก 2552/2553: กรณีศึกษาดำบลหนองปลาปาก อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย", *แก่นเกษตร* 39 (ฉบับพิเศษ) หน้า 225-229, ปีที่ 39, ฉบับที่ 2011, มกราคม 2011, หน้า 241-245

การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

Need Analysis to Develop an Immunization Curriculum of Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma by Problem Based Learning for Grade 10 students the Northeast Region, Thailand

ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล¹, ธีรชัย เนตรนอมศักดิ์², วชิรินทร์ ลอยลม³

Thidaratana Lertwittayakul, Teerachai Nethanomsak, Watcharin Loilom

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นของสถานศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการศึกษาในหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายระดับเขตพื้นที่การศึกษา ผู้บริหาร ครูระดับมัธยมศึกษาปละ 1 คน นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และผู้ปกครอง ในพื้นที่ที่มีระดับความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ใช้ 3 กลุ่มน้ำเป็นการแบ่งชั้น ได้แก่ กลุ่มน้ำมูล กลุ่มน้ำชี และกลุ่มน้ำสงคราม ได้กลุ่มตัวอย่างระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 20 โรงเรียน ใน 7 จังหวัด ดังนี้ ร้อยเอ็ด บึงกาฬ อุบลราชธานี สุรินทร์ สกลนคร ศรีสะเกษ และยโสธร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความต้องการจำเป็นรูปแบบสมการข้อมูลตอบสองกลุ่ม แบบประมาณค่า 5 ระดับ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของสถานศึกษาในการพัฒนาหลักสูตร วิเคราะห์ข้อมูลสภาพที่เป็นจริง และสภาพที่คาดหวัง จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น โดยกำหนดค่า *PNI modified* มากกว่า 0.20 ขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และการจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาหลักสูตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษาเป็นลำดับที่ 1 (*PNI modified* = 0.30) รองลงมาคือด้านการพัฒนาหลักสูตร (*PNI modified* = 0.25) และด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน (*PNI modified* = 0.22)

คำสำคัญ : ความต้องการจำเป็น, การพัฒนาหลักสูตร, พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

This study was to explore needs of a target institution regarding Immunization of Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma curriculum development by using problem-based learning for grade 10 students. Samplings were policy makers in the target educational service area, administrators, high school teachers, grade 10 students, and their parents who are from an area which are in the area of high prevalence of Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma. The samplings were stratified according to 3 basin areas as Mun basin, Chi basin and Songkram basin. The result of the stratified sampling was grade 10 students would be from 20 schools from 7 provinces as Roi-Et, Ubonratchathani, Surin, Sakon nakon, Sisaket, and Yasothon. Research instrument was a 5-scale dual response needs questionnaire which contains questions related to actual situations and expected states of an institution in developing curriculum. Those needs were collected, analyzed, and prioritized by a set *PNI modified* as it had to be over 0.20. It was found that a difference between actual situations and expected states and prioritizing in curriculum development was the samplings put importance on teacher and networking development as the first priority (*PNI modified* = 0.30), the second was curriculum development (*PNI modified* = 0.25) and the last was collaboration between school and community (*PNI modified* = 0.22).

Keywords: Need Analysis, Curriculum Development, Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma

¹ นักศึกษาระดับปริญญาเอกหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาหลักสูตรและการสอน

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

สุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดเรื่องสุขภาพในปัจจุบัน ที่ประกอบด้วยมิติทางกาย ทางใจ ทางสังคม ทางปัญญา (จิตวิญญาณ) รวมทั้งมิติของคน ครอบครัว ชุมชน และ สังคม ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงต้องให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ต่างๆ และการดำเนินงานทางสาธารณสุข การ จัดบริการสาธารณสุข และภาวะการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏใน สังคมเพราะสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม ทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังวิสัยทัศน์ใน ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559 ที่ว่า “ภายใน ทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้ง ทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน”⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามภายใต้ การรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ยังปรากฏว่า ประชากรของโลกเกิดภาวะความเจ็บป่วย โดยหนึ่งในนั้น คือมะเร็ง (Cancer) ซึ่งเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับ พันธุกรรม และพฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์ ถือเป็น โรคที่เป็นสาเหตุในการคุกคามคุณภาพชีวิตของประชากร โลกในกลุ่มโรคที่ไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease: NCDs) ประเมินการว่าการเสียชีวิตจากโรคที่ไม่ติดต่อ จะ เพิ่มขึ้นในแต่ละปี และโรคมะเร็งมีแนวโน้มเสียชีวิต เพิ่มขึ้นจากสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2557 โดยสำนักงาน นโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ได้รับข้อมูลจากมรณบัตรพบว่า การเสียชีวิต จากโรคมะเร็ง ปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 43,829 ราย ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 45,892 ราย ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 47,086 ราย ซึ่งมีจำนวนสูงขึ้น⁽²⁾

แนวโน้มการเสียชีวิตที่สูงขึ้นดังกล่าว “มะเร็ง” จึง เป็นโรคที่สร้างความตระหนักให้กับคนทั่วไปด้วยความ เข้าใจว่า มะเร็งเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วตายอย่าง ในปี พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขรายงาน ว่า จาก อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย พบว่าเพศชายมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี มาก เป็นอันดับหนึ่ง (47.9 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนเพศหญิง พบว่า มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอันดับ 3 (21.6 ต่อประชากรแสนคน) และประเทศไทยมีจำนวน

ผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีจำนวน 17,070 คน คิดเป็นอัตรา 26.3 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชาย 12,086 คน เพศหญิง 4,984 คน⁽³⁾ และ อุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีเป็น มะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดทั้งในเพศชายและหญิงในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ เป็น 38.6 และ 14.6 ต่อประชากร 100,000 ราย ในเพศชายและหญิงตามลำดับ⁽⁴⁾ ผู้ป่วยมัก ตรวจพบมะเร็งท่อน้ำดีในระยะสุดท้ายส่งผลให้มี ผู้รอดชีวิตจำนวนน้อย ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนา ประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดีให้หายขาด (Curative Treatment) ปัจจุบันสามารถ ทำได้โดยการผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีในเนื้องอก สามารถผ่าตัดเอาเนื้องอกและเนื้อตับรอบๆ มะเร็งออก ได้โดยตรง แต่การผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีนอกตับออกนั้นมีความ ซับซ้อนกว่า จึงต้องอาศัยวิธีการอื่นร่วมด้วยเพื่อช่วย ให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการพัฒนา วิธีการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด รวมถึงการ พัฒนาวิธีการตรวจและวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีใน ระยะเริ่มต้นเพื่อนำไปสู่การรักษาและเฝ้าระวังโรคจึงมี ความสำคัญในการทำควบคู่กันไปเพื่อป้องกันและรักษา โรคนี้ให้หายไปจากสังคมไทยในที่สุด⁽⁵⁾

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย คือโรคพยาธิใบไม้ ตับ (Opisthorchiasis) ที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) นำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง แล้ว ส่งผลต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีทั่วโลกมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อาจเกิดจากความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิด โรค สำหรับพื้นที่ที่มีการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบเรื้อรัง เพิ่มความเสี่ยงต่อการ เกิดมะเร็งท่อน้ำดี⁽⁶⁾ จากการศึกษาพบว่า วงจรชีวิตพยาธิ ใบไม้ตับที่สามารถแพร่กระจายติดเชื้อในคนได้ จาก พฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ของคนหรือสัตว์เก็บโรคเช่น สุนัข แมว กล่าวคือ พยาธิ ใบไม้ตับชนิด O. viverrini มีสองเพศภายในตัวเดียวกัน หรือที่เรียกว่า “กระเทย (Hermaphrodite)” สามารถดำรง เผ่าพันธุ์ได้ต้องมีโฮสต์กึ่งกลาง (Intermediate Host) อย่าง น้อย 2 ชนิดคือหอยน้ำจืด (Freshwater Snail) เป็นโฮสต์

กึ่งกลางตัวที่ 1 และปลาวงศ์ตะเพียน (Family Cyprinidae) เป็นโฮสต์กึ่งกลางตัวที่ 2 ส่วนโฮสต์จำเพาะได้แก่ คน สุนัข และแมว คนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะมีพยาธิอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีของตับ เมื่อพยาธิเจริญเต็มที่ก็จะผลิตไข่จำนวนมาก ไข่จะปะปนมากับน้ำดีเข้าสู่ลำไส้ปะปนออกมากับอุจจาระออกสู่สิ่งแวดล้อม ไข่พยาธิที่มีตัวอ่อนระยะ Miracidium อยู่ภายใน เมื่อถูกหอยไซกินเข้าไป ตัวอ่อนจะออกจากเปลือกไข่แล้วไชเข้าเนื้อเยื่อหอยและเปลี่ยนรูปร่างเป็น Sporocyst แล้วเจริญพัฒนาโดยมีตัวอ่อนระยะ Redia อยู่ภายใน และมีการเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนระยะ Cercaria ไช้ออกจากหอยแล้วจะว่ายอยู่ในน้ำ เมื่อพบกับปลาวงศ์ตะเพียนจะไชเข้าไปในเนื้อเยื่อของปลาแล้วสร้างผนังหุ้ม (Encyst) เป็นตัวอ่อนระยะ เมตาเซอร์คาเรีย (Metacercaria) ซึ่งเป็นระยะติดต่อ เมื่อคนกินปลาวงศ์ตะเพียนดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ที่มีตัวอ่อนระยะเมตาเซอร์คาเรีย เข้าไป ตัวอ่อนจะออกจากผนังหุ้มที่บริเวณลำไส้เล็กส่วนต้นและเข้าสู่ท่อน้ำดี และเจริญเป็นตัวเต็มวัยและสืบพันธุ์ต่อไป ตัวเต็มวัยของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งภายในและภายนอกตับและในถุงน้ำดี⁽⁷⁾ และพยาธิใบไม้ตับสามารถมีชีวิตอยู่ในร่างกายคนได้ประมาณ 25 ถึง 30 ปี⁽⁸⁾

พฤติกรรมของประชาชนที่ยังบริโภคอาหารปลาวงศ์ตะเพียนดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ เป็นสาเหตุให้การจัดการศึกษาเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้องค์ความรู้ที่ถูกต้อง ผ่านหลักสูตรการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับปัญหาของสังคมเพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับอย่างถูกต้อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ประเทศไทยใช้หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2551⁽⁹⁾ จัดการศึกษาให้ประชาชนไทยในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา โดยหลักสูตรฯ มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้เป็นคนดี มีปัญญา มีความสุข โดยผู้เรียนต้องมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ สามารถคิดและแก้ปัญหา สร้างทักษะชีวิต ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีสุนทรีย์ และจิตสาธารณะที่มุ่งทำประโยชน์และสร้างสิ่งที่ดีงามในสังคม และอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข ผู้เรียนต้องเข้าใจความสัมพันธ์และ

การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ต่างๆ ในสังคม แสวงหาความรู้ ประยุกต์ความรู้มาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา มีการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพโดยคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อตนเองสังคมและสิ่งแวดล้อม มีการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสภาพแวดล้อม รู้จักหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น จากจุดมุ่งหมายของหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2551 และสมรรถนะสำคัญที่มุ่งให้เกิดในตัวผู้เรียนดังที่กล่าวมานำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และ มะเร็ง ท่อน้ำดี ในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยหลักสูตรมุ่งหวังว่าผู้เรียนจะสามารถคิดและแก้ปัญหาของชุมชนในสถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ผู้เรียนจะเป็นแกนนำในการสร้างองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหของชุมชน สถานการณ์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้สะท้อนถึงสภาพปัญหาและแสดงถึงความต้องการจำเป็นของชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ต้องให้การจัดการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทั้งนี้การพัฒนาหลักสูตรในระดับสถานศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหของสังคมให้เกิดสุขภาวะ มีคุณภาพชีวิต มีภูมิคุ้มกัน และปลอดจากการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่เยาวชน เป็นวิถีสาคัญในระดับปฐมภูมิที่จะทำให้สังคมไทยปลอดพยาธิใบไม้ตับที่ยั่งยืนต่อไป สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6) ช่วงพัฒนาการระยะวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 15-18 ปี เด็กวัยนี้สามารถที่จะคิดสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ สามารถที่จะใช้เหตุผลเป็นหลักในการตัดสินใจ มีเหตุผลของตนเองเกี่ยวกับความยุติธรรม ความเสมอภาคและมนุษยธรรม การสอนเด็กวัยรุ่นควรท้าทายให้เด็กรู้จักคิด⁽¹⁰⁾ สถานการณ์ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีที่เป็นปัญหาในชุมชนที่อาศัยอยู่ จึงเป็นสถานการณ์จริงที่ทำให้ให้นักเรียนระดับมัธยมปลาย ได้รู้จักคิด แก้ไขปัญหา และหาแนวทางป้องกันแก้ไขปัญห โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากครอบครัว และชุมชนในการกำจัดพยาธิใบไม้

ดับให้หมดสิ้นจากสังคม โดยการปรับพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ การส่งเสริมสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ และสร้างภูมิคุ้มกันต่อปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

บทบาทสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น ที่มีแนวคิดหลักในการส่งเสริมการพัฒนาผู้เรียนแบบองค์รวมอย่างชัดเจน ผู้เรียนต้องสร้างองค์ความรู้ให้สอดคล้องกับบริบทชุมชนของผู้เรียน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ต้องอาศัยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ครอบครัวและชุมชน เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ และส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนที่เป็นปัญหาระดับชาติได้อย่างยั่งยืน การสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้เกิดแก่เยาวชนในสถานศึกษา โดยการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนเรื่องพยาธิใบไม้ตับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิซึ่งจะเกิดขึ้นได้เยาวชนต้องมีทั้งองค์ความรู้ ทักษะทางปัญญา และเจตคติที่มีต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จึงจะทำให้เกิดภูมิคุ้มกันที่ดีได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ โครงการ CASCAP หน่วยงานที่เป็นผู้สร้างองค์ความรู้ด้านพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การคัดกรองการป้องกันและการรักษา ตลอดจนหน่วยงานทางการศึกษาที่รับผิดชอบด้านนโยบายระดับท้องถิ่น ซึ่งมีหน้าที่ในการกำหนดกรอบสาระการเรียนรู้ท้องถิ่น การนิเทศกำกับและติดตาม เพื่อให้สถานศึกษาในสังกัดในฐานะหน่วยงานผู้ปฏิบัติในการพัฒนาหลักสูตรและออกแบบการเรียนการสอน สามารถจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักเรียนให้มีคุณภาพ ด้วยแนวทางการฝึกอบรมครูโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน (School Based Training: SBT) ผสมผสานกับการใช้เครือข่ายทางการศึกษา (Educational Networking) และแนวทางของการพัฒนาหลักสูตรแบบครบวงจร โดยเริ่มต้นจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นอย่างรอบด้าน เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการออกแบบและข่างหลักสูตรอย่างเป็น

ระบบ⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญของการไปสู่เป้าหมายสูงสุดของโครงการคือ “การใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญส่วนหนึ่งของการกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้หมดสิ้นจากสังคมไทย”

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการจำเป็นของสถานศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

วิธีการวิจัย

วิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของสถานศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการศึกษาในหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายระดับเขตพื้นที่การศึกษา ผู้บริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครอง โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 888 โรงเรียน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีระดับความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แนวเขตพื้นที่ 3 กลุ่มน้ำ คือลุ่มน้ำมูล ลุ่มน้ำชี และลุ่มน้ำสงคราม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการศึกษาในหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายระดับเขตพื้นที่การศึกษา ผู้บริหาร ครู สถานศึกษาที่เปิดสอนระดับมัธยมปลาย นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และผู้ปกครอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อยู่ในพื้นที่ที่มีระดับความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน 15 เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา แนวเขตพื้นที่ 3 กลุ่มน้ำ คือลุ่มน้ำมูล ลุ่มน้ำชี และลุ่มน้ำสงคราม โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้ กลุ่มน้ำ 3 กลุ่มน้ำ เป็นการแบ่งชั้นจากนั้นสุ่มตัวอย่างจาก จังหวัด อำเภอก และโรงเรียน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 20 โรงเรียน ใน 7

จังหวัด ดังนี้ ร้อยเอ็ด บึงกาฬ อุบลราชธานี สุรินทร์
สกลนคร ศรีสะเกษ และยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถาม
ความต้องการจำเป็นรูปแบบสมการข้อมูลตอบสนองคู่
แบบประมาณค่า 5 ระดับ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ
สภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของสถานศึกษาใน
การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคใบไม้ดับและ
มะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่
4 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญ
พิจารณา จำนวน 5 คน ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธี
Content Validity Index (CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิง
เนื้อหา เท่ากับ 4.80 แล้วนำไปทดลองใช้และตรวจสอบ
ความเที่ยง ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า
ความเที่ยงของแบบสอบถาม 4 ฉบับดังนี้ การศึกษาสภาพ
ที่เป็นจริงและความคาดหวังในการพัฒนาหลักสูตรพยาธิ
ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ฉบับครู/ อาจารย์ / ผู้บริหาร
สถานศึกษา เท่ากับ .941 ฉบับบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่
การศึกษา เท่ากับ .817 ฉบับนักเรียน เท่ากับ .951 และ
ฉบับผู้ปกครอง เท่ากับ .943

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดกรอบแนวคิดในการ
พัฒนาแบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content
Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 สภาพที่เป็นจริงและสภาพที่
คาดหวังของสถานศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้าง
ภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้
ปัญหาเป็นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผู้วิจัยวิเคราะห์
ข้อมูลด้วยสถิติภาพบรรยาย โดยใช้สถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย
($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความต้องการจำเป็นใน
การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ดับ
และมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับ
มัธยมศึกษาปีที่ 4 นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพที่เป็นจริง
และผลการวิเคราะห์สภาพที่คาดหวังในขั้นตอนที่ 2 มา
วิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นด้วย

วิธี Priority Needs Index แบบปรับปรุง โดยใช้สูตร *PNI*
modified = (I-D)/D ⁽¹²⁾ โดยกำหนดค่า *PNI modified*
มากกว่า 0.20 ขึ้นไป

สรุปและอภิปรายผล

1. สรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยส่วน
บุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม
ได้แก่ 1) ผู้บริหารสถานศึกษา ครู อาจารย์ 2) บุคลากร
สังกัดเขตพื้นที่การศึกษา 3) นักเรียน และ 4) ผู้ปกครอง
จำแนกข้อมูลทั่วไปตามกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

1.1 กลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา ครู อาจารย์ จำนวน
73 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ
53.42 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 43 คน คิด
เป็นร้อยละ 58.90 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี
จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 60.27 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
39,464.11 บาท ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาพยาธิ
ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ
69.86 สำหรับผู้ที่เคยตรวจ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ
31.14 และเคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ดับ 1 ครั้ง ทั้ง 22 คน
คิดเป็นร้อยละ 31.14

1.2 กลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา จำนวน
54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อย
ละ 55.56 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 35 คน
คิดเป็นร้อยละ 64.81 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญา
โท จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 รายได้เฉลี่ยต่อ
เดือน 49,059.44 บาท ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาพยาธิใบไม้
ดับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 61.11
สำหรับผู้ที่เคยตรวจ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 ส่วน
ใหญ่เคยตรวจ 1 ครั้ง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 เคย
ตรวจ 1-2 ครั้ง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.81 และเคย
ตรวจมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00
ส่วนใหญ่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อย
ละ 57.41 สำหรับผู้ที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ดับ จำนวน
23 คน คิดเป็นร้อยละ 42.59 เคยกิน 1 ครั้ง จำนวน 8 คนคิด
เป็นร้อยละ 14.81 เคยกิน 1-2 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็น
ร้อยละ 9.26 และเคยกินมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 10 คน คิด
เป็นร้อยละ 19.00

1.3 กลุ่มนักเรียน จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 61.48 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-18 ปี จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 87.78 ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 สำหรับผู้ที่เคยตรวจจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่เคยตรวจ 1 ครั้ง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 เคยตรวจ 1-2 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.11 และเคยตรวจมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 ส่วนใหญ่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิ จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 81.48 สำหรับผู้ที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 เคยกิน 1 ครั้ง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 เคยกิน 1-2 ครั้ง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 และเคยกินมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.22

1.4 กลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 270 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 67.78 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 87.78 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 44.07 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7680.15 บาท ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 79.63 สำหรับผู้ที่เคยตรวจ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 20.37 ส่วนใหญ่เคยตรวจ 1 ครั้ง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.26 รองลงมาเคยตรวจมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 และ เคยตรวจ 1-2 ครั้ง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 และ ส่วนใหญ่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิ จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 81.48 สำหรับผู้ที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 18.52 เคยกิน 1 ครั้ง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 เคยกิน 1-2 ครั้ง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.81 และส่วนใหญ่อยกเว้นพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 77.41 ไม่เคยกิน จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 22.59 ส่วนใหญ่เคยกินมากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 65.93 รองลงมาเคยกิน 1-2 ครั้ง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.30 และ เคยกิน 1 ครั้ง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. การศึกษาสภาพที่เป็นจริงและความคาดหวังในการพัฒนาหลักสูตร

1) ด้านการพัฒนาหลักสูตร กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม มีความคิดเห็นต่อสภาพที่เป็นจริง ด้านการพัฒนาหลักสูตรภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.10$, S.D. = 0.03) และมีความคิดเห็นต่อสภาพที่คาดหวัง ด้านการพัฒนาหลักสูตรภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.87$, S.D. = 0.04) 2) ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม มีความคิดเห็นต่อสภาพที่เป็นจริง ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.25$, S.D. = 0.05) และมีความคิดเห็นต่อสภาพที่คาดหวัง ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, S.D. = 0.04) และ 3) ด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารศึกษา ครู อาจารย์ และ 2) บุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา มีความคิดเห็นต่อสภาพที่เป็นจริง ด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายทางการศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.11$, S.D. = 0.02) และมีความคิดเห็นต่อสภาพที่คาดหวัง ด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายทางการศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.91$, S.D. = 0.04) แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความจำเป็นมากสำหรับชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชนและการพัฒนาครูและเครือข่ายทางการศึกษาเป็นอย่างมาก เป็นพลังขับเคลื่อนในการพัฒนาหลักสูตร ใช้หลักสูตรและขยายเครือข่ายการใช้หลักสูตร

3. สรุปผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และ การจัดลำดับความสำคัญ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และการจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรจำแนกรายด้าน พบว่าสภาพที่เป็นจริงด้านการพัฒนาหลักสูตร ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน และด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ในด้านการพัฒนาหลักสูตรและ

ด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน ($p\text{-value} = .000$) ส่วนด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษามีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน และภาพรวมเห็นว่ามีความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ($PNI\ index$ มากกว่า 0.20) ซึ่งให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษาเป็นลำดับที่ 1 ($PNI\ index = 0.30$) รองลงมาคือด้านการพัฒนาหลักสูตร ($PNI\ index = 0.25$) และด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน ($PNI\ index = 0.22$)

1) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง ด้านการพัฒนาหลักสูตร สรุปผลการเปรียบเทียบรายกลุ่ม รายคู่และรายข้อ ดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านการพัฒนาหลักสูตร มียังน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .000$)

(2) กลุ่มตัวอย่าง 3 คู่ ที่มีความคิดเห็นด้านการพัฒนาหลักสูตรที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) กลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา ครู อาจารย์ กับกลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา 2) กลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา กับกลุ่มนักเรียน ($p\text{-value} = .000$) และ 3) กลุ่มนักเรียนกับผู้ปกครอง ($p\text{-value} = .001$)

(3) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรจำแนกรายข้อ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .000$) และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรรายข้อ มีลำดับนี้โดยรวมด้านการพัฒนาหลักสูตร ($PNI\ modified = 0.21$) รายการที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในการพัฒนาหลักสูตร คือ รายข้อที่ 13 หลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสามารถเสริมสร้างความรู้ทักษะ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรม และเจตคติที่มีต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และ รายข้อที่ 16 นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ($PNI\ modified = 0.26$) รองลงมาคือ รายข้อที่ 5 สถานศึกษามีเครือข่ายและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์วิจัย

ตามโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่นักเรียน ($PNI\ modified = 0.24$) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรต้องให้ความสำคัญกับความรู้ที่ถูกต้องทันสมัย คุณลักษณะและมะเร็งท่อน้ำดีที่แสดงถึงเจตคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การเห็นคุณค่าของการปฏิบัติตนเพื่อมีสุขภาพดี และความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทักษะกระบวนการในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่ให้ความสำคัญในการสำรวจอาหารที่มีความเสี่ยง และพฤติกรรมความเชื่อในการมีสุขภาพดี เพื่อหลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนั้นการพัฒนาเครือข่ายการศึกษาเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนการใช้หลักสูตรให้ประสบผลสำเร็จ

2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และการจัดลำดับความสำคัญด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน สรุปผลการเปรียบเทียบรายกลุ่ม รายคู่และรายข้อ ดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชนมียังน้อย 1 คู่ที่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .000$)

(2) กลุ่มตัวอย่างมี 3 คู่ ที่มีความคิดเห็นด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชนแตกต่างกัน ได้แก่ 1) ผู้บริหารสถานศึกษา ครู อาจารย์ ($p\text{-value} = .001$) 2) กลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา กับกลุ่มนักเรียน ($p\text{-value} = .000$) และ 3) กลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา กับกลุ่มผู้ปกครอง ($p\text{-value} = .001$)

(3) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรด้านความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน จำแนกรายข้อ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันในรายข้อที่ 34 ครูมีการออกแบบหลักสูตรและจัดกระบวนการเรียนการสอนที่บูรณาการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ในหลักสูตรสถานศึกษากับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน และรายข้อที่ 35 การเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมตรวจสอบ และ

ร่วมปรับปรุงแก้ไข เกี่ยวกับการจัดการศึกษาของสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง ($p\text{-value} = .000$) และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชนรายข้อ มีค่าดัชนีโดยรวมด้านการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชน ($PNI\ modified = 0.17$) รายการที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนและชุมชน คือ รายข้อที่ 34 ครูมีการออกแบบหลักสูตรและจัดกระบวนการเรียนการสอนที่บูรณาการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ในหลักสูตรสถานศึกษากับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ($PNI\ modified = 0.21$) รองลงมาคือ รายข้อที่ 33 ความรู้ลึกของชุมชนถึงการมีส่วนรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาร่วมกับสถานศึกษา ($PNI\ modified = 0.19$)

3) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และการจัดลำดับความสำคัญด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษา สรุปผลการเปรียบเทียบรายกลุ่ม รายคู่และรายข้อ ดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้านพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษาไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .037$)

(2) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง และ ลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษาจำแนกรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .000$) และลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นในการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษา รายข้อมีค่าดัชนีโดยรวมด้านการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษา ($PNI\ modified = 0.20$) รายการที่มีความต้องการจำเป็นสูงสุดในการพัฒนาครูและเครือข่ายการศึกษา คือ รายข้อที่ 66 กิจกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของครู ($PNI\ modified = 0.24$) รองลงมาคือ รายข้อที่ 65 ครูได้รับการฝึกอบรมจากผู้รู้ หรือมีความเชี่ยวชาญ รายข้อที่ 69 มีการนิเทศติดตามผลการฝึกอบรมอย่างกัลยาณมิตร เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($PNI\ modified = 0.23$) และ รายข้อที่ 64 ครูได้มีส่วนร่วมในการกำหนดหรือ

ออกแบบสาระของการฝึกอบรมให้เป็นไปตามความต้องการหรือปัญหาที่เกิดขึ้น และ รายข้อที่ 68 มีช่วงเวลาของการฝึกอบรมที่ต่อเนื่อง ในระยะเวลาที่เหมาะสม มีความสะดวกในการเดินทาง ($PNI\ modified = 0.22$)

4. สรุปผลการเปรียบเทียบระหว่างค่าเฉลี่ยผลการประเมินด้านการรับรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ สถานการณ์ของโรค สุขาภิบาล สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน ทักษะคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน ระหว่าง 1) กลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา ครู อาจารย์ 2) กลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา 3) กลุ่มนักเรียน และ 4) กลุ่มผู้ปกครอง

1) การรับรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ สถานการณ์ของโรค สุขาภิบาล สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน ทักษะคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .094$)

2) การรับรู้เกี่ยวกับองค์ความรู้ สถานการณ์ของโรค สุขาภิบาล สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน ทักษะคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.02) โดยกลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษา ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.08) กลุ่มนักเรียน ($\bar{X} = 3.53$, S.D. = 0.05) และ กลุ่มผู้ปกครอง ($\bar{X} = 3.48$, S.D. = 0.04) มีการรับรู้ในระดับมาก และกลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา ครู อาจารย์ มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$, S.D. = 0.09)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสภาพที่คาดหวังและสภาพที่เป็นจริงในการพัฒนาหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาเครือข่ายการศึกษา ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญด้านการพัฒนาเครือข่ายการศึกษาเป็นอันดับหนึ่ง ($PNI\ modified = 0.30$) อภิปรายผลได้ว่า หลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่จะพัฒนาขึ้นเป็นหลักสูตรที่ต้องอาศัยการปลูกฝังผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง ผ่านการใช้สถานการณ์

ปัญหาของชุมชนเป็นกิจกรรม นำชุมชนไปสู่ พฤติกรรม อาหารปลอดภัย (Food Safety) พฤติกรรมสุขภาพดี (Healthy Behavior) และเลิกพฤติกรรมกินดิบ (Raw Attitude) ของชุมชนอย่างไร้พยาธิ (Fluke Free) ปลอดภัย (Cancer Free) ซึ่งต้องการผลกระทบหลักสูตรเป็นวงกว้าง จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายที่ยั่งยืนในการเชื่อมโยงกลุ่มครูที่สมัครใจในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องมีความเป็นอิสระสร้างพลังวิถุณในการนำหลักสูตรไปใช้แก้ไข ปัญหาชุมชนได้สำเร็จ⁽¹³⁾

หากพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับกิจกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของครู ($PNI\ modified = 0.24$) รองลงมาคือ ครูได้รับการฝึกอบรมจากผู้รู้หรือมีความเชี่ยวชาญ และมีการนิเทศติดตามผลการฝึกอบรมอย่างกัลยาณมิตรเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($PNI\ modified = 0.23$) ซึ่งสอดคล้องกับ กลยุทธ์สำคัญที่พัฒนาศักยภาพครูเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุเป้าหมาย ด้านการส่งเสริมสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและทุกภาคส่วนให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้⁽¹⁴⁾ และตามหลักการพัฒนาครูโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ที่ว่าการฝึกอบรมที่มีการนิเทศติดตามและประเมินผลโดยใช้กระบวนการ "กัลยาณมิตรนิเทศ" มีการประเมินหลากหลายรูปแบบทั้งก่อน ระหว่างและหลังการอบรม และประเมินผลจากการฝึกอบรมของครูผู้เข้ารับการฝึกอบรมและประเมินผลจากนักเรียนของครูผู้เข้ารับการฝึกอบรมด้วย⁽¹⁵⁾

ผู้วิจัยมองถึงประเด็นที่น่าสนใจและท้าทายในการพัฒนาหลักสูตรนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญน้อยที่สุด ($PNI\ modified = 0.16$) คือ ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ท่านและครูน้องอาจค์ความรู้เรื่องนี้สู่สถานศึกษา จากประเด็นนี้ผู้วิจัยอภิปรายได้ว่า มีความสอดคล้องกับการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของชุมชนเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีที่ไม่ได้เสียชีวิตทันที สถานการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ตับ

และมะเร็งท่อน้ำดีตามการรับรู้ของทุกระดับยังมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน โดยรับทราบแต่เพียงว่าการกินของดิบทำให้ติดพยาธิ แต่หลังจากนั้นการรับรู้สถานการณ์ขาดหายไป สะท้อนให้เห็นชัดว่ามีบางสถานการณ์ด้านสุขภาพหรือความสูญเสียต่อชีวิตที่ถูกกระทำให้มีความสำคัญเหนือต่อสถานการณ์คนตายเพราะมะเร็งท่อน้ำดีและการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ให้ความสำคัญในสถานการณ์ปัญหาน้อย ด้วยเป็นเพราะการรับรู้สถานการณ์ที่ไม่ทันสมัย จึงควรมีการร่วมมือกันแก้ไข ปัญหาอย่างเร่งด่วน

2. ด้านการพัฒนาหลักสูตร ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญด้านการพัฒนาหลักสูตรเป็นอันดับสอง ($PNI\ modified = 0.25$) กลุ่มตัวอย่างมีสภาพที่คาดหวังระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยกลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามีสภาพที่คาดหวังมากที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.13) อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองการรับรู้ด้านกระบวนการพัฒนาหลักสูตรในบริบทที่แตกต่างกัน บุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามีสภาพที่คาดหวังมากที่สุด ในบริบทบทบาทหน้าที่ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาด้านการประสาน ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาหลักสูตรร่วมกับสถานศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษา และดำเนินการและประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการศึกษาในเขตพื้นที่การศึกษา จึงมองเห็นความสำคัญและคาดหวังกับการพัฒนาหลักสูตรที่พัฒนาจากสถานการณ์ปัญหาที่มีความเสี่ยงของชุมชน

หากพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาพที่คาดหวังกับการพัฒนาหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ ค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรม และเจตคติที่มีต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีและนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ($PNI\ modified = 0.26$) รองลงมาคือสถานศึกษามีเครือข่ายและได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์วิจัยตามโครงการแก้ไขปัญหายาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่นักเรียน ($PNI\ modified =$

0.24) ส่วนรายการที่มีลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นต่ำสุดในการพัฒนาหลักสูตร คือเน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างครู นักเรียน และชุมชน ($PNI\ modified = 0.13$) อภิปรายผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณชนมีทัศนคติ ความเชื่อในการบริโภคดีมานาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหานี้มาโดยตลอด แต่ยังไม่สามารถลดอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีได้ จากการศึกษาอุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทยพบว่า อัตราพยาธิใบไม้ตับมีค่าสูงสุดในจังหวัดนครพนม รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร และจังหวัดอุดรธานีตามลำดับ และพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ที่เคยติดเชื้อในปีที่ผ่านมาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำได้แก่ ประวัติการกินปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ การแก้ไขปัญหานี้ควรมีการดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการ ลด ละ เลิกการบริโภคปลาดิบอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾ จากสถานการณ์ที่ยังคงมีการติดเชื้อสูง หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจึงเน้นการพัฒนาคุณลักษณะผู้เรียนที่นำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเชื่อของชุมชนได้ และมีความจำเป็นที่จะต้องมีหลายหน่วยงานให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะชุดองค์ความรู้ที่ทันสมัยที่เกิดจากการวิจัยของโครงการแก้ไขพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program : CASCAP) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3. ด้านการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญด้านการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน เป็นอันดับสาม ($PNI\ modified = 0.22$) กลุ่มตัวอย่างมีสภาพที่คาดหวังระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยกลุ่มบุคลากรสังกัดเขตพื้นที่การศึกษามีสภาพที่คาดหวังมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, S.D. = 0.05) และชุมชนต้องการให้ครูมีการออกแบบหลักสูตรและจัดกระบวนการเรียนการสอนที่บูรณาการเชื่อมโยงระหว่างความรู้ในหลักสูตรสถานศึกษากับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ($PNI\ modified = 0.21$)

อภิปรายผลได้ว่าหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นภายใต้สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบในวงกว้าง เมื่อใช้หลักสูตรแล้วผู้เรียนความรู้เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริงในชุมชน สอดคล้องกับการสนทนาในบริบทชุมชนที่สะท้อนว่าการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนในการร่วมแก้ปัญหาเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีคือ การสื่อสารระหว่างโรงเรียนกับชุมชนที่มีประสิทธิภาพเพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกินปลาดิบที่ดำเนินมาช้านาน ผู้บริหารสถานศึกษาและกลุ่มครูมีความเห็นสอดคล้องกันว่าการใช้ผลผลิตของโรงเรียนคือนักเรียนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการเป็นตัวกลางในการแก้ไขปัญหา โดยใช้เครื่องมือที่สำคัญคือการจัดการศึกษาที่เหมาะสมตามช่วงชั้นสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นช่วงวัยที่สามารถใช้เหตุผลนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้

ข้อมูลพื้นฐานและความต้องการจำเป็นของสถานศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า มีความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหนือ จากสถานการณ์ปัญหาที่คุกคามชีวิต และมีผลกระทบด้านสังคมเศรษฐกิจของชุมชน หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาศัยการอบรมครูโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน และมีการนิเทศติดตามแบบกัลยามิตร เพื่อเสริมสร้างพลังความร่วมมือในการขยายเครือข่ายการศึกษาในการใช้หลักสูตรให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกของโรคใน 3 ลุ่มน้ำ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ข้อเสนอในระดับนโยบาย

1) ควรมีการกำหนดนโยบายร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการนำหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีไปสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาในวงกว้างในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่

ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือในระดับนโยบาย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติในแต่ละลำดับขั้น

2) การเชื่อมโยงความรู้ด้านสุขภาพอย่างบูรณาการเป็นสิ่งสำคัญให้สถานศึกษาสามารถดำเนินการจัดการศึกษาได้อย่างองค์รวม การกำหนดสาระการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจึงควรมีแกนหลักร่วมสำคัญสำหรับครูผู้สอนได้ใช้เป็นหลักยึดในการจัดการเรียนการสอนที่เข้าถึงพื้นฐานอันเป็นหลักการสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นแล้ว ในระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการสนับสนุนให้เกิดเวทีของการสร้างฐานคิดร่วมในการพัฒนาหลักสูตรที่เข้าถึงแก่นขององค์ความรู้อย่างรอบด้าน

1.2 ข้อเสนอแนะระดับเขตพื้นที่การศึกษา

1) หลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถือเป็นแบบอย่างที่ดีที่แสดงถึงการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในการนำปัญหาและความต้องการของท้องถิ่นมาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา เขตพื้นที่จึงควรมีการแนวทางของการพัฒนาหลักสูตรนี้ขยายผลสู่สถานศึกษาต่างๆ ในการจัดหลักสูตรและการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นต่อไป

2) ควรมีการพัฒนาให้เขตพื้นที่การศึกษาเป็นเครือข่ายต้นทางในการเฝ้าระวังและติดตามผลการใช้หลักสูตร โดยร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดในการติดตามผลสุขภาพของนักเรียนและชุมชนที่เป็นผลกระทบจากใช้หลักสูตรนี้

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ด้านการพัฒนาหลักสูตร

1) วิจัยและพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้ครอบคลุมทุกโครงสร้างและทุกระดับการศึกษา

2) วิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือเกี่ยวกับหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกับความร่วมมือทั้งจากหน่วยงาน องค์กร และบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนหลักสูตรแบบร่วมมือร่วมพลัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสภาวิจัยแห่งชาติที่ได้กรุณาอนุญาตให้นำบทความบางส่วนในงานวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณนิพนธ์เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งสภาวิจัยแห่งชาติผ่านโครงการวิจัยทำทนายไทย : ประเทศไทยไร้พยาธิใบไม้ตับ สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดีและมูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี มาลงในวารสารการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

ขอขอบคุณ รศ. นพ.ณรงค์ ชันติแก้ว ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี และหัวหน้าโครงการ CASCAP ผู้สร้างแรงบันดาลใจในการแก้ไขปัญหาเชิงบูรณาการสำหรับชาวอีสาน โดยใช้การศึกษาเป็นอาวุธที่ทรงพลังในการเปลี่ยนแปลงโลก ผู้ทรงคุณวุฒิจากโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CASCAP) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนนักวิจัยที่ร่วมโครงการวิจัยการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหาร ครูเครือข่าย ชุมชน เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 , (เอกสารอัดสำเนา).

2 สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ. Retrieved 30 ตุลาคม 2559 from <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual-report-2015.pdf>.

3 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559.

Retrieved 17 สิงหาคม 2561 from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy2559.pdf.

4 สุรพล เวียงนันท, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง และ สุพจน์ คำสะอาด. มะเร็งท่อน้ำดี ในจังหวัด ขอนแก่น. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 27 ฉบับพิเศษ (มะเร็งท่อน้ำดี) 2555, 326-330.

5 ณรงค์ ขันดีแก้ว. โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร โครงการ CASCAP 2559;2:4-5.

6 ชูติมา ตลับนิล, ขวลิต ไพโรจน์กุล และ โสพิศ วงศ์คำ. สาเหตุการเกิดและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างส่งผลกระทบต่อรูปแบบ พันธุกรรมของมะเร็งท่อน้ำดี. การประชุมวิชาการพันธุศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 19 "พันธุศาสตร์และจีโนมิกส์: จ าก การศึกษาระดับโมเลกุลสู่ การประยุกต์" 15-17 กรกฎาคม 2558 ณ โรงแรมเซ็นทารา แอนด์ คอนเวนชันเซนเตอร์ขอนแก่น จ.ขอนแก่น; 2558.

7 ธีรรัตน์ บุญมาศ. วิวัฒนาการของพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี : Evolution of Liver Fluke & Cholangiocarcinoma. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คณินนาวิทยา; 2558.

8 Sripa B, Nawa Y, Sithithaworn P, Andrews R, Brindley PJ. Discovery of human opisthorchiasis: amysterious history. Parasitol Int. 2012;61: 3-4.

9 กระทรวงศึกษาธิการ, 2551

10 สุรศักดิ์ โค้วตระกูล. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

11 Saylor J Galen, Alexander William M. Planning Curriculum for Schools. New York: Holt Rinehart and Winston; 1974.

12 สุวิมล ว่องวานิช. การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพมหานคร: วิ พริน (1991); 2558.

13 Starkey, Paul. Networking for Development, IFRTD (The International Forum for Rural) ; 1997.

14 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. นโยบายสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559, (เอกสารอัดสำเนา).

15 สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. รายงานการวิจัยพัฒนารูปแบบการพัฒนาครูและผู้บริหารสถานศึกษา แบบ ใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนขนาดเล็ก ระยะที่ 1 กรุงเทพฯ:บริษัทพริกหวานกราฟฟิค จำกัด ; 2555.

16 เกษร แถวโนนจิว, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, เสรี สิงห์ทอง, นิตยา ชูไชสง และ วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. อุบัติการณ์และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(3). พฤษภาคม - มิถุนายน: 370-379.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy

The development of a clinical nursing practice guideline for prevention and management complication post thyroidectomy at ward ear throat nose khonkaen hospital

อชรา แดนแก้ว¹ บุษบา สมใจวงษ์²

Achara Dankaeuw, Busaba Somjaivong

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน โดยครั้งนี้ทำการศึกษาถึงขั้นตอนที่ 3 แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแผลเย็บในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อ และภาวะเลือดออกที่แผลหลังผ่าตัด thyroidectomy โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพที่หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 7 คน ในผู้ป่วย 14 คน ระยะเวลาที่ทำการทดลองใช้แนวปฏิบัติ คือ กุมภาพันธ์ 2561- มิถุนายน 2561

ผลการศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.72) มีความเข้าใจการใช้และเห็นว่าแนวปฏิบัติ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความสะดวกในการนำไปใช้ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 42.85) นำไปใช้ได้จริงระดับมากที่สุด (ร้อยละ 57.14) ประหยัดค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 57.14) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 42.85) การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติว่าสามารถป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ หากต้องการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แต่จากการใช้แนวปฏิบัติ ที่สร้างขึ้นพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 14 ราย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติ, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด, แผลเย็บในเลือดต่ำ, ติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, เลือดออกที่แผลผ่าตัด

ABSTRACT

The objective of this study aims to develop a nursing practice guideline to prevent and manage complications after thyroidectomy operations at ENT ward, Khon Kean hospital. The evidence-based nursing practice guideline development for community nurse practitioner (Soukup, 2000) was employed. Comprised four steps: 1) investigating problems, 2) investigating empirical evidence, 3) developing a guideline and conducting a trial, and 4) bringing the tailored guideline into use at a hospital. It is noted that this study performed step 1, step 2 and step 3, thus obtaining the guideline on prevention and management of hypocalcaemia, wound infection and wound bleeding following thyroidectomy. The guideline contents were verified by three experts and the tailored guideline was tried out at the ENT ward by seven registered nurses. The guideline trial was carried out during February – June 2018.

The results of study revealed that most of the nurses (85.72%) knew how to use the proposed guideline and that they considered the guideline uncomplicated and user-friendly at the highest level (42.85%). Moreover, they agreed that the guideline was practical at the highest level (57.14%). They agreed that the guideline was economical at the fairly high level (57.14%). They were satisfied with the proposed guideline at the highest level (42.85%). The efficiency of the proposed guideline was not studied to determine whether it made likely to prevent and manage complications after operation. Despite no efficiency test of the guideline, all of the 14 subject patients were not reported of potential threat from the complications after operations.

Keyword: Development of guidelines, postoperative complications, hypocalcemia, surgical wound infections, surgical bleeding

บทนำ

ภาวะก้อนโตที่ต่อมไทรอยด์เป็นภาวะที่พบได้ประมาณร้อยละ 4 ถึง 7 ของประชากร¹ พบในเพศหญิง

มากกว่าเพศชาย และมักพบในประชากรที่มีการบริโภคสารไอโอดีนน้อย จากสถิติการให้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนก โสต สอ นาสิก โรงพยาบาลขอนแก่น ใน

พ.ศ.2557-2559 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับก้อนโตที่ต่อมไทรอยด์ทั้งสิ้น จำนวน 1,364, 1,365 และ 1,328 ราย ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก เพื่อทำการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ออกเป็นจำนวน 145, 115, 82 ราย เป็นกลุ่มโรคที่เข้ารับบริการติดอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งหมด²

การรักษาภาวะก้อนที่ต่อมไทรอยด์ประกอบด้วย การให้ยาและการรักษาด้วยการผ่าตัด มีทั้งการผ่าตัดเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดหรือการตัดออกบางส่วน¹ ชนิดของการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ขึ้นอยู่กับชนิดของก้อน ระยะของโรค และขอบเขตที่เป็น³ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ subtotal thyroidectomy และ total thyroidectomy ต่อมไทรอยด์เกือบทั้งหมดหรือทั้งหมดจะถูกเอาออกส่วนมากจะไม่สามารถเก็บต่อมพาราไทรอยด์ไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ นอกจากนี้การผ่าตัดทั้ง subtotal thyroidectomy และ total thyroidectomy เป็นการผ่าตัดขนาดใหญ่และใช้เวลานานในการผ่าตัดที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ทั้งการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติและการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด⁴ จากการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตในผู้ป่วยที่ผ่าตัด thyroidectomy คือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ การมีเลือดออกที่แผลผ่าตัดและการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด⁵

จากสถิติอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดที่ไม่มีอาการและมีอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเฉลี่ย 2-3 ราย /เดือน หรือประมาณ 30 ราย/ปี คิดเป็นประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไทรอยด์⁶ เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำภายหลังการผ่าตัด thyroidectomy คือ ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าหรือเท่ากับ 7.5 mg/dL หรือผู้ที่มีการหรืออาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำร่วมกับระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่า 8.0 mg/dL การเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำจะมีผลต่อการเต้นของหัวใจ

ตรวจพบ prolong corrected QT interval หัวใจบีบตัวและกลายตัวช้ากว่าปกติอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น⁷ สำหรับการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ผ่านมาไม่มีการเก็บสถิติของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัด thyroidectomy ภายในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และลักษณะของแผลผ่าตัดเป็นแผลผ่าตัดปนเปื้อนเชื้อโรคเล็กน้อย (clean contaminated wound) ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 5-10⁸ ถึงแม้ว่าการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้น้อย แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่หากเกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อรุนแรงทั้งต่อผู้ป่วยและต่อระบบสุขภาพ ส่วนภาวะเลือดออกที่แผลหลังผ่าตัด thyroidectomy ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบอุบัติการณ์การเกิด 2 ครั้ง โดยพบการเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดในช่วง 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัด 1 ราย และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการให้เลือดทดแทน และผู้ป่วยอีก 1 รายพบภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัดหลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมงและจำเป็นต้องเข้าห้องผ่าตัดใหม่เพื่อเย็บแผลและห้ามเลือด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ทั้งการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการเกิดภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและระบบสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 3 วันเป็น 7 วัน⁹ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ยังมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการตาย ทำให้ค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น¹⁰ ดังนั้น ควรมีการเฝ้าระวังป้องกันและจัดการ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจุบันหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy ตามมาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น จากการสอบถามพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จำนวน 7 คนโดยการสัมภาษณ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด thyroidectomy มีการให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแล

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั่วไปที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด thyroidectomy ทำให้ยังพบอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้แก่ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัดซึ่งจากการทบทวนหาสาเหตุพบว่า รูปแบบการดูแลที่ใช้ในการประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ที่อาจเกิดได้หลังผ่าตัด ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการ ป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินวิเคราะห์และการบูรณาการผลงานวิจัยเข้ากับความรู้ทางคลินิกโดยยึดหลักความเหมาะสมของหน่วยงาน/ผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy ได้รับการดูแลเพื่อประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (Soukup, 2000) มาเป็นกรอบแนวคิดเนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นการบูรณาการ มีรูปแบบที่เน้นให้เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในระดับองค์กรที่ชัดเจน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาประเด็นปัญหาทางคลินิก 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง 3) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติ

และ 4) การวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขและการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จะทำการศึกษาถึงขั้นตอนที่ 3 โดยมีรายละเอียด ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหาทางคลินิก (evidence-triggered phase)

คือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำหนดปัญหาทางคลินิกโดยได้จาก 2 แหล่ง คือ

1) Practice trigger คือ การพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด thyroidectomy เป็นการให้การแบบดั้งเดิม คือให้การพยาบาลเมื่อมีอาการของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ไม่มีการนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และไม่มีแนวปฏิบัติเฉพาะในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy

2) Knowledge trigger คือการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy โดยการใช้แบบประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงในผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้รับการผ่าตัด ที่ได้จากงานวิจัยต่างๆ และแนวทางในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำการใช้ ASA score ในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เป็นต้น

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง (evidence-support phase)

1) จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในฐานข้อมูลต่างๆ โดยทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยสืบค้นหลักฐานที่ตีพิมพ์ไม่เกิด 10 ปี คือ ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2006 - 2016 ทำให้ได้หลักฐานที่ทำการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวนทั้งสิ้น 34,560 ฉบับ และได้ทำการอ่านบทคัดย่อและทำการคัดเฉพาะหลักฐานที่ทำการศึกษาในมนุษย์ และเป็นการศึกษาในผู้ใหญ่เท่านั้น เลือกงานวิจัยฉบับเต็ม และ

ประเมินคุณภาพวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้ PICO ดังนี้

P: (population) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด subtotal thyroidectomy และ total thyroidectomy

I: (intervention) คือ วิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการจัดการ การประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด

C: (comparison intervention) ไม่มี

O: (outcomes) คือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia), การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (infection), ภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด (bleeding) หลังผ่าตัด subtotal thyroidectomy และ total thyroidectomy

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์การประเมินตาม สถาบัน โจแอนนา บริกส์ (Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation, 2014) และระดับข้อเสนอแนะการนำไปใช้ ใช้เกณฑ์ตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute (2004-2006) ส่วนงานที่เป็นแนวปฏิบัติใช้ Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II) ผลการสืบค้นได้ผลการศึกษารวมทั้งสิ้น 13 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัย 11 เรื่อง และงานที่เป็นแนวปฏิบัติ 2 เรื่อง

ผลการศึกษาและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาสร้างแนวปฏิบัติพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นจากองค์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ การประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหลังผ่าตัด และการจัดการเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ประกอบด้วย

1) การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy

1.1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การมีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ไต โรคพิษสุราเรื้อรัง มะเร็ง

ไทรอยด์ ผู้ป่วยที่มีประวัติการได้รับยาขับปัสสาวะ Graves's disease ชนิดของการผ่าตัด^{5,11}

1.2) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยการใช้ ASA score มาใช้ในการประเมิน^{12,13}

1.3) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงคือระดับ SBP ≥ 150 mmHg ผู้ที่มีประวัติการได้รับยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น ASA, warfarin และผลการตรวจ INR ≥ 1.4 ผู้ป่วยที่มีขนาดก้อนที่ต่อมไทรอยด์มากกว่า 3 cms^{5,14,15}

2) การป้องกันความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy

2.1) การป้องกันการเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด โดยการให้แคลเซียมชนิดฉีดภายหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง และชนิดรับประทานหลังผ่าตัดรวมกับการให้วิตามินดี การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด thyroidectomy¹⁶

2.2) ยาน้ำเชื้อที่ใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณศีรษะ และคอ กรณีที่ผู้ป่วยมีค่าคะแนน ASA score ≥ 3 ¹⁷

2.3) ระยะเวลาที่ไม่มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด คือ 8 ชั่วโมงแรก และประวัติการใช้ยา เช่น ASA, warfarin เพื่อดูระดับ INR ที่อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถผ่าตัดได้และไม่เกิดความเสี่ยง^{18,19}

3) การจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด และภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด^{16,7}

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้ทราบว่าที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ดังนั้น หลักฐานที่สืบค้นได้ส่วนใหญ่จึงเป็นข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังจากสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว ได้นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (content validity index)

โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทาง หู คอ จมูก 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางโรค หู คอ จมูก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ โรค หู คอ จมูก 1 ท่าน และประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาทดลองใช้ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น ได้ค่า CVI=0.93

ระยะที่ 3 การนำร่างแนวปฏิบัติที่ได้สู่การปฏิบัติ (evidence-observed phase)

ภายหลังจากทำการแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้ทำการยื่นขอทดลองใช้ แนวปฏิบัติ โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และยื่นขอทำการทดลองใช้ แนวปฏิบัติต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น ภายหลังจากผ่านการพิจารณาของ คณะกรรมการแล้ว ได้ทำการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นต่อแพทย์ผู้ทำการรักษาในแผนก โสต สอนาสิก โรงพยาบาลขอนแก่น และทำการประชุมชี้แจงขั้นตอนการทดลองใช้แนวปฏิบัติต่อพยาบาลวิชาชีพภายในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 7 คน และได้ทำการทดลองใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy จำนวน 14 คน ประเมินระดับความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติและประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน และนำผลการประเมินและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ

1.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 9 คน

1.2 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด thyroidectomy ทั้งชนิด subtotal thyroidectomy และ total thyroidectomy จำนวน 14 คน ตั้งแต่วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ

2.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 7 คน ที่ขึ้นปฏิบัติงานเฝ้าไข้ บ่าย ดึก ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา (ยกเว้นหัวหน้าหอ

ผู้ป่วย และผู้พัฒนาแนวปฏิบัติ) โดยพยาบาล 1 คนทดลองใช้ แนวปฏิบัติฯ ในผู้ป่วย 2 ราย

2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy ทั้งชนิด subtotal thyroidectomy และ total thyroidectomy จำนวน 14 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิงยินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ พร้อมทั้งลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สามารถสื่อสาร โดยการพูดได้ตอบเป็นภาษาไทยได้รู้เรื่องสามารถให้ ข้อมูลและสื่อสารได้ดี

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติผู้เชี่ยวชาญได้กล่าวไว้ว่า ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงควรมีการนำร่างแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5 – 10 คนหรือใช้ระยะเวลา 1 – 2 สัปดาห์²⁰ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำร่างแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 14 คน โดยพยาบาล 1 คน ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วย 2 คน เพื่อให้พยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ได้เปรียบเทียบผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วย 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการป้องกันและจัดการอาการ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แบบประเมินความคิดเห็นของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี 1 คน อายุในช่วง 41-50 ปี 5 คน และอีก 1 คนมีอายุมากกว่า 50 ปี ประสิทธิภาพในการทำงานที่หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า อยู่ในช่วง 0-5 ปี 1 คน อยู่ในช่วง ช่วง 5-10 ปี 1 คน และมากกว่า 10 ปี จำนวน 5 คน เป็นเพศชาย 1 คน และ เพศหญิง 6 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระดับความคิดเห็นในการทดลองใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น

การแสดงความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy พบว่าพยาบาลมีความเข้าใจในการใช้นโยบายปฏิบัติคิดว่านโยบายปฏิบัติไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนระดับมากจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 85.72 มีความสะดวกในการนำไปใช้มากที่สุด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 ระดับมาก 2 คน และระดับปานกลาง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 คิดว่านโยบายปฏิบัติที่สร้างขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงระดับมากที่สุด 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายระดับมาก 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 และมีพยาบาล 2 คน ที่คิดว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.57

มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริงระดับมากจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 และระดับความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติพบว่าระดับมากที่สุด 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.85 และระดับมากจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 ตามลำดับ แต่เนื่องจากจำนวนพยาบาลที่ได้ทดลองใช้นโยบายปฏิบัติมีจำนวนน้อย คือ 7 คน (n=7) ดังนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการทดลองใช้นโยบายปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์อาจไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรส่วนมากได้อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าโดยภาพรวมพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy เนื่องจากสามารถป้องกันความเสี่ยงและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จริง

ตาราง 1 ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 14 คน

อายุ	เพศ	การวินิจฉัย	ชนิดการผ่าตัด	ผล ca หลังครบ 24 ชม.	ASA	UD	ระยะเวลาผ่าตัด(ชม)
57	ญ	CA thyroid	total thyroidectomy	8.3	2	DM c HT	2
70	ญ	MNG	total thyroidectomy	9.7	2	DM	3.20
47	ญ	CA thyroid	total thyroidectomy	9.6	1	-	2.50
39	ญ	CA thyroid	total thyroidectomy	9.2	1	-	1.45
62	ญ	MNG	total thyroidectomy	8.2	2	DM c HT	2
28	ญ	CA thyroid	completion thyroidectomy	8.5	1	-	1
71	ญ	CA thyroid	total thyroidectomy	10.4	2	DM	2.25
21	ญ	CA thyroid	completion thyroidectomy	9.4	1	-	1
46	ช	CA thyroid	total thyroidectomy with ND	9.3	2	DM	2
72	ญ	MNG	total thyroidectomy	9.3	2	-	3
70	ญ	CA thyroid	completion thyroidectomy	9.2	2	HT	1.20
48	ญ	MNG	total thyroidectomy	8.4	1	-	2
58	ญ	MNG	total thyroidectomy	8.4	1	-	1.45
42	ญ	MNG	total thyroidectomy	9.1	1	-	2.20

จากตารางพบว่า ช่วงอายุของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยอายุมากที่สุด คือ 72 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุดที่ทำการศึกษา คือ 21 ปี เป็นเพศหญิง 13 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 92.85 การวินิจฉัยโรค เป็นมะเร็งที่ต่อมไทรอยด์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 และอีก 7 คนมีภาวะก้อนโตที่ต่อมไทรอยด์ที่มีจำนวนก้อนมากกว่า 1 ก้อน ชนิดของการผ่าตัด total thyroidectomy จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57 และอีก 3 คน เป็นการผ่าตัด completion thyroidectomy โรคที่พบ คือ โรคเบาหวาน จำนวน 5 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 35.71 และความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน ผลการตรวจระดับแคลเซียมในเลือดหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีระดับแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีค่าคะแนน ASA score อยู่ในช่วง 1-2 คะแนน และระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด อยู่ในช่วง 1-3 ชั่วโมง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ส่วนมากเป็นเพศหญิงคือ 13 รายคิดเป็นร้อยละ 92.85 ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะก้อนโตที่ต่อมไทรอยด์ที่จะมีอัตราสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และมีความสัมพันธ์กับอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 50¹ จากการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมดและได้รับแคลเซียมชนิดฉีดหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งการให้แคลเซียมชนิดฉีดหลังผ่าตัด 3 - 8 ชั่วโมงในผู้ป่วยหลังผ่าตัด total thyroidectomy สามารถลดอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดได้¹⁶ การประเมินเพื่อค้นหาภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำโดยการตรวจด้วย Trousseau's test ในผู้ป่วย 14 คน ตรวจพบ Trousseau 'sign 1 คน โดยผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงอื่นร่วมด้วย ซึ่งการตรวจพบ Trousseau's sign สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่มี hypocalcemia ที่ไม่แสดงอาการได้ถึงร้อยละ 94²¹ และภายหลังแก้ไขภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ติดตามผลของระดับแคลเซียมในเลือด พบว่าระดับแคลเซียมอยู่ที่ 8 mg/dl นอกจากนี้จาก

การสอบถามแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดพบว่า มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่สามารถเก็บต่อมพาราไทรอยด์ไว้ได้ และเป็นการผ่าตัดแบบเอาต่อมไทรอยด์ออกทั้งหมด (completion thyroidectomy) เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมต่ำและลงความเห็นว่าคุณภาพผู้ป่วยน่าจะมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดแน่นอน แต่จากการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่สร้างขึ้นผู้ป่วยรายดังกล่าวไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำเลย แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์คุณภาพสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จริง

ในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดโดยใช้ ASA score ในการประเมินพบว่า ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-2 ไม่พบผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน ASA score ≥ 3 ระหว่างทำการศึกษามีผู้ป่วย 1 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งที่ต่อมไทรอยด์และได้รับการผ่าตัด total thyroidectomy มีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,500 ml และได้เลือดทดแทนระหว่างผ่าตัด 2 ยูนิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ที่มีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากกว่า 560 ml ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด²² แต่จากการทดลองใช้ แนวปฏิบัติฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและให้การป้องกันโดยการให้ยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสม คือ Cefazolin ทำให้ผู้ป่วยรายดังกล่าวไม่พบภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอัตราการไหลของของเหลวหลังผ่าตัดต่อชั่วโมงที่มีอัตราการไหลประมาณ 3.37 ml ในช่วงระยะเวลา 8 ชั่วโมงแรกและลดลงจนไม่มีการออกเพิ่มในชั่วโมงที่ 24 ถึง 40 ชั่วโมง²³ จากการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัด thyroidectomy ที่ส่งกลับมาจากห้องผ่าตัดเพื่อรับการดูแลต่อที่หอผู้ป่วย หู คอ จมูก ทั้ง 14 คน พบว่า ปริมาณของเลือดที่ออกจากแผลในขูดหลังผ่าตัดเมื่อมาถึงที่หอผู้ป่วยจะอยู่ในช่วง 30-40 ml ไม่พบผู้ป่วยที่มีปริมาณเลือดที่ออกจากแผลที่บันทึกได้เมื่อมาถึงเกิน 150 ml ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่ามีภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด²⁴ และในช่วงระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเลือดที่ออกจากแผลลงสู่ขวดระบายจะออกประมาณ 50-70

มิลลิลิตรไม่เกิน 100 มิลลิลิตร และในวันที่ 2 ออกประมาณ 10-30 มิลลิลิตร³ และจากการบันทึกอัตราการไหลของเลือดสู่ขวาระบายทุก 1 ชั่วโมง พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของเลือดประมาณ 5-10 ml และลดลงตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถถอดสายระบายและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปริมาณเลือดที่ออกจากแผลในผู้ป่วยที่ทำการศึกษาน้อยกว่าการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ และระยะเวลาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกที่แผลผ่าตัด คือ 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด¹⁹ แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่สร้างขึ้นสามารถนำมาใช้ในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด thyroidectomy ได้จริง แต่จากการทบทวนเกี่ยวกับอัตราการไหลของเลือดจะลดลงเมื่อระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นอาจปรับลดการประเมินในแนวปฏิบัติที่ทำการบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทุก 1 ชั่วโมงใน 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเป็นประเมินทุก 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 4 ชั่วโมงแรก และประเมินทุก 4 ชั่วโมง ตามการประเมินสัญญาณชีพ เพื่อเป็นการลดภาระงานของพยาบาล

บุคลากร หอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น อัตราค่าจ้างของพยาบาลของหอผู้ป่วย หู คอ จมูก ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 9 คน รวมทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วย มีพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงาน เวร เช้า บ่าย ดึก จำนวน 8 คน รวมทั้งพัฒนาแนวปฏิบัติฯ อัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายในหอผู้ป่วยจะอยู่ที่ 1 : 12 หอผู้ป่วยหู คอ จมูก ไม่ได้ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคทางหู คอ จมูก เพียงอย่างเดียวแต่ยังให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับความพิการแต่กำเนิดในผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และผู้ป่วยที่มีการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณช่องปากและคอร่วมด้วย ซึ่งทำการรักษาโดยแพทย์ศัลยกรรมช่องปากขากรรไกรและใบหน้าและทำการผ่าตัดในช่วงวันพุธ พฤหัสบดี และวันศุกร์และเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy จากสถิติการผ่าตัดของแพทย์ทั้งสองแผนกช่วงเวลาดังกล่าวอยู่ที่ 8-10 ราย โดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy เฉลี่ย 1-2 ราย/วัน จากการสอบถามพยาบาลเพิ่มเติมที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติที่มีความเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการ

นำมาใช้ปานกลางจำนวน 2 ราย พบว่า หากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด thyroidectomy ไม่เพิ่มขึ้นมีความเป็นไปได้ที่จะนำแนวปฏิบัติมาใช้ได้จริง แต่หากมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้ทำให้ต้องเพิ่มภาระงานมากขึ้น อาจส่งผลต่อคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วย จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่ ปัจจัยด้านสมรรถนะของพยาบาล ปัจจัยด้านนโยบายองค์กร และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้บริหาร ส่วนปัจจัยที่มีผลด้านลบ คือ ปัจจัยด้านปัญหาอุปสรรค²⁵ ซึ่งจากอัตราส่วนระหว่างพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่นที่ไม่เหมาะสมถือเป็นปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการให้การพยาบาล ซึ่งคุณภาพของการพยาบาลจะสูงสุดเมื่อปริมาณงานและจำนวนบุคลากรมีความสมดุลกัน²⁶

นอกจากนี้ในส่วนของการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ มีผลทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายหรือไม่ พบว่าพยาบาลจำนวน 2 คน มีระดับความคิดเห็นในระดับปานกลาง จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นว่าการให้ 10% Cal gluconate ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด total thyroidectomy ทุกรายทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นแต่จากการสอบถามราคายาดังกล่าวจากเภสัชกรประจำโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ายา 10% Cal gluconate 1 amp ราคาอยู่ที่ 8.25 บาท และพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามไม่ทราบราคายาที่แท้จริง จึงได้ชี้แจงให้แก่พยาบาลที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลที่ได้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด thyroidectomy ในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น

ข้อเสนอแนะในการศึกษารังนี้

แนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และผ่านการตรวจสอบจาก

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังผ่าตัด thyroidectomy และนำมาให้พยาบาลในหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 7 คน ทดลองใช้ โดยทดลองใช้ในผู้ป่วยจำนวน 14 คน วัตถุประสงค์ของศึกษา คือต้องการวัดความความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้ แนวปฏิบัติ ไม่ได้วัดประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติว่า สามารถป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้หรือไม่ ดังนั้น หากต้องการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับปรุงตามคำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อให้เข้ากับบริบทของหอผู้ป่วย แต่ละที่เพื่อใช้สามารถปฏิบัติได้จริง

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด thyroidectomy โดย นำโมเดลการปฏิบัติการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงของซูกัพ(Soukup,2000) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน แต่ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาถึงขั้นตอนที่ 3 คือ ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ในผู้ป่วย 14 ราย โดยพยาบาล 7 รายที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้เป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการ และวัดผลของแนวปฏิบัติจาก

ความคิดเห็นของพยาบาลในการทดลองใช้แนวปฏิบัติเท่านั้น แต่แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นยังไม่ผ่านการประเมินแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้ Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II (AGREE II) ดังนั้น หากต้องการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติและนำไปใช้ผู้เชี่ยวชาญประเมินแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นก่อนเพื่อให้แนวปฏิบัติมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญบา สมใจจ้อย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดทั้งช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อีกทั้งให้กำลังใจแก่ ผู้ศึกษาตลอดมา และขอขอบคุณ อาจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน ผู้ทรงคุณวุฒิสถาพยาบาล ผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม ผู้ทรงคุณวุฒิสถาพยาบาล ผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แพทย์หญิงสุกัลยา สถาแผ่ยืนยง แพทย์เฉพาะทางโรค หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น นางสาวลัดดาวัลย์ หมั่นแก้ว หัวหน้าหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ต่อผู้ศึกษาและผู้ศึกษารูสึกษา ซึ่งในพระคุณของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ชานนท์ คั่นมณี, ญาดา มุลพิจิตร,ธิปาวัญ จำปาพันธ์, พรหมทิพา เพชรทัต, หทัยทิพย์ ตั้งตระกูล, กนกกรส ไคว้จิระพันธ์, ปัจจัย เกียวพันธ์,เคลเชียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์. วารสารนเรศวรพะเยา. 2559; 9: 9-12.
2. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลขอนแก่น. โรงพยาบาลขอนแก่น; 2558.
3. ศรีสุนทรา เจริมวรพัฒน์. การพยาบาลหู คอ จมูก. 2555.
4. Elfienbein, D. M., Schneider, F. D., Chen, H., & Sippel, R. S. Surgical site infection after thyroidectomy: a rare but significant complication. Journal of surgical research. 2014; 190: 170-176.
5. Christou, N., & Mathonnet, M. Complications after total thyroidectomy. Journal of Visceral Surgery. 2013; 150: 249-256.
6. หอผู้ป่วยหู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น. ข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลหอผู้ป่วย หู คอ จมูก โรงพยาบาลขอนแก่น; 2558.
7. จิราพร ธรรมการจันทร์ศิริ. การคาดคะเนภาวะเกล็ดเลือดต่ำหลังการผ่าตัดไทรอยด์จากภาวะระดับเกล็ดเลือดต่ำหลังการผ่าตัด : preliminary report. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.

8. จันทร์เพ็ญ บัวเพื่อน, ศิริลักษณ์ อนันต์จตุศิริ, กิติวรรณ วิบุลลการ และ โอวดีอ แซ่เซี่ย. การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด. ม.ป.ป; 52-57.
9. Grainger, J., Ahmed, M., Gama, R., Liew, L., Buch, H., Cullen, J. R. Post-thyroidectomy hypocalcemia : Impact on length of stay. ENT-Ear, Nose & Throat Journal. 2015; 97: 276-281.
10. Ambe, C. P., Bromling, S., Knoefel, T. W., & Rehders, A. Prolonged duration of surgery is not a risk factor for postoperative complications in patients undergoing total thyroidectomy: a single center experience in 305 patients. Patient Safety in Surgery. 2014; 8: 1-5.
11. Edafe, O., Antakia, R., Laskar, N., Uttley, L., & Balasubramanian, S. P. Systematic review and meta-analysis of predictors of post-thyroidectomy hypocalcaemia. British Journal of Surgery. 2014; 101: 307-320.
12. นิชา ปิยสุนทราวรณ, ปราณิ เกษะจินดาวัฒน์, กนกวรรณ บุญแสง และเพ็ชรจิตต์ ภูมิสิริกุล. วิธีปฏิบัติใหม่แบบลดการปนเปื้อนในการผ่าตัดเพื่อลดอัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด. Rama Nursing journal. 2010; 16: 109-120.
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Surgical site infection prevention and treatment of surgical site infection. Clinical Guideline. 2008.
14. Chen, E., Cai, Y., Li, Q., Cheng, P., Ni, C., Jin, L., et al. Risk factors target in patients with post-thyroidectomy bleeding. International journal clinical experimental medicine. 2014; 7: 1837-1844.
15. Samona, S., Hagglund, K., & Edhayan, E. Case cohort study of risk factors for post-thyroidectomy hemorrhage. The American Journal of Surgery. 2016; 211: 537-540.
16. Uruno, U., Miyauchi, A., Shimizu, K., Tomoda, C., Takamura, Y., Ito, Y., et al. A Prophylactic Infusion of Calcium Solution Reduces the Risk of Symptomatic Hypocalcemia in Patients after Total Thyroidectomy. World Journal Surgery. 2006; 30: 304-308.
17. สมหวัง คำนชัชจิตร, ศิริวรรณ สิริกวิน, ปรีชา ดันธนาธิป และคณางค์ นาคสวัสดิ์. คู่มือปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. 2550.
18. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. แนวปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. 2554; 9-11.
19. Lee, S. H., Lee, J. B., Kim, W. S., Cha, W. Y., Choi, S. Y., Park, H. Y., et al. Patterns of Post-thyroidectomy Hemorrhage. Clinical and Experimental Otorhinolaryngology. 2009; 2: 72-77.
20. จิตร สิทธิอมร, อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, สงวนสิน รัตนเลิศ และเกียรติศักดิ์ ราชบริรักษ์ (บรรณาธิการ). Clinical Practice Guidelines: การจัดทำและนำไปใช้. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. 2543.
21. Jesus, J. E., & Landry, A. Chvostek's and Trousseau's Signs. The New England Journal of Medicine. 2012; 367: 15.
22. Park, S. Y., Eom, J., s. Kim. M., S. Lee, J., S. & Rho, Y. S. Risk factors and etiology of surgical site infection after radical neck dissection in patients with head and neck cancer. The Korean Journal of Internal Medicine. 2016; 31: 162-169.
23. Amir, I., Morar, P., & Belloso, A. Postoperative drainage in head and neck surgery. Annals of The Royal College of Surgeons of England. 2010; 92: 651-654.
24. Promberger, R., Ott, J., Kober, F., Koppitsch, C., Seemann, R., Freissmuth, M., et al. Risk factors for postoperative bleeding after thyroid surgery. British Journal of Surgery. 2012; 99: 373-379.
25. อดิษฐ์ ศุภการกำจร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติกรพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2550.
26. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดอัตราค่าจ้างทางการแพทย์. 2545.

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

Participation for Reducing the Carbon Footprint in Chaiphum Town Municipality Mueng District, Chaiphum Province.

นลินี พรโสภณ¹, กาญจนา นาทะพินธุ²

nalinee Pornsophon¹, Ganjana Nathapindhu²

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จำนวน 162 คน ดำเนินการศึกษา 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการใช้ไฟฟ้า การใช้ยาน้ำมันเชื้อเพลิง การใช้น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย ทำการศึกษาในเดือน ธันวาคม 2560 – พฤษภาคม 2561 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า หลังดำเนินการมีส่วนร่วมในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ด้วยการทำความเข้าใจกับบุคลากรในองค์กร กำหนดข้อปฏิบัติ มาตรการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ อบรมให้ความรู้ การปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในช่วง 6 เดือน (ธันวาคม 2560 – พฤษภาคม 2561) เมื่อเทียบกับช่วง 6 เดือน ในปีที่ผ่านมา (ธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560) พบว่า กิจกรรมการใช้ยาน้ำมันเชื้อเพลิงลดลง 1,265.28 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 10.02 การใช้น้ำประปาลดลง 344.41 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 28.81 และการจัดการขยะมูลฝอยลดลง 190.85 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 16.56 ในภาพรวมทั้ง 3 กิจกรรม ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 13,173.36 kgCO₂e ลดลง 1,800.20 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 12.02 สำหรับกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า มีค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 45,874.18 kgCO₂e พบว่า ค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น 3,919.64 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 8.54 สาเหตุเนื่องจากช่วงทำการศึกษามีการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และจากการวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม หลังการอบรมให้ความรู้เรื่องการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ พบว่า บุคลากรมีความรู้ระดับสูง ทักษะและพฤติกรรมอยู่ในระดับดีทั้งหมด

คำสำคัญ: คาร์บอนฟุตพริ้นท์, การมีส่วนร่วมของบุคลากร

ABSTRACT

The objective of this action research is to study the participation in the carbon footprint reduction of Chaiphum municipality officers in Chaiphum province. The sample is the officers who are working at the Chaiphum municipality Office. The sample size is 162 sample. There are 4 activities of study process which are the usage of electric activity, the usage of fuel activity, the usage of water supply and waste management activity. The study started from December 2017 to May 2018. We collected both quantitative data and qualitative data. For the result, we found that; after the participation in carbon footprint reduction process, we provide knowledge regarding the process to the officers. We specified the measure of carbon footprint reduction rules. To train and to provide knowledge in 6 months (November 2017 – May 2018), the comparison between the previous year (November 2016 – May 2017) and this study found that the usage of fuel activity has been decreased 1,265.28 kgCO₂e or 10.02%. The usage of water supply activity has been decreased 344.41 kgCO₂e or 28.81% and waste management activity has been decreased 190.85 kgCO₂e or 16.56%. Overall, these 3 activities, the carbon footprint has been decreased 13,173.36 kgCO₂e. It has been decreased 1,800.20 kgCO₂e or 12.02% when we compared to the previous year. For the usage of electric activity, the carbon footprint is 45,874.18 kgCO₂e. We found that it has been increased 3,919.64 kgCO₂e or 8.54% when we compared to the previous year. The cause is the organization's activity has been increased such as overtime work. from cognition, attitude and behavior post-training test found that the officers have a high level of cognition. Further, their attitude and behavior are fine as well.

Key words : Carbon Footprint, participation of officers

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ วิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัย และความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) เป็นปัญหาที่ใหญ่และสำคัญของโลก จากการที่อุณหภูมิของโลกสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเกิดก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse gas) ที่เกิดจากกิจกรรมต่างๆของมนุษย์ ทั้งด้านการใช้พลังงานและทรัพยากรต่างๆ จึงทำให้เกิดปัญหาตามมา ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และส่งผลกระทบต่อพืช และผลกระทบดังกล่าวนับวันมีความรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบขยายเป็นวงกว้าง จากการศึกษาคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (IPCC) รายงานว่า อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มขึ้นประมาณ 0.8 องศาเซลเซียส เมื่อนามาเทียบกับ 100 ปีที่ผ่านมาและคาดการณ์ไว้ในปี พ.ศ. 2643 อุณหภูมิอาจเพิ่มขึ้นอีก 6 องศาเซลเซียส จึงทำให้ประเทศต่างๆทั่วโลกตระหนักและคำนึงถึงความสำคัญของปัญหานี้ (IPCC,2016)

ประเทศไทยได้ลงนามและให้สัตยาบันรณกฤษฎา ระหว่างประเทศทุกฉบับ ทั้งอนุสัญญาว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ในพิธีสารโตเกียว และ ปี พ.ศ. 2558 นายกรัฐมนตรีของประเทศไทย ได้แถลงต่อที่ประชุมรัฐภาคว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ สมัยที่ 21 (COP 21) ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกร้อยละ 20-25 ซึ่งปัจจุบัน ได้มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกประมาณ 350 ล้านตันคาร์บอนไดออกไซด์/ปัญหา จึงกำหนดให้ภาวะโลกร้อนมีความสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ในแผนพัฒนาประเทศ 20 ปี จึงกำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และต่อเนื่องถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยกำหนดให้มีวิธีการลดโลกร้อนด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมไม่ให้ อุณหภูมิโลกเพิ่มขึ้นเกิน 2 องศาเซลเซียส เช่น ให้มีการอนุรักษ์การใช้พลังงาน การใช้พลังงานชีวมวล และวิธีที่สามารถลดได้วิธีหนึ่ง คือ การทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร (CFO) โดยเป็นการประเมินปริมาณก๊าซเรือน

กระจกที่ปล่อยจากกิจกรรมการปฏิบัติงานในหน่วยงาน และทำการคำนวณออกมาในรูปของคาร์บอนไดออกไซด์ เทียบเท่า (CO₂eq) อันจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก ในระดับองค์กร ระดับเมือง ระดับอุตสาหกรรมและระดับประเทศ

สำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ เป็นหน่วยงานท้องถิ่นที่มีหน้าที่ให้บริการประชาชน หลายด้าน เพื่อให้ประชาชนสะดวกและได้รับผลประโยชน์ ในสำนักงานมีทั้งหมด 1 สำนัก 6 กอง 1 หน่วย ในแต่ละวันมีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ เช่น มีการใช้ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมันเชื้อเพลิง การใช้ทรัพยากรต่างๆ และขยะมูลฝอย เนื่องจากมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการทำงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินแก้ไขปัญหการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งให้บุคลากรปียู่ในลำดับที่ 21 รัฐบาลมองเห็นความสำคัญของในสำนักงานเล็งเห็นความสำคัญตลอดจนมีความตระหนักถึงปัญหาภาวะโลกร้อนและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้องค์กรก้าวไปสู่การเป็นเมืองคาร์บอนต่ำ (low-carbon city) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกิจกรรมการปฏิบัติงานที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการปฏิบัติตามข้อปฏิบัติลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

3. เพื่อศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมก่อน และหลังการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

4. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของบุคลากรของสำนักงาน เทศบาลเมืองชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action Research) ศึกษาการให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการลด คาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่มีปล่อยออกมาจากกิจกรรมต่างๆใน สำนักงาน โดยบุคลากรมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรการศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จำนวน 162 คน ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานจ้าง และลูกจ้าง โครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากร ทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ โดยมี เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นบุคลากรทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มี อายุ 18 ปี ขึ้นไป เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการปล่อยคาร์บอน ฟุตพริ้นท์และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับ บุคลากรในหน่วยงานที่มีลักษณะการปฏิบัติงานใกล้เคียง กัน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability)ในเรื่อง เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ใช้ KR-20 ส่วนทัศนคติลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ใช้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) มีค่า ความเชื่อมั่นเรื่องความรู้เท่ากับ 0.74 ทัศนคติเท่ากับ 0.71 แบ่งเครื่องมือในการศึกษาเป็น 3 แบบ

1. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 การศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2. กระบวนการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมในขั้นตอน ดังนี้ประชุมตัวแทนแต่ละกอง จำนวน 6 กอง 1 สำนัก 1 หน่วย ร่วมกันค้นหากิจกรรมที่ทำให้เกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์และวางแผนหาแนวทางลดการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ในสำนักงาน ดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินงานและ ติดตาม ประเมินผล

3. บันทึกการเก็บข้อมูลกิจกรรมที่ทำให้เกิดคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ตามแบบบันทึกข้อมูลการใช้ไฟฟ้า การใช้ น้ำประปา การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง และการจัดการขยะมูล ฝอยแต่ละเดือนของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

การบันทึกการเก็บข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูลในการดำเนินงานทั้ง 4 กิจกรรม ใน เดือนธันวาคม 2560 – เดือนพฤษภาคม 2561 ดังนี้

1. กิจกรรมการใช้พลังงานไฟฟ้า เก็บข้อมูลเป็นราย เดือน โดยได้ข้อมูลจากรายงานประจำเดือนของงานไฟฟ้า สาธารณะ กองช่าง มีหน่วยเป็นกิโลวัตต์

2. กิจกรรมการใช้น้ำประปา เก็บข้อมูลรายเดือน โดยได้ข้อมูลจากใบเสร็จค่าน้ำ ประปาของเทศบาล จาก สำนักปลัดเทศบาล มีหน่วยเป็นลูกบาศก์เมตร

3. กิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย เก็บข้อมูลเป็น รายเดือน โดยได้ข้อมูลจากรายงานของงานอนามัย สิ่งแวดล้อม กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมีหน่วยเป็น กิโลกรัม

4. ทำกิจกรรมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง เก็บข้อมูลเป็น รายเดือน โดยได้ข้อมูลจากรายงานของงานตรวจสอบ ภายใน มีหน่วยเป็นลิตร

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขออนุญาตผู้บริหารเทศบาลเมืองชัยภูมิดำเนิน การศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากร

2. ศึกษาสภาพทั่วไปของสำนักงานเทศบาลเมือง ชัยภูมิ ได้แก่ วัสดุใช้ไฟฟ้า จำนวนรถยนต์ที่ใช้ใน สำนักงาน การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง เป็นต้น

3. เก็บรวบรวมข้อมูล สถิติ ปริมาณการใช้พลังงาน และปริมาณขยะภายในอาคารสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2560 และคำนวณการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

4. ประสานตัวแทนแต่ละส่วน ชี้แจงและทำความเข้าใจ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับ

5. ขออนุญาตบุคลากรตอบแบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ก่อนการอบรมให้ความรู้

6. ประชุมตัวแทนแต่ละกองที่ปฏิบัติงานในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิให้มีส่วนร่วม เพื่อนำเสนอปัญหา สาเหตุ ร่วมวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยมีการกำหนดเป็นนโยบายจากผู้บริหาร กำหนดข้อปฏิบัติ มาตรการลดการใช้พลังงานและทรัพยากร มีการดำเนินกิจกรรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ พร้อมกับติดตามและประเมินผล

7. จัดอบรมให้ความรู้ โดยมีหัวข้อความรู้เรื่องโลกร้อนปรากฏการณ์เรือนกระจก ความรู้เรื่องคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และวิธีการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

8. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและผู้รับผิดชอบ การปฏิบัติตามมาตรการประหยัดพลังงานและทรัพยากร

9. ขออนุญาตบุคลากรตอบแบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมหลังการอบรม

10. ตัวแทนแต่ละกองและคณะทำงานดำเนินการ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็น

ประจำ

11. เก็บข้อมูลปริมาณการใช้พลังงาน และการเกิดขยะมูลฝอย โดยนำมาคำนวณหาปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์

12. นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์

13. สรุปผลการศึกษา ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ข้อมูลปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทำการคำนวณออกมาในรูปคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสมการ (อบก, 2554) ดังนี้

ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ =

ข้อมูลกิจกรรม × ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ข้อมูลกิจกรรม (Activity Data) คือ ปริมาณการใช้พลังงานหรือปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่เกิดขึ้นจากกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

ค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Emission Factor) คือ ค่าสัมประสิทธิ์ซึ่งคำนวณได้จากปริมาณการปล่อยและการดูดกลับก๊าซเรือนกระจกต่อหนึ่งหน่วยกิจกรรม

2. การประมวลผลข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลบุคลากรมีส่วนร่วมลดการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ในกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง การใช้น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย โดยการนำข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นค่าของคาร์บอนฟุตพริ้นท์ มีหน่วยเป็นคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (CO₂e) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ

2. ข้อมูลปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 6 เดือน ช่วงเดือนธันวาคม 2560-พฤษภาคม 2561 เปรียบเทียบกับในช่วงเดือนธันวาคม 2559-พฤษภาคม 2560 โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ และร้อยละ

3. ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

จริยธรรมในการวิจัย

ไม่ต้องขอรับรองจริยธรรมการวิจัย เนื่องจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ใน ม นุ ช ย มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณาว่าเป็นโครงการที่เข้าข่ายไม่ต้องขอรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 1877/2559 ข้อ 2.3 แต่

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยก็ได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมวิจัย ซึ่งคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลลบต่อผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาโดยมิได้เจตนา ดังนั้น เพื่อให้การทำวิจัยในครั้งนี้เป็นไป

อย่างสมบูรณ์ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางการวิจัยด้านจริยธรรมในการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

เทศบาลเมืองชัยภูมิ เป็นเทศบาลขนาด อาคารสำนักงาน เทศบาลเมืองชัยภูมิ ซึ่งเป็นตึกอาคาร 3 ชั้น มีพื้นที่ 2,848 ตารางเมตร มีห้องปฏิบัติงานทั้งหมด จำนวน 12 ห้อง มีห้องประชุม จำนวน 3 ห้อง และมีอุปกรณ์ที่มีการใช้ไฟฟ้า ได้แก่ เครื่องปรับอากาศ จำนวน 65 เครื่อง คอมพิวเตอร์ จำนวน 70 ตัว หลอดไฟขนาด 36 W จำนวน 537 หลอด เป็นต้น และมีรถยนต์ที่ใช้เฉพาะกิจกรรมสำนักงาน จำนวน 7 คัน ในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษาเฉพาะบุคลากรปฏิบัติงานในอาคารสำนักงาน เทศบาลเมืองชัยภูมิและกิจกรรมของการปฏิบัติงานในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

สถานการณ์การปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

เทศบาลเมืองชัยภูมิมีข้อมูลการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนดำเนินการมีส่วนร่วมลดใน 4 กิจกรรม ในช่วง 6 เดือน ปี 2560 (เดือนธันวาคม 2559-พฤษภาคม 2560) พบว่า มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของแต่ละกิจกรรมในช่วงโดยรวม 4 กิจกรรม มีปริมาณ ทั้งหมด 60,847.79 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (kgCO_2e) โดยแยกเป็นกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า จำนวน 75,290 หน่วย มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 45,874.18 kgCO_2e กิจกรรมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง จำนวน 4,601 ลิตร มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 12,627.91 kgCO_2e กิจกรรมการใช้น้ำประปา จำนวน 1,697 ลูกบาศก์เมตร การปล่อย

คาร์บอนฟุตพริ้นท์ 1,195.17 kgCO_2e และกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 507 กิโลกรัม มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 1,150.48 kgCO_2e

กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร

ในปีงบประมาณ 2560 มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมตัวแทนแต่ละกองเสนอปัญหา สาเหตุการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกิจกรรมการปฏิบัติงาน และสรุปว่า ควรที่จะมีการลดกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ กิจกรรมการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง การใช้

น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย

2. ตัวแทนแต่ละกองวางแผนการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง และการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วม และได้มีข้อปฏิบัติ ลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และจัดทำกิจกรรมเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติร่วมกัน

3. ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วม โดยมีการดำเนินกิจกรรมหลังการมีส่วนร่วม ดังนี้

3.1 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

ดำเนินการให้ความรู้บุคลากรปฏิบัติตามข้อปฏิบัติ มาตรการ ลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์จากกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง การใช้น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย และอบรมให้ความรู้เรื่องโลกร้อนและปรากฏการณ์เรือนกระจก ความรู้เรื่องคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และข้อปฏิบัติลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ในวันที่ 18 ธันวาคม 2560 โดยมีการอบรมช่วงเช้า 2 ชั่วโมง (เวลา 09.00-11.00 น.) และช่วงบ่าย 2 ชั่วโมง (เวลา 13.30-15.30 น.) จัดแบ่งเป็น 2 ช่วงในเนื้อหาอบรมเหมือนกัน มีผู้เข้าอบรมร้อยละ 100

3.2.กิจกรรมการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

โดยมีแผนระยะสั้นตามข้อปฏิบัติลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ให้ทุกกองปฏิบัติตาม ในช่วงเดือนธันวาคม 2560-พฤษภาคม 2561 ดังนี้

1) กิจกรรมการใช้ไฟฟ้า

เครื่องปรับอากาศ ตั้งอุณหภูมิไว้ที่ 25°C และ เปิดเครื่องปรับอากาศระหว่างเวลา 09.30-11.30 น. และเวลา 13.00-16.00น.และปิดพักช่วงเวลา 12.00-13.00 น. มีการดูแลเครื่องปรับอากาศตามระยะเวลา ป้องกันความร้อนเข้าสู่อาคารโดยการปิดม่านมู่ลี่ ถ้าหากมีการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการเปิดเครื่องปรับอากาศตามความจำเป็น

แสงสว่าง เปิด-ปิดไฟฟ้าแสงสว่างช่วงเวลาหยุดพักกลางวัน (12.00-13.00 น.) และ ปิดสวิตช์ไฟทุกครั้งเมื่อเลิกใช้งาน ทำความสะอาดเพดาน หลอดไฟ และ โคม ไฟอย่างสม่ำเสมอ ใช้แสงธรรมชาติแทนการเปิดไฟ ในบริเวณที่ไม่ต้องใช้แสงสว่างมาก เช่น ทางเดิน

เครื่องคอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์ (Printer) ปิดจอคอมพิวเตอร์เมื่อไม่มีการใช้งานเกิน 15 นาที โดยให้ตั้งเวลาปิดหน้าจออัตโนมัติ

โทรศัพท์/กระดิกน้ำร้อน/เครื่องใช้ไฟฟ้าอื่นๆ ปิดและถอดปลั๊กเมื่อไม่มีการใช้งาน

2) กิจกรรมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง จัดทำทะเบียนคุมการใช้รถยนต์และสถิติการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของรถยนต์แต่ละคันทุกเดือน จัดระเบียบการใช้รถในการจัดส่งเอกสารกรณีไม่เร่งด่วนให้ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ เร่งด่วนให้ใช้ E-Mail หรือโทรสาร (Fax) กำหนดเส้นทางและวางแผนการเดินทางก่อนทุกครั้งและไปในเส้นทางเดียวกันให้ไปพร้อมกัน เช็ครถยนต์ และบำรุงรักษารถยนต์ให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งานเสมอตามรอบการซ่อมบำรุง

3) กิจกรรมการใช้น้ำประปา พบเห็นอุปกรณ์ระบบน้ำประปาชำรุดแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อซ่อมบำรุงทันที รวบรวมเศษอาหารและนำไปกำจัดถูกวิธีเพื่อป้องกันการอุดตันของท่อน้ำ ใช้น้ำประปาอย่างประหยัด และใช้น้ำจากการล้างชำระล้างเพื่อรดน้ำต้นไม้แทนการใช้น้ำประปาโดยตรง

4) การจัดการขยะมูลฝอย

ให้มีการคัดแยก และลดปริมาณขยะ และมีการนำขยะไปใช้ ประโยชน์ด้วยการใช้หลัก 3R ดังนี้ Reduce คือ การใช้น้อยหรือลดการใช้ Reuse การใช้ซ้ำผลิตภัณฑ์สิ่งของต่างๆ และ Recycle การคัดแยกและรวบรวมวัสดุ

เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการผลิตใหม่ และจัดทำระเบียบการใช้ห้องประชุมโดยให้ประหยัดพลังงานไฟฟ้า น้ำประปา และใช้วัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และลดปริมาณขยะ

แผนระยะยาวในการลดคาร์บอนฟุต

พริ้นท์

1.กิจกรรมการใช้ไฟฟ้า มีการวางแผนเปลี่ยนหลอดไฟเป็นแบบหลอดประหยัดพลังงาน เช่น หลอดไฟ LED

2.กิจกรรมการใช้น้ำประปา มีการวางแผนเปลี่ยนหัวก๊อกน้ำเป็นแบบประหยัดน้ำ

3.3. กิจกรรมการรณรงค์ ส่งเสริม การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม ลดปริมาณขยะ

ในสำนักงานมีการใช้วัสดุที่ไม่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น โฟม กระจกพลาสติก และบุคลากรชอบดื่มเครื่องดื่ม กาแฟ จากร้านขายเครื่องดื่ม จึงทำให้มีแก้วน้ำเข้ามาสำนักงานเพิ่มขึ้น จึงดำเนินกิจกรรมลดปริมาณขยะ ดังนี้ รณรงค์ลดการใช้พลาสติก โฟม ด้วยการให้ใช้แก้วน้ำส่วนตัวและได้จัดทำบันทึกข้อตกลงกับร้านขายเครื่องดื่ม กาแฟ หากนำแก้วน้ำส่วนตัวไปซื้อที่ร้านมีส่วนลดราคา และรณรงค์ใช้ถุงผ้า ปิ่นโต แทนถุงพลาสติก

4. ติดตาม ตรวจสอบ การดำเนินกิจกรรม โดยมีตัวแทนผู้ประสานงาน โดยผู้อำนวยการแต่ละกอง/งาน เป็นผู้ตรวจสอบเป็นประจำทุกวัน และมีคณะกรรมการตรวจสอบเป็นประจำวันตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทุก สัปดาห์ การตรวจสอบจากตัวแทนแต่ละกอง/งาน และจากการสังเกต พบว่า ในช่วงทำการศึกษาเดือนธันวาคม 2560 – พฤษภาคม 2561 บุคลากรมีการปฏิบัติตามข้อปฏิบัติลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ในกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า การใช้ น้ำประปา การใช้น้ำมันเชื้อเพลิง และการจัดการขยะมูลฝอย อย่างเคร่งครัด

ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์หลังการมีส่วนร่วมของบุคลากร สำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

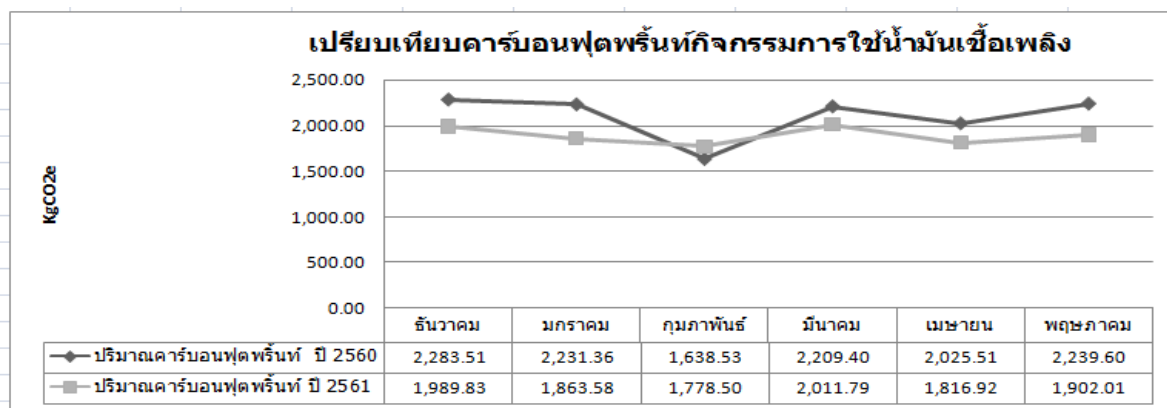
จากข้อมูลการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์หลังมีส่วนร่วมของบุคลากรสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ ในช่วง 6 เดือน ปี 2561 (เดือนธันวาคม 2560 – พฤษภาคม 2561) พบว่า มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของแต่ละกิจกรรม โดยรวม 4 กิจกรรม มีปริมาณทั้งหมด 62,967.19 kgCO₂e

แยกเป็นกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า จำนวน 81,723 หน่วย มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 49,793.78 kgCO₂e กิจกรรมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง จำนวน 4,140 ลิตร มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 11,362.63 kgCO₂e กิจกรรมการใช้น้ำประปา จำนวน 1,208 ลูกบาศก์เมตร และการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 850.78 kgCO₂e และกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 422 กิโลกรัม มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 959.95 kgCO₂

เปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของบุคลากรของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

จากการเปรียบเทียบการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 3 กิจกรรม ในช่วง 6 เดือน (ธันวาคม 2560 - พฤษภาคม 2561) เทียบกับในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ธันวาคม 2559-พฤษภาคม 2560) พบว่า การปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ลดลง 1,800.20 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 12.02 ได้แก่ จากการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง ลดลง 1,265.28 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 10.02 ดังตารางที่ 1

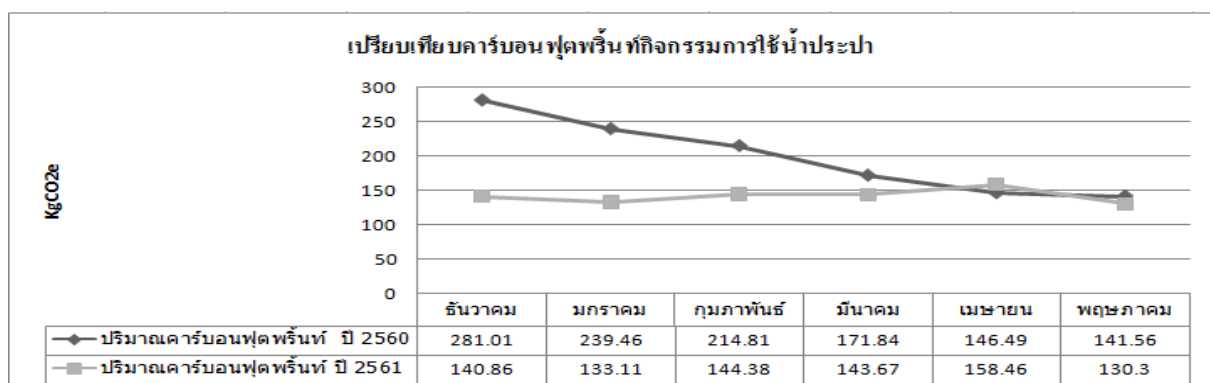
ภาพที่ 1 เปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงก่อนและหลังการมีส่วนร่วมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์



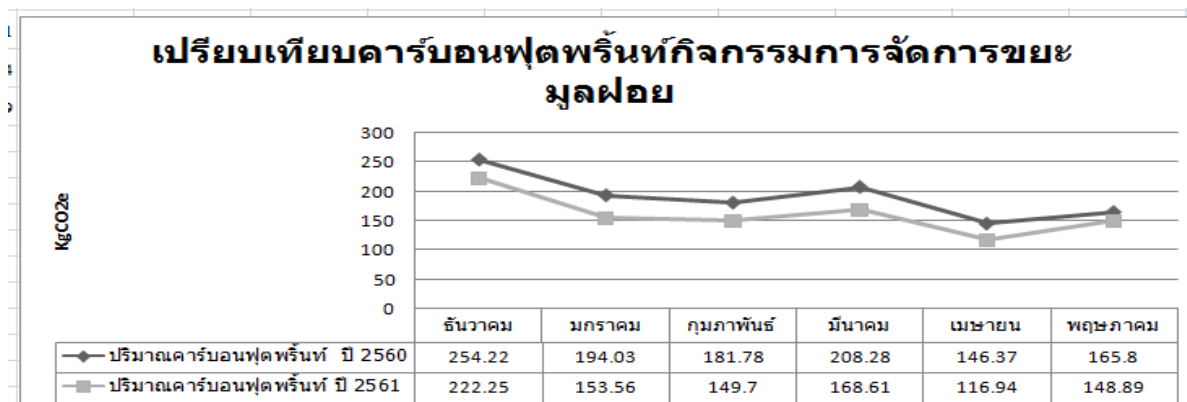
กิจกรรมการใช้น้ำประปา ลดลง 344.41 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 28.81 แต่ในเดือนเมษายน 2561 จะมีปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากกว่าเดือนเมษายน 2560 เนื่องจากมีการใช้ห้องประชุม เพื่ออบรมจำนวน 10 วัน ผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 645 คน

เมื่อเทียบกับเดือนเมษายน 2560 ไม่มีการใช้ห้องประชุมในการอบรม ดังตารางที่ 2 และกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ลดลง 190.85kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 16.56 ดังตารางที่ 3

ภาพที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้น้ำประปาก่อนและหลังการมีส่วนร่วมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์



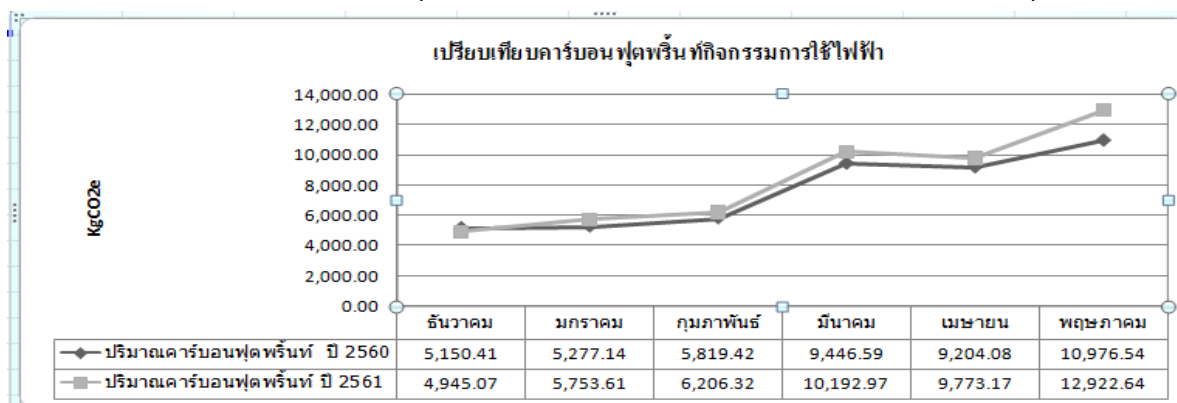
ภาพที่ 3 เปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์การจัดการขยะมูลฝอยก่อนและหลังการมีส่วนร่วมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์



สำหรับกิจกรรมการใช้ไฟฟ้ามีปริมาณ เพิ่มขึ้น 3,919.64 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 8.54 เนื่องจาก มีการกิจเพิ่มขึ้น ได้แก่ การทำข้อมูลเข้าระบบ e-LAAS จึงทำงานนอกเวลาราชการ พร้อมกับได้จัดเตรียมเอกสารประกอบการ

ประเมินโครงการต่างๆ และได้มีการใช้ห้องประชุมจัดการประชุม อบรรม ในเดือน มกราคม -พฤษภาคม 2561 มากกว่าในปีที่ผ่านมา ส่งผลทำให้มีการใช้ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น ดังตารางที่ 4

ภาพที่ 4 เปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์การใช้ไฟฟ้าก่อนและหลังการมีส่วนร่วมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์



ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคลากรก่อนและหลังการอบรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของบุคลากรของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ

มีการแบ่งตามเกณฑ์ช่วงคะแนนตามแนวคิดของ (BOOM,1968)

1.ความรู้ก่อนและหลังการอบรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ผลการศึกษาก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ พบว่า มีความรู้

เกี่ยวกับการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนการอบรมระดับปานกลาง และหลังการอบรมมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 51.9 และ ร้อยละ 100 ตาม ลำดับค่าเฉลี่ย เท่ากับ 10.54 และ 14.38 ตามลำดับ ค่า S.D. เท่ากับ 2.54 และ 0.864 ตามลำดับ ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 15 และ 15 ตามลำดับ และ ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 6 และ 11

2.ทัศนคติก่อนและหลังอบรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ผลการศึกษา ก่อนการอบรมให้ความรู้ พบว่า บุคลากรมีทัศนคติเกี่ยวกับการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 และหลังการอบรมและมีส่วนร่วม มีทัศนคติระดับดี ร้อยละ 100 และก่อนและหลังการอบรม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 44.86 และ 55.58 ตามลำดับ ค่า S.D. เท่ากับ 7.86 และ 2.55 ตามลำดับ ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 60 และ 60 ตามลำดับ และค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 33 และ 49 ตามลำดับ

3. พฤติกรรมก่อนและหลังอบรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

ผลการศึกษา ก่อนการอบรมให้ความรู้ พบว่า บุคลากรในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ระดับน้อย ร้อยละ 61.7 และหลังการอบรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ที่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังอบรม เท่ากับ 34.62 และ 53.38 ตามลำดับ ค่า S.D. เท่ากับ 6.95 และ 2.07 ตามลำดับ ค่าคะแนนสูงสุด เท่ากับ 54 และ 60 ตามลำดับ และ ค่าคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 24 และ 48 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ การดำเนินการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

1. การใช้ไฟฟ้า พบว่า ปริมาณการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ไฟฟ้า รูปแบบการลดการใช้พลังงานไฟฟ้ามีแผนระยะสั้นได้มุ่งเน้นถึงมาตรการข้อปฏิบัติ ประหยัดไฟฟ้า โดยให้ทุกคนในสำนักงานมีส่วนร่วม จึงทำให้มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงในเดือนแรก และอีก 5 เดือนหลัง มีการใช้พลังงานไฟฟ้าเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีภาระงานเร่งด่วนต้องเร่งดำเนินการ จึงมีการทำงานนอกเวลาราชการของพนักงานเจ้าหน้าที่ และการใช้ห้องประชุมในการอบรมเพิ่มขึ้น แต่ก็ได้มีแผนระยะยาว ได้มีการวางแผนเปลี่ยนหลอดไฟแบบประหยัดพลังงาน เช่น หลอด LED

2. การใช้พลังงานเชื้อเพลิง เมื่อบุคลากรต้องมีการปฏิบัติการควบคุมการใช้รถยนต์ วางแผนการเดินทาง ดูแลรักษารถยนต์ตามระยะเวลาและใช้เท่าที่จำเป็น ทำให้มีการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลงและประหยัดค่าใช้จ่าย

แต่ก็มีรถบางคันที่มีการใช้น้ำมันเพิ่มขึ้นในบางเดือน เนื่องจากต้องใช้เดินทางไปราชการต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด

3. การใช้น้ำประปา แผนระยะสั้น เมื่อมีการใช้ข้อปฏิบัติมาตรการประหยัดการใช้น้ำอย่างเหมาะสม มีการใช้น้ำอย่างคุ้มค่า ใช้น้อย ใช้เท่าที่จำเป็น และนำน้ำที่เหลือจากการใช้ไปใช้ประโยชน์ จึงทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลง และประหยัดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้บางเดือนที่ปริมาณการใช้น้ำประปาเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการประชุมอบรม ใช้ห้องประชุมของสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ แต่แผนระยะยาวมีแผนการเปลี่ยนหัวก๊อกน้ำเป็นแบบประหยัดน้ำจะสามารถช่วยลดปริมาณการใช้น้ำได้มากกว่าเดิม

4. การจัดการขยะมูลฝอย เมื่อมีการจัดการขยะแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม มีการดำเนินกิจกรรมสำนักงานไว้ถึง โดยการคัดแยกขยะจากแหล่งกำเนิด และนำไปใช้ประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมลดปริมาณขยะเข้าสำนักงาน โดยการรณรงค์ใช้แก้วน้ำส่วนตัว และได้ทำบันทึกข้อตกลงกับร้านขายเครื่องดื่ม กาแฟ หากนำแก้วน้ำส่วนตัวไปซื้อมีส่วนลดราคาเริ่มแรกมีร้านขายเครื่องดื่ม กาแฟ จำนวน 5 ร้าน ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน พร้อมกับรณรงค์ใช้ถุงผ้า ปิ่นโต แทนการใช้ถุงพลาสติก และงดใช้โฟมเข้าสำนักงาน ทำให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์มีปริมาณลดลง

การมีส่วนร่วมของบุคลากรลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ มีการลดแต่ละกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทุกคนในหน่วยงานให้ความร่วมมือ และผู้บริหารให้การสนับสนุน กำหนดนโยบายชัดเจนและประกาศให้ทุกคนได้รับทราบ ผู้บริหารระดับสูงต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการลดการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในองค์กร พร้อมกับมีการดำเนินการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนของแต่ละกอง/งานเห็นความสำคัญและส่งผลให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ แต่ก็มีแผนระยะยาวโดยการเปลี่ยนหลอดไฟฟ้าเป็นแบบประหยัดพลังงาน เช่นหลอด LED พร้อมกับบุคลากรมีการ

ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติประหยัดพลังงานอย่างเคร่งครัดและไม่มีกิจกรรมการใช้ไฟฟ้าเพิ่ม จะส่งผลให้ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ลดลง

สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ก่อนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ก่อนการศึกษามีการมีส่วนร่วมของบุคลากรลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ ปริมาณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในช่วงเวลา 6 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560 ทั้ง 4 กิจกรรม มีการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ จำนวน 60,847.74 กิโลกรัม คาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่า (kgCO_2e) จากกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า จำนวน 45,874.18 kgCO_2e จากกิจกรรมการใช้พลังงานเชื้อเพลิง จำนวน 12,627.91 kgCO_2e จากกิจกรรมการใช้น้ำประปา จำนวน 1,195.17 kgCO_2e จากกิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน 1,150.48 kgCO_2e

กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ประชุมตัวแทนแต่ละกอง ร่วมวางแผน หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา โดยให้บุคลากรได้ตัดสินใจและร่วมวางแผนด้วยกัน และปรับปรุง ทบทวนนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม และให้ผู้บริหารประกาศให้ทุกคนรับทราบ พร้อมกับจัดทำแผนระยะสั้นโดยการกำหนดข้อปฏิบัติมาตรการลดปริมาณการใช้พลังงานและทรัพยากร มีการอบรมให้ความรู้เรื่องก๊าซเรือนกระจก คาร์บอนฟุตพริ้นท์ และแนวทางลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และแผนระยะยาวใช้งบประมาณในการดำเนินการ ต้องตั้งงบประมาณไว้ดำเนินการ ได้แก่ การเปลี่ยนหลอดไฟเป็นแบบประหยัดพลังงาน เช่น หลอด LED การเปลี่ยนหัวก๊อกน้ำเป็นแบบประหยัดน้ำ พร้อมกับมีการติดตามตรวจสอบจากตัวแทนแต่ละกองได้แก่ผู้อำนวยการกองหรือหัวหน้างาน ผู้จัดทำโครงการเป็นประจำทุกสัปดาห์ และมีการติดตามผลการดำเนินงานโดยผู้บริหารทุกเดือน สรุปกิจกรรมที่

ต้องดำเนินการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมการใช้พลังงานไฟฟ้า

เครื่องปรับอากาศ ตั้งอุณหภูมิไว้ที่ 25°C และเปิดเครื่องปรับอากาศระหว่างเวลา 09.30-11.30 น. และเวลา 13.00-16.00 น. และปิดพักช่วงเวลา 12.00-13.00 น. ดูแลเครื่องปรับอากาศตามระยะเวลา ป้องกันความร้อนเข้าสู่อาคาร โดยการปิดม่านมู่ลี่และหากมีการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการเปิดเครื่องปรับอากาศตามความจำเป็น

แสงสว่าง เปิด-ปิดไฟฟ้าแสงสว่างช่วงเวลาหยุดพักกลางวัน (12.00-13.00 น.) และ ปิดสวิตช์ไฟทุกครั้งเมื่อเลิกใช้งาน ทำความสะอาดเพดาน หลอดไฟ และโคมไฟอย่างสม่ำเสมอ และใช้แสงธรรมชาติแทนการเปิดไฟในบริเวณที่ไม่ต้องใช้แสงสว่างมาก เช่น ทางเดิน

เครื่องคอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์ (Printer)

ปิดจอคอมพิวเตอร์เมื่อไม่มีการใช้งานเกิน 15 นาที โดยให้ตั้งเวลาปิดหน้าจออัตโนมัติและปิดสวิตช์คอมพิวเตอร์และเครื่องพิมพ์เมื่อเลิกใช้

โทรทัศน์/กระดิกน้ำร้อน/เครื่องใช้ ไฟฟ้าอื่นๆ ปิดและถอดปลั๊กเมื่อไม่มีการใช้งาน

2. กิจกรรมการใช้น้ำมันเชื้อเพลิง จัดทำทะเบียน

คุมการใช้รถยนต์และสถิติการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของรถยนต์แต่ละคันทุกเดือน จัดระเบียบการใช้รถในการจัดส่งเอกสาร กรณีไม่เร่งด่วนให้ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ถ้าเร่งด่วนให้ใช้ E-Mail หรือโทรสาร (Fax) กำหนดเส้นทางและวางแผนการเดินทางก่อนทุกครั้งและเส้นทางเดียวกันให้ไปพร้อมกัน และเช็คเครื่องยนต์และบำรุงรักษารถยนต์ให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งาน

3. กิจกรรมการใช้น้ำประปา พบเห็นอุปกรณ์

ระบบน้ำประปาชำรุดหรือเกิดรอยรั่วให้แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อซ่อมบำรุงทันที มีการรวบรวมเศษอาหารและนำไปกำจัดถูกวิธี ใช้น้ำ ประปาอย่างประหยัด ปิดก๊อกน้ำในช่วงที่ล้างภาชนะฟอกสบู่ที่มีมือหรือแปรงฟัน และ ใช้น้ำจากการล้างชำระล้างเพื่อรดน้ำต้นไม้แทนการใช้น้ำประปาโดยตรง

4. กิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ลดปริมาณ

ขยะโดยการดำเนินกิจกรรมรณรงค์การใช้พลาสติก โฟม ด้วยการรณรงค์การใช้แก้วน้ำส่วนตัวและได้จัดทำ บันทึกรายชื่อของร้านขายเครื่องดื่ม กาแฟ หากนำแก้วน้ำ ส่วนตัวไปซื้อที่ร้านมีส่วนลดราคา ในช่วงแรกมีร้าน ทำ บันทึกรายชื่อของร้าน จำนวน 5 ร้าน ทำระเบียบการใช้ห้อง ประชุมโดยให้ประหยัดพลังงานไฟฟ้า น้ำประปา และใช้ วัสดุที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และลดปริมาณขยะ กิจกรรมสำนักงานไร้งัง โดยดำเนินการคัดแยก และลด ปริมาณขยะ และมีการนำขยะไปใช้ ประโยชน์ด้วยการใช้ หลักรับ 3R ดังนี้ **Reduce** คือ การใช้ให้น้อยหรือลดการใช้ **Reuse** การใช้ซ้ำผลิตภัณฑ์สิ่งของต่างๆ **Recycle** การคัด แยกและรวบรวมวัสดุเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการผลิตใหม่

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อนและหลัง อบรมลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

พบว่า ความรู้ก่อนการอบรมให้ความรู้ลดคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 ก่อนการอบรม มีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ คือ บุคลากรไม่มีความรู้เรื่องก๊าซเรือนกระจกและคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ ดังนั้น ควรมีการอบรมให้บุคลากรมีความรู้เรื่อง ก๊าซเรือนกระจกและคาร์บอนฟุตพริ้นท์ หลังการอบรม บุคลากรมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 100 ทักษะก่อนการ อบรมให้ความรู้ลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ส่วนใหญ่มีทักษะ ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 หลังการอบรมมีความรู้ระดับ ดี ร้อยละ 100 พฤติกรรมก่อนการอบรมให้ความรู้ลด คาร์บอนฟุตพริ้นท์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับน้อย ร้อย ละ 61.7 หลังการอบรมมีพฤติกรรมระดับดี ร้อยละ 100 ซึ่งเห็นว่าหลังการอบรมบุคลากรมีความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ดีขึ้น และหลังการอบรม มีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในกิจกรรมการใช้แก้วน้ำส่วนตัวไปซื้อ เครื่องดื่ม กาแฟ บางครั้งไม่สะดวกนำไปซื้อที่ร้าน และจะ ให้เกิดความยั่งยืนควรมีการติดตามการดำเนินกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง

ผลการเปรียบเทียบปริมาณคาร์บอนฟุต พริ้นท์ก่อนและหลังมีส่วนร่วมลดคาร์บอนฟุต พริ้นท์

พบว่า การปล่อยค่าคาร์บอนฟุตพริ้นท์ จาก 3 กิจกรรม ในช่วงเดือน 6 เดือน (ธันวาคม 2560 – พฤษภาคม 2561) เทียบกับในช่วง 6 เดือน (ธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560) ในภาพรวมปริมาณคาร์บอน ฟุตพริ้นท์ลดลง 1,800.20 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 12.02 ได้แก่ จากกิจกรรมการใช้พลังงานเชื้อเพลิง ลดลง 1,265.28 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 10.02 กิจกรรมการใช้ น้ำประปา ลดลง 344.41 kgCO₂e คิดเป็นร้อยละ 28.81 กิจกรรมการจัดการขยะมูลฝอย ลดลง 190.85 kgCO₂e คิด เป็นร้อยละ 16.56 สำหรับการปล่อยค่าคาร์บอนฟุตพ ริ้นท์ในกิจกรรมการใช้ไฟฟ้า ในช่วงเดือน 6 เดือน (ธันวาคม 2560 – พฤษภาคม 2561) เพิ่มขึ้นจากในช่วง 6 เดือน (ธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560) 3,919.64 kgCO₂e คิดเป็น ร้อยละ 8.54 มี

ปริมาณการปล่อยคาร์บอนฟุตพริ้นท์มากกว่าเดิม ซึ่งมีการ ลดปริมาณการใช้ได้ในเดือนแรก แต่เดือนที่ 2-5 มีปริมาณ การใช้เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการใช้เพิ่มขึ้นกว่าเดิม โดยมี หน่วยงานที่ใช้ไฟฟ้า

ปริมาณเพิ่มขึ้น ได้แก่ สำนักปลัด กอสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม และกองคลัง

ข้อเสนอแนะ

จากการที่จะนำผลการไปใช้ การดำเนินลดคาร์บอน ฟุตพริ้นท์จะเห็นผลชัดเจนเมื่อมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง พร้อมกับมีการเปลี่ยนอุปกรณ์ พร้อมกับหาพลังงาน ทางเลือกด้วยการใช้พลังงานทดแทน เพราะบางกิจกรรม ในการปฏิบัติงานจะควบคุมได้ยาก และ ควรใช้สำหรับ หน่วยงานที่มีลักษณะการปฏิบัติงานคล้ายคลึงกัน ซึ่ง สามารถนำกิจกรรมที่ได้ทำการศึกษาไปประยุกต์ใช้ได้ ใน ส่วนที่ไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและส่งผลกระทบ ของหน่วยงาน การศึกษารั้งต่อไป ควรมีการศึกษาให้ ครอบคลุมทุกกิจกรรม เช่น การใช้วัสดุสำนักงาน เช่น กระดาษ หมึกพริ้นเตอร์ เป็นต้น เพื่อนำไปใช้ในการ ปรับปรุงกระบวนการทำงานของหน่วยงาน และศึกษา พลังงานทางเลือกเพื่อนำมาลดค่าการเกิดคาร์บอนฟุตพ ริ้นท์ และในการศึกษารั้งต่อไป ควรมีการศึกษาให้ ครอบคลุมทุกกิจกรรม เช่น การใช้วัสดุสำนักงาน เช่น

กระดาษ หมึกพรีนเตอร์ เป็นต้น เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานของหน่วยงาน และศึกษาพลังงานทางเลือกเพื่อนำมาลดค่าการเกิดคาร์บอนฟุตพริ้นท์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ดีเนื่องได้รับคำแนะนำอย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์กาญจนา นาละพินธุ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ เศรษฐิธรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.สิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์ เวทย์ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ขอขอบพระคุณนางจิตลดา มณีประดิษฐ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองชัยภูมิ นายทอง

พูน กล้าไพร่ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และนางสาว นัฏฐ์ สุขจี ผู้อำนวยการส่วนสิ่งแวดล้อม สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดชัยภูมิ ที่ได้กรุณาตรวจสอบแบบสอบถามในการศึกษาในครั้งนี้ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ และขอขอบพระคุณนายบรรยงค์ เกียรติกิจชูชัย นายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ ที่ให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมกับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในสำนักงานเทศบาลเมืองชัยภูมิ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ต่างๆ ให้แก่ผู้ศึกษาตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษาในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ท้ายสุดขอขอบคุณครอบครัว ที่ได้ที่สนับสนุนและส่งเสริมการศึกษากำลังใจด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

จุฬารัตน์ ชุนหะศรี. พฤติกรรมการลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ กรณีศึกษาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเทศบาลตำบลเมืองแกลง จังหวัดระยอง.วารสารบริการ. 2556 ; 24 (3) : 82-93.

Jonathan R. Barriers to Mitigate Carbon Footprint in a Selected Academic institution in Bacoar City, Cavite ,Dominic College of Asia ,Bacoar,Philippines . 2016.

Madhuri Nigam , Prased Mandade , Bhawana Chanana , Sabina Sethi. Energy consumption and Carbon Footprint of Cotton Yarn Production in textile industry. **IAASCA**.2016;7; (1):06-12.

Nida Qafisheh, Makhtar Sarr , Umm Amara Hussain , and Shikha Awadh. Carbon Footprint of ADU Students : Reasons and Solutions.2017.

นิตยา ศิริวรรณ,ชลิตา สุวรรณ. คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์เสื้อผ้าจากผ้าบุติก เชียงใหม่ .วารสารวิชาการเทคโนโลยีอุตสาหกรรม. 2559 ; 12 (3) : 83-95.

นุชนาถ วรารักษ์ประภัทร์ และคณะ. การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของโรงงานสุรา.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี . 2556 ;10 : 570-581.

สยาม อรุณศรีมรดก . คู่มือการประเมินโครงการสำนักงานสีเขียว . กรุงเทพฯ : กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2559

ปรีชา บุตรลาด, และกาญจนา นาละพินธุ.การใช้เทคโนโลยีสะอาดเพื่อลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2558 ;18 (1) : 146-156.

พิมพ์ลภัส พงศกรรังศิลป์. คาร์บอนฟุตพริ้นท์จากการบริโภคในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวของแหล่งท่องเที่ยวทางทะเลและชายหาดในพื้นที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารมหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัศิลปกร. 2559 ;10 (1) : 1087-

1102.

ไพรัช อุดมรัตน์,หาญพล พึ่งรัมย์. การประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์องค์กร ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ปทุมธานี.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2557 ; 22 (1) : 1-12.

วีระ ศิริวรรณ. ปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในภาคพลังงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัด

ร้อยเอ็ด.วารสารวิจัยสาธารณสุข มข . 2555 ; 6 (1) : 191-200.

องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). แนวทางการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร.

กรุงเทพฯ : อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง ; 2554

อาภาพัชร หุ่นศิริตระกูล ,และวีรินทร์ หวังจิรนิรันดร์.การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการใช้เชื้อเพลิงสำหรับ

อากาศยานพาณิชย์.วารสารวิจัยพลังงาน. 2556 ; 10 (3) : 15-28.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Factors Influencing to Pain Management in Intensive Care Unit of Professional Nurses at Regional hospitals in the Northeast of Thailand.

พรทิพา พรรณา¹, วรรณชนก จันทชุม²

Porntipa Phanna¹, Wanchanok Juntachum²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำการสุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 219 คน โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การตัดสินใจทางคลินิก และการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามด้านทัศนคติ การตัดสินใจ และการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.78 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้โดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR20) ได้ค่าเท่ากับ 0.70 ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.20 และค่าความยากง่าย ระหว่าง 0.63-0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของการจัดการความปวดโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.97$) 2) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ การตัดสินใจทางคลินิก ทักษะ และความรู้ โดยสามารถร่วมกันอธิบายได้ร้อยละ 26 ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการอบรมเฉพาะทางด้านการจัดการความปวด เพื่อเพิ่มพูน ความรู้ ทักษะ และทักษะในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล การจัดการความปวด พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the factors influencing to pain management of professional nurses in Intensive Care Unit at Regional Hospital in the Northeast of Thailand. The samples of 219 professional nurses were included in this study by stratified random sampling. The research instrument was a five-part questionnaire: personal factors, knowledge, attitude, clinical judgment, and pain management of professional nurses. The content validity was explored by 5 experts. The Cronbach's alpha coefficients were 0.78, .87 and .93 for their reliabilities of attitude, clinical judgment and pain management, respectively. Kuder-Richardson formula 20 was 0.70 for reliability of knowledge test. Test has acceptable discrimination values of .20; difficulty values range, .63-.80. Data were analyzed by frequency, percentage, average mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The results of this study revealed as follows: 1) Over all mean of pain management was at a good level ($\bar{X}= 4.20$, $SD= 0.97$). 2) Factors that could be used for explaining pain management of professional nurses were clinical judgment, attitude and knowledge. These factors accounted for 26 percent. The finding implied that nurse administrators should provide pain management programs for professional nurses in order to increase knowledge, attitude and skill to manage pain effectively.

Keywords: Factors Influencing, Pain Management, Professional Nurses, Critically ill patient, Regional Hospitals

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ความปวด เป็นประสบการณ์การรับรู้หรือความรู้สึกส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจะสัมพันธ์กับโรค การบาดเจ็บ การผ่าตัด การได้รับหัตถการหรือการรักษาพยาบาล ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต¹ ความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยวิกฤต ความปวดในผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ จากโรคที่เป็นอยู่เดิมของผู้ป่วยเอง การได้รับกิจกรรมการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่อุปกรณ์การแพทย์เพื่อช่วยชีวิต การจำกัดการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนท่า² นอกจากนี้ ภาวะจิตใจจากความกลัว ความเหนื่อยล้า วิดกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ส่งผลให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้น³

การจัดการความปวดถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์อันเนื่องมาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁴ สมาคมการศึกษาความปวดแห่งประเทศไทย⁵ ได้จัดทำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดเฉียบพลันขึ้นในปี 2552 โดยมีขั้นตอนดังนี้ คือ (1) ประเมินสภาพผู้ป่วย (2) ประเมินระดับความปวด (3) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการระงับปวด (4) ให้การระงับปวดเฉียบพลัน (5) ประเมินความปวดหลังให้การรักษา (6) ประเมินภาวะแทรกซ้อน (7) รักษาอาการแทรกซ้อน และ (8) ประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน ดังนั้นการประเมินความปวดจะเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การรักษาและให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม หากมีการจัดการความปวดอย่างมีระบบจะทำให้ประสิทธิภาพดีขึ้นและสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดได้ทันทั่วทั้งที่

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การจัดการความปวด เป็นความรับผิดชอบของพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้อย่าง

จัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต คือ การประเมินและการบรรเทาความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวด⁶ การจัดการความปวดโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา แต่เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกตัวและการสื่อสารลดลง จึงเป็นอุปสรรคสำหรับพยาบาลในการประเมินและการจัดการความปวด รวมทั้งปัจจัยด้านพยาบาลที่อาจเป็นอุปสรรคในการประเมินและการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เช่น พยาบาลมีความรู้ไม่เพียงพอและมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในการจัดการความปวด นำไปสู่ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประสบการณ์ความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความสนใจและไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร ซึ่งในบางสถานการณ์ พบว่า พยาบาลจำนวนไม่น้อยไม่กล้าตัดสินใจในขอบเขตวิชาชีพ มักจะหลีกเลี่ยงการตัดสินใจด้วยตัวเอง และให้คนอื่นตัดสินใจแทน⁷

โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองคุณภาพ โดยได้รับการประเมินคุณภาพการบริการจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และการประกันคุณภาพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล มีการกำหนดตัวชี้วัดการประเมินและมีการจัดการความปวดที่ชัดเจน โดยกำหนดเป็นนโยบายและประกาศใช้ในทุกหน่วยงาน ดังนั้นการประเมินความปวดจึงเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การจัดการความปวด ส่งผลให้เกิดการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดได้ทันทั่วทั้งที่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม⁸ ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ประสบการณ์การทำงาน⁹ และการได้รับอบรมด้านการจัดการความปวด¹⁰ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการจัดการความปวด นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยที่ได้ยังมีความขัดแย้งและไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้เห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจัดการกับความปวด เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญ

ในการประเมินความปวด และจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ทั้งผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ และผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความปวดและจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มระดับคุณภาพการบริการ และพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในทุกหอผู้ป่วยหนัก (ICU และ CCU) โรงพยาบาลศูนย์ ภาควิชาออกเฉียงเหนือ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลสกลนคร โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 850 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ .20 ซึ่งได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ในการวิจัยทางการแพทย์¹⁰ และกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจทดสอบ (power of analysis) เท่ากับ .80 เมื่อเปิดตาราง power analysis ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197 คน เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่ได้รับคืน¹¹ จากการส่งทางไปรษณีย์ ผู้วิจัย

จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวน 236 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมเฉพาะทาง และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อความปวดและการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยเป็นคำถามรายชื่อให้เลือกตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ มีเกณฑ์กำหนดค่าระดับคะแนนดังนี้ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน พิสัยของคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต มีทั้งหมด 15 ข้อ โดยคำถามเป็นทัศนคติเชิงบวก 7 ข้อและทัศนคติเชิงลบ 8 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ข้อความบวก คะแนนเท่ากับ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึงคะแนนเท่ากับ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และข้อความลบ คะแนนเท่ากับ 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึงคะแนนเท่ากับ 5 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการตัดสินใจทางคลินิกในการจัดการความปวดผู้ป่วยวิกฤต โดยดัดแปลงเครื่องมือจากงานวิจัยของสุปิตา สงคง (2552)⁷ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Benner, Tanner, & Chesla (1996)¹² ประกอบด้วย (1) ด้านความดีและถูกต้อง (2) ด้านการใช้ความรู้จากการสังสมประสบการณ์ (3) ด้านการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวของพยาบาล (4) ด้านการหยั่งรู้หรือความสามารถในการคาดคะเนเหตุการณ์ (5) ด้านความเข้าใจเรื่องราวของผู้ป่วย มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และคำถามเชิงลบ 7 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ข้อความบวก คะแนนเท่ากับ 1 (ข้อความนั้นไม่เป็นจริง) ถึงคะแนนเท่ากับ 5 (ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด) และข้อความลบ

คะแนนเท่ากับ 1 (ข้อความนั้นเป็นจริงมากที่สุด) ถึง
คะแนนเท่ากับ 5 (ข้อความนั้นไม่เป็นจริง)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการความปวดของ
พยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจาก
เครื่องมือวิจัยของ ชุติพร แสงบุญเรืองกุล (2551)¹³ ตาม
กรอบแนวคิด ข้อกำหนดแนวปฏิบัติการจัดการความปวด
เจ็บปวดของสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่ง
ประเทศไทย ปี 2552 ครอบคลุม 8 มาตรฐานการปฏิบัติใน
การจัดการความปวด มีทั้งหมด 32 ข้อ ลักษณะคำตอบ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนเท่ากับ 1
(ไม่ได้ปฏิบัติ) ถึง คะแนนเท่ากับ 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไป
ทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะ
เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่ปฏิบัติงานในหอ
ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบ
ความเข้าใจในคำถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบ
แบบสอบถามแต่ละชุด แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยง
ของแบบสอบถามด้านทัศนคติ การตัดสินใจ และการ
จัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ โดยวิธีสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.78 0.87 และ 0.93
ตามลำดับ หาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้โดยวิธี
คูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.70 ค่าอำนาจ
จำแนกเท่ากับ 0.20 และค่าความยากง่าย มีค่าระหว่าง 0.63-
0.80 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งเอกสารทั้งหมดทาง
ไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงาน หลังจากผู้วิจัยส่ง
แบบสอบถามไปแล้ว 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามตอบ
กลับมาทั้งหมด 193 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 81.77 ผู้วิจัยได้
ดำเนินการติดต่อกับผู้ประสานงานแต่ละโรงพยาบาลอีก
ครั้ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้แจ้งและขอความร่วมมือไป
ยังกลุ่มตัวอย่างทุกคนอีกครั้งในการตอบแบบสอบถาม
กลับ และอีก 2 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มี
ความครบถ้วนและสมบูรณ์ จำนวน 219 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ

92.79 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ผู้วิจัย
คำนวณได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง
จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE 602356 การเข้า
ร่วมของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการ
พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยในเอกสารคำแจ้งอาสาสมัคร
กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตาม
ความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบต่องานแบบสอบถาม
และข้อมูลในแบบสอบถามจะถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะ
นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่ได้รับชื่อผู้ตอบ
แบบสอบถาม และไม่ได้ระบุโรงพยาบาลในรายงานการ
วิจัย ตลอดจนได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมวิจัย ทั้ง 7 โรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตก่อนเก็บ
ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย
ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ การตัดสินใจในการจัดการความปวด
โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความ
ปวด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน
(Stepwise Multiple Regression Analysis) และก่อนการใช้
สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ
ข้อตั้งตั้งเบื้องต้น (Assumptions) พบว่า เป็นไปตาม
เงื่อนไขทุกประการ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่
ตอบแบบสอบถามจำนวน 219 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
คิดเป็นร้อยละ 90.41 มีอายุเฉลี่ย 32.27 ปี (SD=7.55) ซึ่งมี
ช่วงอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.23
น้อยที่สุดคือช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.74
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 95.89 ระดับปริญญาโท มีเพียง ร้อยละ 4.11

ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 70.32 ระดับชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 29.68 ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 8.75 ปี (SD=6.49) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.88 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ย 6.55 ปี (SD=5.76) โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน 1-2 ปีแรก คิดเป็นร้อยละ 29.22 (SD=5.87) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการจัดการความปวดทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 73.52 เคยได้รับการอบรมด้านการพยาบาลเฉพาะทาง คิดเป็นร้อยละ 43.84 สาขาวิชาการพยาบาลเฉพาะทางที่อบรมมากที่สุด คือ การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่) จำนวน 65 คนและการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17 คน

2. การจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการ

พยาบาลในการจัดการความปวดผู้ป่วยวิกฤต ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.20$) โดยมีการจัดการความปวดทุกด้านอยู่ในระดับดี เรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อยได้ ดังนี้ 1) ด้านการรักษาอาการแทรกซ้อนและการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 4.49$) 2) ด้านการประเมินภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X} = 4.48$) 3) ด้านการประเมินไข้และบันทึกผลการประเมิน ($\bar{X} = 4.32$) 4) ด้านการประเมินความปวดหลังให้การรักษา ($\bar{X} = 4.19$) 5) ด้านการประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X} = 4.12$) 6) ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X} = 4.11$) 7) ด้านการให้การระงับปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X} = 3.97$) และ 8) ด้านการประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X} = 3.83$)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ

ตาราง 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์)	b	Beta (β)	t-value	p-value
การตัดสินใจทางคลินิก	1.029	0.387	5.330	0.000*
ความรู้	-1.767	- 0.229	-3.627	0.000*
ทัศนคติในการจัดการความปวด	0.656	0.229	3.160	0.000*
ค่าคงที่ (Constant)	47.545		3.916	0.000*

R= .514 R²= .264 F= 25.609 p-value < 0.05

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันอธิบายการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบายการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด มีอิทธิพลต่อการ

จัดการความปวดมากที่สุด (ทิศทางบวก Beta = .387) รองลงมาเป็นความรู้ (ทิศทางลบ Beta = -.229) และทัศนคติในการจัดการความปวด (ทิศทางบวก Beta = .229) มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดพอ ๆ กัน โดยตัวแปรทั้งสามตัวสามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของการจัดการความปวดได้ร้อยละ 26.4 (R² = 0.264)

สรุปและอภิปรายผล

1. การจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤตอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.20 (SD=0.97) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีการจัดการความปวดในระดับดีในทุกด้าน ดังนี้ 1) ด้านการประเมินสภาพผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X}=3.83$) 2) ด้านการประเมินระดับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X}=4.12$) 3) ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X}=4.11$) 4) การให้การระงับปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{X}=3.97$) 5) การประเมินความปวดหลังให้การรักษา ($\bar{X}=4.19$) 6) ด้านการประเมินภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}=4.48$) 7) ด้านการรักษาอาการแทรกซ้อนและการช่วยเหลือ ($\bar{X}=4.49$) 8) ด้านการประเมินซ้ำและบันทึกผลการประเมิน ($\bar{X}=4.32$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากในเชิงนโยบาย มีการกำหนดให้การประเมินความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 ที่จำเป็นต้องมีการบันทึกนอกเหนือจากอุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ในโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง ซึ่งกำหนดให้การจัดการความปวดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในหน่วยงาน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการประเมินและได้รับการดูแลรักษาอาการปวดอย่างเหมาะสม กำหนดเป็นนโยบายและประกาศใช้ในทุกหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้ปฏิบัติตามองค์ความรู้เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีการประเมินสภาพผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องการรักษาอาการปวด และให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอาการปวดด้วยตัวเอง มีการประเมินติดตามความปวดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่รักษา ให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึงเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการบันทึกทางการพยาบาลครอบคลุมต่อเนื่อง พยาบาลจึงเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ เพราะประเมินและรับรู้ความปวดของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก สามารถช่วยลดหรือทุเลาความปวดให้กับผู้ป่วยได้ก่อนวิชาชีพอื่น เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การรับฟังอย่างใส่ใจ การประเมินระดับความรุนแรงของความปวดที่เกิดขึ้น วางแผนดูแลบรรเทาความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ตลอดจนติดตามประเมินผลภายหลังการดูแลอย่างเป็น

ระบบ¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการจัดการกับความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การพยาบาลยังมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นการจัดการความปวดจึงเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี⁷

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมกันอธิบาย การจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันอธิบายการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด (ทางบวก) ความรู้ (ทางลบ) และทัศนคติในการจัดการความปวด (ทางบวก) ซึ่งตัวแปรทั้งสามตัว สามารถอธิบายการผันแปรของการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 26.4 ($R^2 = 0.264$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าสูงที่สุด คือ การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความปวด รองลงมาคือ ทัศนคติต่อการจัดการความปวด และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวด ซึ่งมีอิทธิพลพอๆกัน แต่ในทิศทางตรงกันข้ามกัน โดยผู้วิจัยได้อภิปรายผลที่เกิดขึ้น ดังนี้

1) การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดการความปวด เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ ถ้าพยาบาลมีการตัดสินใจที่ดีต่อการจัดการความปวด จะส่งผลต่อการปฏิบัติการณ์พยาบาลในการจัดการความปวดที่ดีและเหมาะสมตามมาด้วย ซึ่งการตัดสินใจเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ ส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล การตัดสินใจจึงเป็นตัวชี้วัดถึงพฤติกรรมกรกระทำของบุคคลได้เป็นอย่างดี เพราะเป็นสิ่งที่สามารถบ่งบอกถึงการแสดงออกในพฤติกรรมต่าง ๆ¹⁵ สอดคล้องกับผลการศึกษา

เรื่อง การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด และพฤติกรรมการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัด ที่พบว่า พยาบาลตัดสินใจทางคลินิกได้ดีที่สุดในด้านความเข้าใจ เรื่องราวของผู้ป่วย⁷

2) ทักษะต่อการจัดการความของพยาบาลวิชาชีพ เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ พยาบาลที่มีทัศนคติที่ดี มีแนวโน้มในการจัดการความปวดได้ดีด้วย ดังที่ Bloom (1956)¹⁶ ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ ว่า ทักษะเป็นความรู้สึก ความคิดเห็น ความชอบ การให้คุณค่า ซึ่งอธิบายได้ว่า ทักษะ มีความสัมพันธ์และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลที่มีทัศนคติที่ดี ย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติการจัดการความปวดที่ดีด้วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ที่กล่าวถึงความเชื่อในการจัดการความปวดทางบวก ว่าทำให้มีการจัดการความปวดที่ดี และพบว่าเมื่อมีความเชื่อ ทักษะที่ดีแล้ว ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ก่อให้เกิดความเชื่อที่แสดงออกในแนวคิด ว่า อะไรถูก อะไรผิด¹⁷ ดังนั้น ถ้าพยาบาลมีความคิด ความเชื่อที่ถูกต้อง และตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ย่อมนำไปสู่การจัดการบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสมตามมา

3) ปัจจัยด้านความรู้ต่อการจัดการความปวด เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทาง พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ในทางลบ แสดงว่าผู้ที่มีความรู้มาก ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติการจัดการความปวดมากตามไปด้วย หรือกล่าวได้ว่า พยาบาลที่มีความรู้มาก แนวโน้มในการจัดการความปวดน้อยลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ผู้ที่มีความรู้มาก มักเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และการทำงานมานานมาก จึงมีความคุ้นเคยกับความปวด ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลที่ทำงานมานาน มักมีการรับรู้ความทุกข์ทรมานผู้ป่วยต่ำ เนื่องจากความเคยชิน¹⁸ ประกอบกับข้อจำกัดของแบบวัดความรู้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนข้อที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมเนื้อหาความรู้ที่ต้องการวัดทั้งหมด และเป็นการวัดความรู้เกี่ยวกับกลไกที่ก่อให้เกิดความปวดมากกว่าความรู้ที่นำไปสู่การประเมินและการจัดการความ

ปวดที่เหมาะสม ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่เพิ่มความรู้ ทักษะและทักษะในการประเมินและการจัดการความปวด โดยเฉพาะความรู้ในเรื่อง ทฤษฎี กลไกการเกิดความปวด การประเมินและจัดการความปวดที่เหมาะสม การสร้างแนวปฏิบัติที่เอื้อต่อผู้ปฏิบัติและต่อผู้ป่วยวิกฤต ทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้และสื่อสารไม่ได้

2) ควรส่งเสริมความรู้แก่พยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เช่น การสอนงาน (Coaching) การส่งเสริมพยาบาลที่เลี้ยงในแหล่งฝึกให้มีความรู้ ความเข้าใจในการจัดการความปวด

ด้านบริหารการพยาบาล

1) นำผลการศึกษา มาใช้เป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของพยาบาล และทีมสุขภาพ ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ นำความรู้ที่ได้สู่การปฏิบัติ เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

2) ควรจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญพยาบาลด้านการจัดการความปวดโดยเฉพาะ เช่น ทีมรับผิดชอบการจัดการความปวด

ด้านการศึกษา

1) ควรมีหลักสูตรการฝึกอบรมเฉพาะทางในเรื่องการจัดการความปวด และควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต

2) พยาบาลควรพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น การเข้าอบรมเชิงวิชาการเพื่อพัฒนาตนเอง เป็นต้น

3) ควรสอดแทรกเนื้อหา ความรู้พื้นฐานของความปวด ในหลักสูตรระดับปริญญาตรี และควรมีการประเมินสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความปวด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลในการจัดการความปวด ทักษะและความรู้ สามารถร่วมกันอธิบายการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้เพียงร้อยละ 26 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกมากกว่าร้อยละ 70 ที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด เช่น นโยบาย ความเชื่อ และวัฒนธรรม การใช้เครื่องมือในประเมินและจัดการความปวด ตลอดจนแนวปฏิบัติในการจัดการความปวด ซึ่ง

ต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป และควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการความปวด ในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาบุคลากร หน่วยงาน นโยบายองค์กร ที่จะต้องสร้างแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการทบทวนแนวปฏิบัติเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องเหมาะสม และบุคลากรทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาศักยภาพในด้านการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.Simpson, D. M., Estanislao, L., Brown, S. J., & Sampson, J. (2008). An open-label pilot study of high-concentration capsaicin patch in painful neuropathy. **Journal of pain and symptom management**, 35 (3), 299-306.
- 2.Young, J., Siffleet, J., Nikolett, S., & Shaw, T. (2006). Use of a Behavioural Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. **Intensive and Critical Care Nursing**, 22 (1), 32-33.
- 3.Shannon, K., & Bucknall, T. (2003). Pain assessment in critical care: what have we learnt from research. **Intensive and critical care nursing**, 19 (3), 154-162.
- 4.Duggirala, S.B. (2001). **Implementing the JCAHO pain management standards**. [Online]. Retrieved August 15, 2017, from: http://www.painjournal.Nel/new_page_6.htm. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2560.
- 5.สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2552). **แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน.พิมพ์ครั้งที่1.** กรุงเทพมหานคร: รัชย์พิมพ์.
- 6.วรจกณา อัครีเวียง. (2558). การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทที่ท้าทายสำหรับพยาบาล. **Journal of Nursing and Education**, 8(2)1-8.
- 7.สุปีดา สงคง. (2552). การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัดและพฤติกรรมจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 8.นุสรุ ประเสริฐศรี. (2556). การจัดการความปวด : ความหลากหลายวัฒนธรรม.วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6 (2), 2-10.
- 9.ปัทมา มณีรัตน์และคณะ. (2554). การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรามารับดิ: ความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจ. ภาควิชาวิสัญญีวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 10.Pilot, D. F. and Beck, C.T. (2004). **Nursing Research Principles and Methods**. 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- 11.วรรณชนก จันทชุม. (2545). การวิจัยทางการพยาบาล: การเลือกตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- 12.Benner, P., Tanner, C.A., & Chesla, C.A. (1996). **Expertise in nursing practice: Caring clinical judgement, and ethics**. New York: Springer.

13. ชุติพร แสงบุญเรืองกุล. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพเด็กมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
14. รุจิรัตน์ มณีศรี, นุสรา ประเสริฐศรี, อรุณฯ ประดับทอง. (2555). ความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์. วารสารกองพยาบาล, 39 (2).
15. นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2545). การบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ : ประชุมช่าง.
16. Bloom, Benjamin A. 1956. Taxonomy of Education Objective Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay Company.
17. ภัทรา แสงแก้ว. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความเชื่อ ประสิทธิภาพและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการกับความปวดกับการปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการกับความปวด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดของพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. จุริย์ สุนสวัสดิ์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของพยาบาลกับกิจกรรมการพยาบาล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.

การศึกษาความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติโรค หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

A Study of Severity and Perception of Disease's Severity to Hospital Arrival Time of Acute Stroke's Relative and Patient

สายทิพย์ จ้ายพงษ์^{1,3}, วีรยุทธ ศรีทุมสุข^{2,3}

Saitip Jaipong, Werayuth Srithumsuk

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 88 คน ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.80 อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลมากที่สุดคือ แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดร้อยละ 47.50 ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากที่สุดคือ หลอดเลือดสมองชนิดตีตันร้อยละ 90.91 ส่วนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองจากคะแนน NIHSS พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 6.43 (S.D. = 6.88) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยร้อยละ 65.91 ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากสถานที่ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาลเท่ากับ 28.90 นาที (S.D. = 15.84) อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกันกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.05)

คำสำคัญ ความรุนแรง, การรับรู้ความรุนแรง, โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

Abstract

This research is descriptive study. The objectives of this study were 1) to study severity and perception of disease's severity to hospital arrival time of acute stroke's relative and patient and 2) to study factors effect to hospital arrival time of acute stroke's patient. This study was conducted in patient and relative of stroke with 88 cases admitted in Prachomklao hospital, Phetchaburi province. The questionnaire consists of 3 parts. The data analysis were used descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and chi-square test. The result showed that the most sample was male with 52.80%, stroke's symptom which make decision to take a patient to a hospital was immediate one side weakness with 47.5%, the most type of stroke in this study was ischemic stroke with 90.91%. The severity of stroke from NIHSS mean score was 6.43 (S.D. = 6.88). Most of patient had minor severity stroke with 65.91%. Time from stroke scene to hospital was 28.90 minute (S.D. = 15.84). The relationship among age educational level, income, and hospital arrival after stroke onset showed no significant different. Moreover, age was positive correlation with stroke severity as same stroke severity was positive correlation with hospital arrival time after stroke onset with significant different at 0.05 (p-value<0.05).

Keywords Stroke's Severity, Perception of stroke's severity, Stroke

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย stroke unit โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

³ หน่วยวิจัยทางการแพทย์โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

บทนำ

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีการพัฒนาไปเป็นอย่างมากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาอันรวดเร็วภายหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) ได้แก่การฉีด recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ขนาด 0.9 มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบและอุดตันของหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดสมอง และได้รับยา rt-PA จะกลับมามีอาการเป็นปกติ (1) ยา rt-PA สามารถช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง (2) และสามารถช่วยลดการเกิดความพิการภายใน 3 เดือนหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และประสิทธิภาพของยา rt-PA มีประโยชน์ในการป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ภายใน 1 ปี และยังพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยในผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA เท่ากับ 7.5 วัน ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา rt-PA ที่จะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างน้อย 10-14 วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตก การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก หรือได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ลดความพิการ หรือลดอัตราการตายลงได้ แม้ว่าทางการแพทย์จะมีความก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แต่กลับพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์เท่าที่ควร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน สูญเสียโอกาสที่จะได้รับการ

รักษาที่มีประสิทธิภาพ หรือถึงแม้ได้รับการรักษาที่อาจจะไม่ได้ผลดี เนื่องจากมารับการรักษาช้าเกินกว่าที่จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองสาเหตุส่วนหนึ่ง มาจากผู้ป่วยหรือบุคคลใกล้ชิด ไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรง ชา ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใด พูดไม่ชัด เวียนศีรษะ เดินเซ (3) นั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเข้ารับการรักษาานเกินกว่า 3 ชั่วโมง และสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล คือการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเอง หรือจากญาติ บุคคลใกล้ชิด และผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการพูดไม่ชัด พูดสับสน แขนขาอ่อนแรง ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ เดินเซ หรือปากเบี้ยว (3) จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษา มีความสำคัญและมีความหมายกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เป็นเพราะว่าการมารับการรักษาที่รวดเร็วภายในระยะเวลา 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษา ด้วยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เฉพาะในรายที่ไม่มีการแตกของหลอดเลือดสมอง ซึ่งการศึกษาเรื่องระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองจนถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 3-6 ชั่วโมง (2,4)

การศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในประเทศญี่ปุ่น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันคือ อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการหรือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล การใช้บริการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service : EMS) และโรงพยาบาลที่มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย (guidelines) โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะ จะทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และปลอดภัยมากยิ่งขึ้น (5) การศึกษาของทานากะและ

คณะ (6) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ระยะทาง ระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเองหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการมารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีในระหว่างปี 2558-2560 อัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นโดยในปี 2558 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.71 ปี 2559 ร้อยละ 8.94 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.00 ในปี 2560 นอกจากนี้อัตราผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงกลับลดลง จากร้อยละ 20.45, 20.76 และ 13.31 ในปี 2558-2560 ตามลำดับ โดยในปี 2560 (ข้อมูลจากเดือนตุลาคม 2559-พฤษภาคม 2560) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 699 ราย มาทันเวลาเพียง 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.31 และมาไม่ทันเวลาคือเกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการจำนวนมากถึง 606 รายคิดเป็นร้อยละ 86.69 (ข้อมูลสาขาโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระจอมเกล้า)

จากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยต้องการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของญาติผู้นำส่ง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่จะนำผู้ป่วยมารับการรักษาในบริบทของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ช่วยลดระยะเวลาระหว่างเริ่มเกิดอาการจนถึงการได้รับการรักษา ก่อให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้อัตราตายและอัตราการเกิดความพิการลดลง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความรุนแรงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน รวมทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีจำนวน 88 คน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นผู้นำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรีในช่วงเดือนสิงหาคม 2560 ถึงมกราคม 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจ (power analysis) ค่าขนาดอิทธิพลที่นำมาใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างได้มาจากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของนิภาพร ภิญญศรี (7) ที่ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย โดยปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 21.74 และปัจจัยด้านสถานที่ขณะเกิดอาการมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 31.27 ค่าไคสแควร์ของทุกปัจจัยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าไคสแควร์ (8) โดยใช้สูตรคำนวณ

$$r = \frac{X^2}{X^2 + n}$$

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

n = คือขนาดตัวอย่าง

X^2 = ค่าไคสแควร์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยที่คำนวณได้มีค่าเท่ากับ .28 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (9) ผู้วิจัยนำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เฉลี่ยที่คำนวณได้ไปกำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างที่ประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง อำนาจการทดสอบ 80% ทดสอบสมมติฐานแบบมีทิศทาง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 80 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อเพื่อชดเชยกรณีที่มีการตอบกลับของแบบสอบถามไม่ครบ รวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 88 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย

ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล หลังจากเกิดอาการ หมายถึง เวลาที่ถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ลบกับเวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการปกติครั้งสุดท้าย โดยคิดเวลาเป็นนาที ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง

นอกจากนี้ในแบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล จะประกอบด้วย เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการปกติครั้งสุดท้าย, เวลาถึงแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, ระยะเวลาที่ใช้เดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล, ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล

อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการเจ็บป่วยครั้งนี้, อาการที่ทำให้ตัดสินใจมาโรงพยาบาล, กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาล โดยคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบที่สามารถตอบอาการที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้มากกว่า 1 คำตอบ

บุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง, วิธีการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาล, ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง, ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินจากคะแนน NIHSS (National institutes of health stroke scale) ที่บันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีค่าตั้งแต่ 0-42 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (10)

ระดับความรุนแรง	คะแนน NIHSS
รุนแรงน้อย	0-7 คะแนน
รุนแรงปานกลาง	8-15 คะแนน
รุนแรงมาก	16 คะแนนขึ้นไป

ส่วนแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Livings; ADLs) นั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระดับคือ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

คะแนน 0 - 20
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
คะแนน 25 - 45
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
คะแนน 50 - 70
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก
คะแนน 75 - 95
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งหมด
คะแนน 100

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองของผู้นำส่งแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันของแซฟฮาร์ด (11) โดยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยดวงทิพย์ บินไทยสงค์และคณะ (12)

แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินการเปรียบเทียบกับสายตา (visual analog scale) ที่ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อที่ถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และมีค่ากำกับไว้ว่า ไม่รุนแรง และปลายด้านขวาสุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 100 และมีค่ากำกับไว้ว่า รุนแรงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ค่าคะแนนได้มาจากการวัดความยาวจากตำแหน่งซ้ายสุดของมาตรวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 0 จนถึงตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมาย X ตัดลงบนเส้นตรง วัดความยาวจากจุดตั้งต้นถึงจุดที่กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายไว้เป็นคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองออกมาเป็นมิลลิเมตร โดยใช้ไม้บรรทัดสำหรับการวัด และใช้ไม้บรรทัดอันเดียวกันตลอดงานวิจัย หน่วยการวัดที่ใช้เป็นมิลลิเมตร ค่าคะแนนที่ได้คือค่าความยาวเป็นมิลลิเมตรที่ได้จากการวัดคะแนนของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนมาก แสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือของดวงทิพย์ บินไทยสงค์และคณะ (12) ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการมาโรงพยาบาล และตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

ตอนที่ 1 และ ตอนที่ 2 ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำการตรวจสอบความ

เหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกัน หากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านเห็นด้วยกับข้อคำถาม นำหาค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการคำนวณโดยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest method) แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขอเอกสารรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี (เอกสารรับรองเลขที่ 4/2560) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (informed consent form) และอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยว่า การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการร่วมวิจัย และหากเข้าร่วมวิจัยแล้วมีข้อสงสัยหรือรู้สึกลำบากใจ สามารถออกจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ และผลจากการคำตอบของผู้ร่วมวิจัยถือเป็นความลับและนำมารายงานผลในภาพรวมเฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบประเมินที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องอีกครั้ง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปทำการประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการมาโรงพยาบาล ด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's

product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงโรค ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 76 คนคิดเป็นร้อยละ 52.8 มีอายุระหว่าง 30 – 97 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 66.79 ปี (S.D. = 14.51) โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีจำนวน 141 คนคิดเป็นร้อยละ 97.90 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน (ร้อยละ 94.40) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ส่วนสิทธิการรักษา นั้น ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 91 รองลงมาคือสิทธิเบิกจ่ายจากราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชนจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 8.30 และความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสหรือบุตรจำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 93.80 รองลงมาคือญาติ/พี่น้องจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20

อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลมากที่สุดคือ แขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใดจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคือพูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใดจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 31.20 ส่วนอาการปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.20 ดังตารางที่ 1 และโดยส่วนมากผู้นำส่งจะสังเกตเห็นอาการผู้ป่วยเพียงอาการเดียวจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือพบอาการ 2 อย่างจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 39.77

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาลนั้นพบว่าจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ทำการเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถบริการสาธารณะ/รถส่วนตัว

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่พบในการศึกษานี้มากที่สุดคือ Ischemic stroke จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยเท่ากับ 79.22 (S.D. = 28.37)

หลอดเลือดสมองและระบบการนำส่งผู้ป่วยกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05

โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมดจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ระดับปานกลางจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ดังตารางที่ 3 ส่วนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วย NIHSS พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.43 (S.D. = 6.88) โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 23 และต่ำสุดเท่ากับ 1 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (Minor stroke) จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 65.91 รองลงมาคือความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (Moderate stroke) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18

ในการศึกษานี้เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติคือเวลากลางวันจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 สอดคล้องกับเวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติครั้งสุดท้ายในตอนกลางวันเช่นเดียวกันจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากสถานที่ผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาล พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 28.90 นาที (S.D. = 15.84) ส่วนระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล พระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 23.56 กิโลเมตร (S.D. = 15.18)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกันกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในครั้งนี้อาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ตัดสินใจผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลมากที่สุดคือแขนขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายอ่อนแรงทันทีทันใด รองลงมาคือพูดไม่ชัด/พูดสับสน/พูดไม่ได้ทันทีทันใดและอาการปากเบี้ยว/หน้าเบี้ยว/มุมปากตกไปข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด และโดยส่วนมากผู้นำส่งจะสังเกตเห็นอาการผู้ป่วยเพียงอาการเดียว รองลงมาคือพบอาการ 2 อย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bin Jiang และคณะ (13) ที่พบว่าอาการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาโรงพยาบาลมากที่สุดคืออาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่งพบร้อยละ 59.7 รองลงมาคืออาการชาของร่างกายพบร้อยละ 27.6 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eun Seog Hong และคณะ (14) พบว่าอาการที่พบมากที่สุดก่อนมาโรงพยาบาลคือความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ (motor disturbance) พบร้อยละ 74.5 และความผิดปกติของการพูด (speech disturbance) พบร้อยละ 44

ส่วนกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำก่อนมาโรงพยาบาลนั้นพบว่า ทำการเรียกรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน/รถบริการสาธารณะ/รถส่วนตัวมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amie W. Hsia และคณะ (15) ที่พบว่าญาติหรือผู้พบเห็นผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมองจะเรียกรถฉุกเฉิน หมายเลข 911 เป็นอันดับแรกร้อยละ 89.30 รองลงมาคือเรียกญาติหรือเพื่อนร้อยละ 6.3 ส่วนบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะเกิดอาการ ส่วนใหญ่คือคู่สมรสหรือบุตรมากที่สุด รองลงมาได้แก่ญาติ/พี่น้อง ซึ่งจากการศึกษาของ Farayi Seremwe และคณะ (16) พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเมื่อเกิดพบอาการจะไม่ได้อยู่คนเดียวร้อยละ 92 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kashif Waqar Faiz และคณะ (17) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 64.3 อาศัยอยู่กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยวิธีการนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลพบว่านำส่งโดยรถส่วนตัวมากที่สุดจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 94.32

รองลงมาคือรถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.54 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maximiliano A. Hawkes และคณะ (18) ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เรียกใช้บริการรถฉุกเฉิน โดยมีการเรียกใช้รถฉุกเฉินเพียงร้อยละ 37

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมองที่พบในการศึกษานี้มากที่สุดคือ Ischemic stroke ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bin Jiang และคณะ (13) ทำการศึกษาปัจจัยที่มาโรงพยาบาลช้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกใน 3 ชุมชนของประเทศจีนมาด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Ischemic stroke ร้อยละ 67.30 รองลงมาคือ Intracerebral hemorrhage ร้อยละ 28.5 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kashif Waqar Faiz และคณะ (17) พบว่าผู้ป่วยในการศึกษาได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke มากที่สุดร้อยละ 64.3 รองลงมาคือ TIA ร้อยละ 27.1 ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยเท่ากับ 79.22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ทั้งหมด รองลงมาคือสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ระดับปานกลาง ส่วนความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองด้วย NIHSS พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.43 (S.D. = 6.88) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อย (Minor stroke) โดยการศึกษาของ Dae Hyun Kim และคณะ (19) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนน NIHSS เท่ากับ 9 คะแนน โดยมีคะแนนตั้งแต่ 4-14 และคะแนน NIHSS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 พบร้อยละ 59.90 ส่วนการศึกษาของ Kashif Waqar Faiz และคณะ (17) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนน NIHSS เท่ากับ 2 โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-5

ในการศึกษานี้เวลาที่พบเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติส่วนมากคือเวลากลางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bin Jiang และคณะ (13) พบว่าอาการที่เริ่มเป็น (onset) จะพบช่วงเวลากลางวัน (ร้อยละ 80.10) มากกว่ากลางคืน (ร้อยละ 15.60) ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากสถานที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคหลอดเลือดสมองถึงโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 28.90

นาที่ (S.D. = 15.84) ส่วนระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเท่ากับ 23.56 กิโลเมตร (S.D. = 15.18) ในการศึกษาของดวงทิพย์ บินไทยสงค์ (12) พบว่าระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใช้เวลาเฉลี่ย 95.29 นาที ซึ่งระยะเวลาที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะสถานที่ในการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาดังกล่าวทำการศึกษาในโรงพยาบาลรามธิบดีซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร อาจเกิดจากสภาพการจราจรที่หนาแน่นทำให้ระยะเวลาเดินทางมากกว่าการศึกษาในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิเคราะห์พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ไม่มีผลต่อระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล อาจเป็นเพราะการใช้สิทธิต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน ทำให้ไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ส่งสามารถตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น (12) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยที่ต้องเสียค่ารักษาเองมีเพียงร้อยละ 0.7

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยจากการศึกษาครั้งนี้อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นการรับรู้ความรุนแรงโรคหลอดเลือดสมองก็มีมากขึ้นตามไปด้วย อาจเนื่องมาจากประสบการณ์

การเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากสื่อต่างๆ มากขึ้นทำให้เกิดความตระหนักและรับรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น เช่นเดียวกับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากญาติหรือผู้ส่งตระหนักหรือมีความรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีการตัดสินใจที่รวดเร็วจากประสบการณ์การรับรู้ถึงผลกระทบที่จะตามมาทำให้สามารถนำส่งโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้กับผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับอาการ การจัดการในภาวะฉุกเฉินโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสิ่งสำคัญเพื่อลดระยะเวลาการมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งมีผลต่อการได้รับยา rt-PA ด้วย ซึ่งจะเป็นการลดอัตราการพิการและอัตราการตายตามมา

2. การให้ความรู้และความตระหนักในการเรียกใช้บริการรถฉุกเฉินทางการแพทย์ (Emergency Medical Service) ด้วยหมายเลข 1669 นั้นถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นและได้รับการรักษาที่ทันท่วงที

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยภายในโรงพยาบาล (In-hospital factors) ด้วยเพื่อจะได้ทราบสาเหตุหรือระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมว่าใช้เวลานาน-น้อยเท่าไร เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA ซ้ำหรือไม่ได้รับยา เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วย ญาติและผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน สมบูรณ์จนทำให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และคณะบุคลากรพยาบาลสาขารั้วมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่ได้ให้โอกาส เวลา และการสนับสนุนแก่คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- (1) กิตติศักดิ์ เก่งสกุล. การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน. วิทยุสุขภาพ. 2550;37:88-91.
- (2) Zerwic J, Hwang SY, Tucco L. Interpretation of symptom and delay in seeking treatment by patients who have had a stroke: Exploratory study. *Heart Lung*. 2007 Jan-Feb;36(1):25-34.
- (3) American stroke association (ASA). Understanding risk (Internet). Texas: American stroke association (ASA); 2560 (cited 2017 Jan 19). Available from: [http://www.strokeassociation.org/STROKE/About Stroke/UnderstandingRisk/UnderstandingRisk_UCM308539_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKE/About%20Stroke/UnderstandingRisk/UnderstandingRisk_UCM308539_SubHomePage.jsp).
- (4) Gargano JW, Wehner S, Reeves MJ. Presenting Symptoms and onset-to-arrival times in patients with acute stroke and transient ischemic attack. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2011 Nov;20(6):494-502.
- (5) Inatomi Y, Yonehara T, Hashimoto Y, Hirano T, Uchino M. Pre-hospital delay in the use of intravenous rt-PA for acute ischemic stroke in Japan. *J Neurol Sci*. 2007 Jul;270:127-32.
- (6) Tanaka Y, Nakajima M, Hirano T, Uchino M. Factors influencing pre-hospital delay after ischemic stroke and transient ischemic attack. *Intern Med*. 2009;48:1739-44.
- (7) นิภาพร ภิญโยศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.
- (8) บุญใจ ศรีสถิตยรรณู. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ชูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.
- (9) Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988. 145-53.
- (10) Kasner SE. Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol*. 2006 Jul;5(7):603-12.
- (11) Shephard TJ. Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke. Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University School of Nursing. 2004.
- (12) ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธุ์ภักดี, พิศสมัย อรทัย, ดิษยา รัตนกร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารเกื้อการุณย์*. 2556;20(1):15-29.
- (13) Jiang B, Ru X, Sun H, Liu H, Sun D, Liu Y, et al. Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Sci Rep*. 2016;6(29795):1-11.
- (14) Hong ES, Kim SH, Kim WY, Ahn R, Hong JS. Factors associated with prehospital delay in acute stroke. *Emerg Med J*. 2011 Sep;28(9):790-3.
- (15) Hsia AW, Castle A, Wing JJ, Edwards DF, Brown NC, Higgins TM, et al. Understanding Reasons for Delay in Seeking Acute Stroke Care in an Underserved Urban Population. *Stroke*. 2011 Jun;42(6):1697-1701.
- (16) Seremwe F, Kaseke F, Chikwanha TM, Chikwasha V. Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Madawi Med J*. 2017 Jun;29(2):171-6.
- (17) Faiz KW, Sundseth A, Thommessen B, Ronning OM. Factors Related to Decision Delay in Acute Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(3):534-39.
- (18) Hawkes MA, Farez MF, Calandri IL, Ameriso SF. Perception of stroke symptoms and utilization of emergency medical services. *Arq Neuropsiquiatr*. 2016 Nov;74(11):869-874.
- (19) Kim DH, Nah HW, Park HS, Choi JH, Kang MJ, Huh JT, et al. Impact of Prehospital Intervention on Delay Time to Thrombolytic Therapy in a Stroke Center with a Systemized Stroke Code Program. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016 Jul;25(7):1665-1670.

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไต โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

The Development of a Discharge Planning Model for Patients with Kidney Stone Surgery at

Sunpasitthiprasong Hospital

ทัศนีย์ กลิ่นหอม¹, ผศ.ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย², ผศ.ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ³

Tasane Klinhom, Dr. Premruetai Noimuenwai, Dr. Suchinda Jarupat Maruo

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 2) ประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดที่พัฒนาขึ้นที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เข้าสนทนากลุ่มในระหว่างสัปดาห์ปัญหาและความต้องการ และการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 10 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างในระหว่างการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดและเข้าพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไต โดยมี คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย และแผนพับความรู้โรคนี้ในไตและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วย เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ซึ่งแบบสัมภาษณ์ทั้งสองชุดมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติที่ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตพัฒนาขึ้น โดย นูรณาการแนวคิดของแมคคีฮาน (McKeehan, 1981) และกิจกรรมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนคือ การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การกำหนดแผนจำหน่าย การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดที่ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 12.9

คำสำคัญ การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไต พฤติกรรม การดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย

Abstract

The purposes of his research and development study were: 1) to develop a discharge planning model for patients who received open kidney stones surgery at Sunpasitthiprasong hospital, 2) to evaluate the developed discharge planning model for patients who received open kidney stones surgery on self-care behaviors, patient satisfaction, and 3) to investigate the readmission number of patients receiving open kidney stones surgery at Sunpasitthiprasong hospital. The purposive samples were composed of 2 groups. 1) The first group who were key informants of a group discussion in the stage of problem identification and model development included 10 registered nurses from the urology ward in Sunpasitthiprasong hospital. 2) The second group, participating in the evaluating stage, who received open kidney stones surgery and admitted at the urology ward in Sunpasitthiprasong hospital. The latter sample was divided into an experimental group and a compared group equally. The experimental tools composed of 1) focus group question guidelines and the developed discharge planning model which was composed of a patient discharge planning manual, an education planning manual, brochures about kidney stones, and self-care after post

¹ นักศึกษาหลักสูตรบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

operation. The data collection tool composed of two questionnaires: the self-care behavior assessment questionnaires and patient satisfaction questionnaires. All research tools were validated for content validity by 5 experts. The content validity index of both interview questionnaires were 0.95 and 0.89 respectively. The Cronbach alpha coefficient of both tools were 0.75 and 0.82 respectively. Data was analyzed by descriptive statistics, content analysis and independent t- test.

The major findings were as follows. 1) The discharge planning model for patients who received kidney stones surgery was developed based on McKeehan's concept (1981) and the D-M-E-T-H-O-D model included a process of 5 steps. These were problems and needs assessment for patients and their relatives, nursing diagnosis, determining discharge planning, implementation of the established plan, and nursing evaluation. 2) Patients who received the developed discharge planning rated their self-care behaviors and satisfaction statistically higher than patients who received routine nursing care at the .05 level. 3) Moreover the readmission number after using the developed model was less than before using the developed model at 12.9 percent.

Keywords: Discharge planning model, Patients with kidney stones surgery, Self-care behavior, Patient satisfaction

บทนำ

โรคนิ่วในไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ทั่วทุกภูมิภาคของโลกและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จากภาวะโลกร้อน รวมทั้งในประเทศไทยพบสูงในผู้ที่อาศัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ⁽¹⁾ โรคนิ่วในไตยังเป็นโรคที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงภายหลังการรักษาในไต แม้ว่าความรุนแรงของโรคนิ่วโดยทั่วไปจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในทันที แต่พบว่าโรคนิ่วในไตก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและปวดเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องขาดงานและเสียเวลาเพื่อมารักษาตัว ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทั้งจากอาการที่เป็นอยู่และค่าใช้จ่ายต่างๆ อีกทั้งทำให้เกิดอันตรายต่อไต ทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมสมรรถภาพลงเรื่อยๆ ไตบวม น้ำจันเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้ายในที่สุด

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด 1,188 เตียง จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่มารับการรักษาพยาบาล ในพ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยนิ่วในไตมารับบริการรักษาพยาบาลที่คลินิกผู้ป่วยนอกจำนวนไม่ต่ำกว่า 3,000 รายต่อปี ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 40-70 จะได้รับการรักษาทางศัลยกรรม จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคนิ่วในไตมีจำนวนสูงสุดมากกว่าโรคทางระบบปัสสาวะอื่นๆ โดยผู้ป่วยโรคนิ่วในไตที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดมีจำนวนเฉลี่ยประมาณ 174-223 รายต่อปี

การดูแลให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่มีโรคนิ่วในไตด้วยการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงในการที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ได้แก่ การเสียเลือด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ปัสสาวะเป็นเลือด และท้องอืดเป็นต้น ซึ่งใน พ.ศ. 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังการจำหน่ายจำนวน 11 ราย จากการวิเคราะห์บริบทในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดในหอผู้ป่วย พบว่ายังไม่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ่วในไตที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนิ่วในไตร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายโรคนิ่วในไต รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

การวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาผู้ป่วย และครอบครัว⁽²⁾ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิดของแมคคีนฮัน⁽³⁾ และ กิจกรรมตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มาใช้ ซึ่งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การกำหนดปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนด

แผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การประเมินผลการพยาบาล และเน้นการดูแลให้คำแนะนำตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับและลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยให้หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตที่มีคุณภาพและพยาบาลวิชาชีพมีกระบวนการวางแผนการจำหน่ายที่เป็นแนวทางเดียวกัน อันจะเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดที่พัฒนาขึ้นที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ จำนวน 10 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการและพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย 2) เป็นผู้ป่วยโรคนี้ในไตที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ในระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ.

2561 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 62 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1. มีอายุระหว่าง 20-70 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคนี้ในไตจากแพทย์และเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิด 3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถอ่านออกเขียนได้ 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การกำหนดขนาดตัวอย่างครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ G*Power สำหรับการใช้สถิติในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน โดยให้มีค่าขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ .80 ค่าอำนาจในการทดสอบทางสถิติ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 56 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากการตอบคำถามไม่สมบูรณ์หรือถอนตัวจากการวิจัยร้อยละ 10 จำนวน 6 คน จะได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการรวม 62 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 31 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 62 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะในระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มีความคล้ายคลึงกัน ในด้านเพศและอายุ โดยการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1.1 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ จำนวน 8 คำถาม สอบถามเกี่ยวกับสภาพการณ์การวางแผนจำหน่ายและปัญหาของผู้ป่วย แล้วนำไปสร้างเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไต

1.2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเปิดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งกำหนด

แผนการสอนตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งมีการติดตามผู้ป่วย หลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผ่นพับความรู้โรคนี้ในไตและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิ ค่ารักษาพยาบาล น้ำหนักและส่วนสูง

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ของผู้ป่วยนี้ในไตที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยครอบคลุมตามกรอบแนวคิด D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งหมด 25 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2.3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์สัน⁽⁵⁾ ทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

2.4 แบบบันทึกการกลับเขามาปรึกษาในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับบันทึกสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติและการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ง่ายและเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือแต่ละฉบับ ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยทั้งฉบับ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ ทดสอบกับผู้ป่วยที่มาปรึกษาในไต ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และคำนวณความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.75 และ 0.82 ตามลำดับ

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2561 เลขที่ 5/2561 และเสนอผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2561 เลขที่ 025/2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นโดยใช้สถิติสำหรับการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

3. วิเคราะห์จำนวนการกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยคิดเป็นร้อยละ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยจำแนกออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1 ระยะสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้ทำสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 ครั้ง ใช้เวลาการประมาณ 60-90 นาที จากการถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพมีดังนี้

1.1 ผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน และการป้องกันการเกิดซ้ำ

1.2 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การหายขาดจากโรค

1.3 พยาบาลวิชาชีพยังขาดรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายในทิศทางเดียวกันไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดความต่อเนื่องในการให้ข้อมูลผู้ป่วย ไม่มีแผนการสอนและแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวที่ชัดเจน ไม่มีระบบการติดตามประเมินผลผู้ป่วยก่อนกลับบ้านอย่างชัดเจน

1.4 พยาบาลวิชาชีพเห็นว่าการวางแผนการจำหน่ายมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมรับการผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิด พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เกิดเป็นนิ้วซ้ำ

1.5 พยาบาลวิชาชีพเห็นว่าการวางแผนการจำหน่ายควรได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสม

2 ระยะเวลาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายขึ้นใช้กรอบแนวคิด โดยได้บูรณาการตามแนวคิดของแมคคีสาน⁽³⁾และกิจกรรมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มาใช้ร่วมด้วยจัดทำคู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผ่นพับความรู้โรคนิ้วในไตและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผ่นพับความรู้โรคนิ้วในไตและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 3 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาให้ความคิดเห็น ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษาเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้งาน

3 ระยะเวลาทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ

แผนการจำหน่าย

เมื่อได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์โดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วย 5 คน ก่อนการทดลองใช้ได้ประชุมเพื่อแจ้งให้ทีมทราบ จากนั้นจึงดำเนินการทดลองปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายมีการให้ข้อมูล การสอน ให้ความรู้เริ่มจากขบวนการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนจำหน่าย การนำแผนจำหน่ายไปใช้ และการติดตามและประเมินผล ในขั้นตอนที่ 3 การกำหนดแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้นำเอากิจกรรมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มาประยุกต์ใช้ในการสอนและการให้ข้อมูล นำปัญหาอุปสรรคในการทดลอง ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้งาน สร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วย

4. ระยะประเมินผลรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 62 คนที่จำแนกเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดตามปกติ กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองเมื่อวันจำหน่ายก่อนกลับบ้าน

ผลการวิจัย

1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่ม เป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 37-52 ปี มีอายุเฉลี่ย 42.5 ปี (SD=4.45) มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 15-31 ปี ค่าเฉลี่ย 20.20 ปี (SD=4.44) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคนิ้วในไตในหอ

ผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาทระหว่าง 9-31 ปี ค่าเฉลี่ย 16.6 ปี (SD=6.67)

2 กลุ่มตัวอย่างในระยะประเมินผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แบ่งเป็น กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 31 รายและกลุ่มทดลองจำนวน 31 ราย พบว่าเป็นเพศชายมากที่สุด ทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 80.6 และ 74.2 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 45.2 และ 38.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 100 และ 96.8 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 93.5 และ 90.3 ตามลำดับ) มีอาชีพเกษตรกร เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 87.1) สิทธิการรักษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 96.8 และ 90.4 ตามลำดับ) และดัชนีมวลกายทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 77.4 และ 67.7 ตามลำดับ)

3.ผลการประเมินรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย มีดังนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.60, SD=.10) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และด้านการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับมาก ด้านการรับประทานยา ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและด้านการดูแลภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับนิวไทดและด้านการรับประทานอาหารและน้ำอยู่ในระดับน้อย ส่วนกลุ่มทดลองพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.42, SD=.06) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับประทานยา ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการรับประทานอาหารและน้ำอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับนิวไทดและด้านการดูแลภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านและการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n_1=31$, $n_2=31$)

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง ($n_1=31$)			กลุ่มเปรียบเทียบ ($n_2=31$)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1.ด้านความรู้เกี่ยวกับนิวไทด	4.37	.25	มาก	1.90	.23	น้อย	40.08	<.05 *
2.ด้านการรับประทานยา	4.88	.18	มากที่สุด	3.41	.26	ปานกลาง	25.78	<.05 *
3.ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ	4.69	.27	มากที่สุด	3.64	.41	มาก	11.72	<.05 *
4.ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	4.93	.21	มากที่สุด	3.33	.39	ปานกลาง	19.77	<.05 *
5.ด้านการดูแลภาวะสุขภาพ	4.21	.30	มาก	2.71	.22	ปานกลาง	22.36	<.05 *
6.ด้านการมาตรวจตามนัด	4.90	.20	มากที่สุด	3.69	.24	มาก	21.13	<.05 *
7.ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ	4.59	.19	มากที่สุด	1.95	.21	น้อย	51.54	<.05 *
โดยรวม	4.42	.06	มาก	2.60	.10	ปานกลาง	81.23	<.05 *

*p<.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n_1=31$ $n_2=31$)

กลุ่มตัวอย่าง	n	พฤติกรรม		t	p-value
		$\bar{x}$	SD		
กลุ่มทดลอง	31	4.42	.06	81.23	<.05 *
กลุ่มเปรียบเทียบ	31	2.60	.10		

* $p < .05$

พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.58$, $SD = .17$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านคุณภาพของการบริการ ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ ด้านการประสานงาน ด้านอรรถาธิบายและความสนใจต่อผู้รับบริการ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่ม

ทดลองความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผ่าตัดนิ้วในไตแบบเปิดที่พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.79$, $SD = .11$) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจรายด้านระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n_1=31$, $n_2=31$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง ($n_1=31$)			กลุ่มเปรียบเทียบ ($n_2=31$)			t	p-value
	$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1.ด้านความสะดวกสบายที่ได้รับ	4.54	.29	มากที่สุด	3.43	.40	ปานกลาง	12.35	<.05 *
2.ด้านการประสานงาน	4.77	.42	มากที่สุด	3.41	.50	ปานกลาง	11.47	<.05 *
3.ด้านอรรถาธิบายและความสนใจต่อผู้รับบริการ	4.70	.30	มากที่สุด	3.49	.29	ปานกลาง	15.84	<.05 *
4.ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ	4.84	.14	มากที่สุด	3.49	.31	ปานกลาง	21.53	<.05 *
5.ด้านคุณภาพของการบริการ	4.88	.21	มากที่สุด	3.80	.30	มาก	16.09	<.05 *
6.ด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ	4.95	.19	มากที่สุด	3.91	.22	มาก	19.07	<.05 *
โดยรวม	4.79	.11	มากที่สุด	3.58	.17	มาก	31.76	<.05 *

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n_1=31, n_2=31$)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความพึงพอใจของผู้ป่วย		t	p-value
		$\bar{x}$	SD		
กลุ่มทดลอง	31	4.79	.11	31.76	<.05 *
กลุ่มเปรียบเทียบ	31	3.58	.17		

*p <.05

จากการศึกษา พบว่าจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 4 ราย (รายละหนึ่งครั้ง) หลังผ่าตัด ตามข้อมูล 1 เดือน คิดเป็นร้อยละ 12.9 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 2 ราย เป็นโรคปัสสาวะเป็นเลือดจำนวน 1 ราย และเป็นโรคแผลติดเชื้อจำนวน 1 ราย

ผลวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแตกต่างกัน โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 12.9 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไวดแบบเปิดครั้งนี้ ก่อนพัฒนารูปแบบผู้วิจัยได้ดำเนินการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในไวดร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคนี้ในไวด ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนจำหน่าย ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยนำแนวคิดของแมคคีสาน⁽³⁾ และรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยใช้แนวคิดของแมคคีสาน⁽³⁾ และรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มีความเหมาะสมต่อการใช้งานและมีคุณภาพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้งนี้เนื่องจากมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ

ความช่วยเหลือของผู้ป่วยและญาติ 2) การวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์ 3) การกำหนดแผนจำหน่าย 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การประเมินผลการพยาบาลและในขั้นตอนที่ 3 การกำหนดแผนจำหน่าย นำเอากิจกรรมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มาประยุกต์ใช้ ที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถค้นพบและแก้ไขปัญหาที่พบได้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสซักถามปัญหาต่างๆ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความพร้อม ความรู้ สนับสนุน สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีการมอบหมายบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างชัดเจน มีแผนการดำเนินงานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนี้ไว้ได้ที่ทำผ่าตัดนิ้วในไวด แบบบันทึกการให้คำแนะนำ/สอนผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในไวดในระหว่างเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

ผลการประเมินรูปแบบการวางแผนจำหน่ายพบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) มีข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยคือ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มทดลองพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมากที่สุด 3 ลำดับได้แก่ ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ ด้านความรู้เกี่ยวกับ นิ้วในไวด ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เนื่องจากก่อนพัฒนามิ

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน หลังการพัฒนาได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย คู่มือการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผ่นพับความรู้โรคนี้ในไตและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดมาใช้กับผู้ป่วย มีการสื่อสารแบบ 2 ทางในการให้ความรู้ผู้ป่วย มีการประเมินติดตามเป็นระยะ ให้ความสนใจผู้ป่วยมากขึ้น โทรศัพท์ติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านง่ายขึ้น ช่วยให้ผู้มีความรู้ ส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาของวรวิศรา ศักดาจิระเจริญ⁽⁶⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาเรวดี ศรีสุข⁽⁷⁾ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและมีความสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของชนิษฐ์นาฏ จุริมาศ⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายไปแล้ว 3 เดือนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยคือ ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มทดลองความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมากที่สุด 3 ลำดับได้แก่ ความพึงพอใจด้านการประสานงาน ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ และด้านอรรถาธิบายและความสนใจต่อผู้รับบริการ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่าย เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วย

และญาติได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว ได้รับความสนใจและเอาใจใส่อำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ มากขึ้น พึงพอใจต่อการพูดคุยซักถามรับฟังอย่างเป็นกันเอง ด้วยท่าทางที่ยิ้มแย้มแจ่มใส พึงพอใจต่อข้อมูลที่รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลหลังผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในไตและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พึงพอใจประทับใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับจากทีมให้การพยาบาลสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณ นาควัชรางกูร⁽⁹⁾ ที่พบว่ามารดาหลังคลอดปกติที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลสูงกว่ามารดา ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุกัญญา พลอาทิตย์⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับผลการศึกษาของกันทิมา ขาวเหลือง⁽¹¹⁾ ที่ได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องแล้วพบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในระดับดีมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของโศรดา ชุมนุ้ยและคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับหลังใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของพุดสุข จันทโรครด⁽¹³⁾ ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผิวหนังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 98.9)

จากการศึกษาพบว่าจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.9 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในกลุ่มเปรียบเทียบโดยเป็นโรคติดเชื้อ

ทางเดินปัสสาวะจำนวน 2 ราย เป็นโรคปัสสาวะเป็นเลือดจำนวน 1 ราย และเป็นโรคแผลติดยาจำนวน 1 ราย การที่จำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเนื่องจากพยาบาลให้ความสำคัญในการให้บริการพยาบาลสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพบริการด้านความพร้อมในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามการวางแผนจำหน่าย กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านก่อนออกจากโรงพยาบาลตามการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้การเตรียมผู้ป่วยโดยการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองร่วมกับการได้รับคู่มือแผ่นพับนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านทำให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวรรณ นาควิธราชกูร⁽⁹⁾ ที่พบว่ามารดาหลังคลอดปกติได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่าของมารดาและทารกหลังคลอดปกติที่ได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1 ผู้บริหารควรสนับสนุนการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไต่แบบเปิด

ในหน่วยงานและสนับสนุนในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย การทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ พร้อมมีการประเมินผลการใช้รูปแบบเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นเหมาะสมกับการใช้ในหน่วยงาน หากหน่วยงานอื่นจะนำไปประยุกต์ใช้ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการเฉพาะที่อาจแตกต่างจากผู้ป่วยนี้ในไต่ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1 ศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดนี้ในไต่หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง เช่น ทุก 6 เดือน ทุก 1 ปี และ 2 ปี

2 ศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดนี้ในไต่ต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการจำหน่าย

3 การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในไต่แบบเปิดโดยใช้แนวคิดของแมคคีสาน⁽³⁾ และกิจกรรมตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D⁽⁴⁾ มาใช้ร่วมด้วยในการกำหนดแผนการพยาบาลควรมีการประเมินความพึงพอใจของทีมพยาบาลในการใช้รูปแบบเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปใช้งาน

เอกสารอ้างอิง

- 1.พัชรินทร์ ชนะพาห์. ปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ในไต่.ประเด็นของสารเคลือบและออกซาลेट. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2554; 29(6): 299-308.
- 2.วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
- 3.Mc Kechan, K M. Continuing Care:A Mutidisciplinary Approach to Discharge Planning.St.Louis:the C.V.Mosdy,1981.
- 4.กฤษณา แสงวดี, ชีรพร สติธองกูร, และเรวดี ศิรินคร.แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย.กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2539.
- 5.Aday, L. A., & Andersen, R. A framework for the study of access to medical care. Health services research,1974, 9(3): 208 -220.
- 6.วิรสรา สักดาจิระเจริญ. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา.วารสารสมาคมพยาบาล. 2553; 59(3): 27-35.

- 7.เรวดี ศรีสุข. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่).สมุทราคาร: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2558.
- 8.ชนิษฐ์นาฏ จูริมาศ. ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเสลภูมิสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558,12(2): 17-23.
- 9.สุวรรณ นาควิธราชกูร. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายมารดาและทารกคลอดปกติในโรงพยาบาลชุมชน(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, 2546.
- 10.สุกัญญา พลอาทิตย์. การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต).ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น , 2550.
- 11.กันทิมา ขาวเหลือง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).ปทุมธานี.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.
- 12.ไศรดา ชุมน่วย, อนุญา เข้มวัง, และธนรัตน์ ไชยโสภ. ผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยในโรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.2552, 2 (2): 74-83.
- 13.พูลสุข จันทร โคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.2556, 31(3):186-194.

ปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

Antecedent and consequence of Sense of Coherence among patient

with hepatocellular carcinoma

ยงยุทธ วัฒนาไชย¹, รสวลีย์ อักษรวงค์², วิรินทร์ กิตติพิชัย³

Yongyut Watanachai, Rosewalee Ugsornwong, Wirin Kittipichai

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปตีความ ผลการศึกษาพบว่า 1) ความเข้มแข็งในการมองโลกส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีแบ่งเป็น 3 ด้านดังนี้ 1) ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากการกระทำหรือพบเห็นเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิตซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้อื่นซึ่งจะสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลซึ่งประสบการณ์ในลักษณะนี้จะ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะที่เจ็บป่วยได้ ประสบการณ์เกี่ยวกับการบรรลุถึงเป้าหมายในชีวิตที่กำหนดไว้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่าและพร้อมที่จะรับการรักษาไม่ว่าจะเกิดผลข้างเคียงมากน้อยแค่ไหน การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการเกิดสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวเป็นเรื่องปกติที่พร้อมจะเผชิญและเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านจิตใจการให้กำลังใจ การให้คำแนะนำความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและการดูแลตนเองขณะที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมาซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ หรืออุปกรณ์อันเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองขณะที่ได้รับการรักษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ความคิดเชิงบวกพบว่าผู้ป่วยที่มองสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวหรือมีปัญหาดังกล่าวที่เข้ามาในชีวิตในทางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ในขณะเดียวกันก็จะส่งผลดีในทางรักษาด้วย

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งในการมองโลก, ประสบการณ์ชีวิต, การสนับสนุนทางสังคม, ความคิดเชิงบวก

¹ นิติหัตถ์กร วิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² อาจารย์ สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกเนื่องจากการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 500,000 – 1,000,000 คน/ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่พบได้มากในทวีปเอเชีย เช่น เกาหลี จีน ญี่ปุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่พบการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้ในทุกภูมิภาคของประเทศ ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีนั้นพบมากในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมีอัตราการเกิดโรคสูงที่สุดในโลกประมาณ โดยมีอัตราการตายของโรคถึง 96 คน ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับ 1 ปีละประมาณ 28,000 คน⁽¹⁾ พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 -5 เท่า ในช่วงอายุ 40-70 ปี เป็นมะเร็งระดับปฐมภูมิที่ประกอบไปด้วย มะเร็งตับชนิด Hepatocellular carcinoma ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เรียกว่ามะเร็งตับ มีปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือไวรัสตับอักเสบบีแบบเรื้อรังถึงร้อยละ 80 การดื่มแอลกอฮอล์ และได้รับสารเคมี เป็นต้น การเจ็บป่วยในระยะแรกของโรคมักไม่แสดงอาการและยังไม่มีอาการวินิจฉัยหรือตรวจคัดกรองที่จำเพาะ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายแล้วโดยอาการรบกวนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมาพบแพทย์ ส่วนอาการที่เฉพาะเจาะจงกับโรค ได้แก่ ดีซ่าน ปวดท้อง คันตามร่างกาย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรายงานการเกิดอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป จำนวนของอาการที่เพิ่มขึ้นบ่งบอกถึงการลุกลามของโรคและการรักษาที่มีความซับซ้อนที่ต้องใช้ทีมสุขภาพที่มีความชำนาญการเฉพาะด้านหลายสาขา มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาพบแพทย์อยู่ในระยะที่มีการลุกลามของโรคแล้วทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดด้วยการผ่าตัดได้ เนื่องจากพบว่าการสูญเสียการทำหน้าที่ของตับ และสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมของผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การใช้เคมีบำบัด การฉายแสง การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการ และการรักษาแบบประคับประคอง โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การปรับทัศนคติที่ดีต่อการเผชิญกับ

ปัญหาที่เข้ามากระทบได้อย่างเข้มแข็ง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งในวาระสุดท้ายของชีวิต⁽²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี คุณภาพชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งก่อนและหลังรับการรักษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทางคลินิกนั้นมีแนวโน้มลดลงในมิติด้านร่างกายคือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากการลุกลามของโรคก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายระบบ เช่น การอาการรบกวนส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย สมรรถภาพทางเพศเสื่อม มีความวิตกกังวล กลัว รู้สึกไม่แน่นอนกับชีวิต และมีภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคจนเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัดในทุกๆ ด้าน

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความว่าในการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอาการ สภาพทางจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary ⁽³⁾ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตดังกล่าว มาเป็นกรอบในการคัดสรรตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะลุกลาม เพื่อประเมินความผาสุกของผู้ป่วยทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านอารมณ์/จิตใจ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Wilson and Cleary ที่ว่าแรงจูงใจส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการคงไว้ซึ่งภาวะการทำหน้าที่ดีอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการนั้นได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่ง ชูศรี ภูชัยสิทธิ์ และคณะ ⁽⁴⁾ พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี นอกจากนี้ยังพิจารณาแล้วว่าเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปจัดการกระทำหรือให้การพยาบาลตามบทบาทอิสระได้แก่ การจัดการกับอาการ และ

ความเข้มแข็งในการมองโลก เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวเป็นลักษณะเฉพาะด้านการรับรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกรูปแบบการปฏิบัติเพื่อบำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆที่เข้ากระทบกับชีวิตของบุคคล

ซึ่ง Antonovsky⁽⁵⁾ มองว่าเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคลที่จะช่วยให้คนมีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ จึงเห็นได้ว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยบุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะเป็นผู้ที่สามารถพิจารณาหรือประเมินเหตุการณ์ต่างๆได้ถูกต้องตามเกณฑ์ ทำให้บุคคลทนต่อความยุ่งยาก สับสน และความเจ็บป่วย มีผลต่อความสามารถในการจัดการปัญหา และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี จึงสามารถดำรงความมีสุขภาพดีและมีความสุขในชีวิตได้ สำหรับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีนั้น คาดว่า จะมีแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในทางลบ เช่น รับรู้ว่าเป็นแล้วรอวันตาย รักษาไม่หาย การลุกลามของโรคทำให้เกิดอาการรบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และเสียชีวิตในที่สุด ความไม่แน่นอนของการดำเนินโรคก่อให้เกิดความวิตกกังวล จึงอาจส่งผลต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความเข้มแข็งในการมองโลกตามแนวคิดของ Antonovsky ที่เชื่อว่าบุคคลยังคงมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจเมื่อเผชิญสิ่งเร้าที่มากกระทบเมื่อมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง และแนวคิดด้านคุณภาพชีวิตของ Wilson & Cleary ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมากขึ้น อันจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี

วิธีการวิจัย

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีโดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การเลือกผู้ให้ข้อมูล : เป็นผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีจำนวน 8 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกดังนี้⁽⁶⁾

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งระดับหรือมะเร็งท่อน้ำดี 2) มีอายุระหว่าง 15 – 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทยได้ดี 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท และยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการทำกลุ่มสนทนาในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี โดยใช้เครื่องมือคือ แนวคำถามในการสนทนาได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยได้กำหนดโครงสร้างของการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก ที่มีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี พร้อมทั้งได้เน้นย้ำการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มโดยขอความร่วมมือให้รักษาความลับของข้อมูลจากการสนทนารวมทั้งขออนุญาต จดบันทึกข้อมูลและบันทึกเทปการสนทนา เพื่อจะได้บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้อง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการทำกลุ่มสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับตัวอย่างที่คัดเลือกไว้โดยใช้เวลาในการทำกลุ่มสนทนา 45 นาที จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3, ของเดือน โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ประชุมชี้แจงข้อมูลในการดำเนินงานแก่ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน

2) ผู้วิจัยติดต่อตัวอย่างโดยตรงเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการเก็บข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล

3) เมื่อตัวอย่างศึกษาตกลงที่จะให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่ออย่างเป็นทางการโดยทำหนังสือจากสาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา คณะครู ศาสตราจารย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและเข้าไปติดต่อด้วยตนเองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบเขตการเก็บข้อมูล และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บข้อมูล กับตัวอย่าง

5) ดำเนินการเก็บข้อมูล ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยมีขั้นตอนดังนี้

5.1 ขั้นตอนการแนะนำตนเองแนะนำตนเองอย่างเปิดเผยและจริงใจ

5.2 การเข้าถึงตัวอย่างผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับตัวอย่างและบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับตัวอย่างด้วยการวางท่าทีอ่อนน้อมถ่อมตน มีความเป็นกันเอง เพื่อให้ตัวอย่างไม่รู้สึกอึดอัดใจ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนขออนุญาต บันทึกภาพ บันทึกเสียง

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการทำกลุ่มสนทนากับตัวอย่าง อย่างไม่เป็นทางการตามประเด็นที่ศึกษา

6) ถอดเทปแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์เนื้อหา

4. การวิเคราะห์ข้อมูลสรุปประเด็นหลัก อธิบายถึงบริบทและเงื่อนไขต่างๆ ของปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

ผลการวิจัย

จากทบทวนวรรณกรรมและศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกมองโลกในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบว่า

1. ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นวิธีมองโลกและมองชีวิตของตนเองอย่างกว้างๆ ทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องหนึ่งเรื่องใดปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เวลาใดเวลาหนึ่งหรือสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งและเป็นการรับรู้ทั้งองค์ประกอบทางด้านสติปัญญา อารมณ์และความรู้สึกตามสภาพความเป็นจริงความเข้มแข็งในการมองโลกได้รับการพัฒนาตั้งแต่แรกเกิด และจะเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่วัยรุ่น ความเข้มแข็งในการมองโลกและจะพัฒนาอย่างเต็มที่ในช่วง 30 ปีแรกของชีวิต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นผ่านเข้ามาในชีวิต จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกแล้วประกอบด้วย

1.1 ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้อื่นซึ่งจะสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลซึ่งประสบการณ์ในลักษณะนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะที่เจ็บป่วยได้

1.2 ประสบการณ์เกี่ยวกับการบรรลุถึงเป้าหมายในชีวิตที่กำหนดไว้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่าและพร้อมที่จะรับการรักษาไม่ว่าจะเกิดผลข้างเคียงมากน้อยแค่ไหนและพยายามกำหนดเป้าหมายในการรักษาโรคเพื่อให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพ

1.3 การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวเป็นเรื่องปกติที่พร้อมจะเผชิญและสามารถแก้ไขได้เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องในการดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วย

2.1 การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข

2.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และการดูแลตนเองขณะที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้

2.3 การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมาซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

2.4 การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ หรือ อุปกรณ์อันเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองขณะที่ได้รับการรักษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความคิดเชิงบวก พบว่าผู้ป่วยที่มองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวหรือมีปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตในทางที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไข ปัญหาได้ในขณะเดียวกันก็จะส่งผลดีในทางรักษาด้วย

สรุปและอภิปรายผล

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นวิธีในการมองชีวิตของตนเองอย่างกว้างๆ ทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจง เรื่องหนึ่งเรื่องใดปัญหาใดปัญหาหนึ่ง เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งและเป็นการรับรู้ทั้งองค์ประกอบ ทางด้านสติปัญญา อารมณ์และความรู้สึกตามสภาพความเป็นจริง ความเข้มแข็งในการมองโลกได้รับการพัฒนา ตั้งแต่แรกเกิด และจะเพิ่มขึ้นจนเข้าสู่วัยรุ่น ความเข้มแข็งในการมองโลกจะพัฒนาอย่างเต็มที่ในช่วง 30 ปีแรกของชีวิต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านเข้ามาในชีวิตพบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ซู ศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ ความหมายเกี่ยวกับมะเร็งระดับและท่อน้ำดีว่า เมื่อเป็นเนื้องอกตับ มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี จะมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป ตามประสบการณ์ การรับรู้จากการพบเห็นบุคคลที่เป็นโรคนี้อยู่ด้วยตนเอง จากการบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิด และจากสื่อต่างๆ ผู้ป่วยทุกคนให้ความหมายของมะเร็งระดับและท่อน้ำดีไปในทางที่รุนแรง น่ากลัว ว่าเป็นแล้วรอวันตาย ปล่อยไว้นานรักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็นโรคของเวรกรรม ผ่าตัดอาจมีโอกาสรอด ผ่าตัดตายไม่ผ่าก็ตาย เป็นต้น จากสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่านี้ จึงอาจตีความได้ว่า มุมมองที่ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีมีต่อโรคนั้นเป็นไปในทางลบ เป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาได้ไม่สามารถที่จะพยากรณ์ของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ จึงอาจมีความรู้สึกท้อแท้ต่อการดำรงชีวิต จึงทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวลด

น้อยลงด้วยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลกถูกนำมาศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการนำมาศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น ในการศึกษาของ นิธญา ฤทธิเพชร (2554)⁽⁷⁾ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ระดับสถิติ .01 ($r = .47$) นั้นหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ GerasimCik-Pulkoet al. (2009)⁽⁸⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษา หากมีระดับความเข้มแข็งในการมองโลกที่สูง จะส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกด้านจิตใจ และยังช่วยให้มีความทุกข์ทรมานกับอาการปวดและอาการเหนื่อยล้า น้อยลงด้วย และพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับที่สูงของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการทำหน้าที่ด้านสุขภาพ และมีความทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยล้า อาการเบื่ออาหาร น้อยลง และยังพบว่าผู้ป่วยประสบกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายน้อยลง

ดังนั้นความเข้มแข็งในการมองโลกจึงเป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทั้งสิ้นซึ่งประสบการณ์เหล่านี้มาจากปัจจัยด้านจิตใจ โครงสร้างทางสังคมและเหตุการณ์ในอดีต-วัฒนธรรมโดยประสบการณ์ที่ได้รับอยู่ในลักษณะที่มีความสม่ำเสมอมีความรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนและได้รับความสมดุลระหว่างการถูกทำโทษกับการได้รับรางวัลความสำเร็จและความล้มเหลวซึ่งเหล่านี้จะพัฒนามาเป็นบุคลิกภาพด้านหนึ่งของบุคคลที่ประกอบด้วยความสามารถเข้าใจได้ ความสามารถจัดการได้และการเห็นคุณค่าความหมาย

2. การสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ซึ่ง

พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคนทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นส่วนหนึ่งมาจากการมี แรงสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพเช่นบุคคลในครอบครัวที่คอยดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานที่คอยให้กำลังใจ หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ และมีสถานบริการสุขภาพที่ทั่วถึง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเผชิญปัญหา และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จากแนวคิดของ Pender (1987 : 396) ⁽⁹⁾ กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามิ ภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กษุฑกร หว่างนุ่น (2550 : บทคัดย่อ) ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับยาเคมีบำบัด พบว่าการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่เข้ารับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับยาเคมีบำบัดประสบความสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น ช่วยลดความเครียดและนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ขนิษฐา นิลสร (2544 : บทคัดย่อ) ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล

ตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่เข้ารับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษานอกจากนี้ เมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยย่อมมีทางเลือกที่จะไปหาสถานที่ในการรักษาโรคที่ตนเองพึงพอใจ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ในที่นี้หมายถึงสถานบริการทางสาธารณสุขถึงแม้ว่าในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้มีโอกาสเลือกสถานพยาบาลที่ตนเองพอใจ หากสถานพยาบาลดังกล่าว รวมทั้งการบริการจากบุคลากรทางสาธารณสุขไม่เป็นที่พอใจของผู้ป่วยเนื่องจากสาเหตุใดก็ตาม ผู้ป่วยย่อมหาหนทางที่จะเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลที่พึงพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลมหาราชนครพิจิตรเชิงใหม่ (2545 : บทคัดย่อ) ⁽¹²⁾ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความต้องการการดูแลสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับยาเคมีบำบัด พบว่าในการดูแลและความช่วยเหลือผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรในโรงพยาบาลรับรู้และเข้าใจความรู้สึกและความต้องการทางอารมณ์ คล้ายกับการศึกษาของน้ำทิพย์ แสงจันทร์ (2537 : บทคัดย่อ) ⁽¹³⁾ ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้ารับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยนั้นต้องการพยาบาลที่เข้าใจผู้ป่วยอย่างถ่องแท้มีความอดทนที่จะคอยช่วยเหลือ ส่งเสริม และประคับประคองให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองต่อไปได้

3. ในด้านความคิดเชิงบวก พบว่าผู้ป่วยที่มองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวหรือมีปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตในทางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหได้ในขณะเดียวกันก็จะส่งผลดีในทางรักษาด้วย จากแนวคิดของ ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (ดวงเดือน พันธุสินวิน 2538 : 101) ⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า สุขภาพจิตที่ดีเป็นเสมือนเครื่องเชื่อมโยงจิตใจ ส่งผลผลักดันและกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม ออกมาในทางที่ดี หรือกล่าวได้ว่า ผู้ที่รู้เรื่องสุขภาพรู้วิธีการรักษาสุขภาพอยากเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีในอนาคต เชื่อว่าตนเองทำได้ ก็อาจไม่ทำหรือไม่ทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาพร คงเพชร (2538 : บทคัดย่อ) ⁽¹⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่อง ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการฉายรังสี

ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการฉายรังสีและการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Torabi and Seffin (1989 : บทคัดย่อ) ⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาการให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี พบว่า การให้ความรู้มีความจำเป็น นอกจากทำให้ผู้ป่วย มีความรู้และเจตคติต่อรังสีรักษาดีขึ้นแล้วยังทำให้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากผลการวิจัยพบว่า จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรักษานอกจากจะรักษาทางกายแล้ว สิ่งที่สำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจคือการสนับสนุนด้านจิตสังคม พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีดังนี้ (1) ประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากบุคคลได้กระทำหรือได้พบเห็นเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิตซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้อื่นซึ่งจะสอดคล้องกับความคาดหวังของบุคคลซึ่งประสิทธิภาพในลักษณะนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะที่เจ็บป่วยได้ (2) ประสิทธิภาพเกี่ยวกับการบรรลุถึงเป้าหมายในชีวิตที่กำหนดไว้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่าและพร้อมที่จะรับการรักษาไม่ว่าจะเกิดผลข้างเคียงมากน้อยแค่ไหน (3) การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการที่สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวเป็นเรื่องปกติที่พร้อมจะเผชิญและเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติไปในทางที่ถูกต้องซึ่งประกอบด้วย (1) การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้กำลังใจ การให้คำแนะนำ ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและการดูแลตนเองขณะที่ได้รับการรักษาจากสถานบริการทางสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ (3) การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมาซึ่งอาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

ได้ (4) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือโดยตรงในด้านสิ่งของ หรืออุปกรณ์อันเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเองขณะที่ได้รับการรักษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ในด้านความคิดเชิงบวก พบว่าผู้ป่วยที่มองสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวหรือมีปัญหาต่างๆที่เข้ามาในชีวิตในทางที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและสามารถแก้ไขปัญหาได้ ในขณะที่เดียวกันก็จะส่งผลดีในทางรักษาด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. สำหรับนักวิจัยที่สนใจศึกษาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีโดยนำแบบจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ หรืออาจศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม โดยอาจปรับเปลี่ยนตัวแปรให้เหมาะสมกับเนื้อหา องค์ประกอบของตัวแปร บริบทของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีบริบทที่แตกต่างกัน
2. ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ตัวแปรต่างๆ ที่นำมาเข้าร่วมอธิบาย แสดงว่าจะมีตัวแปรอื่นที่ยังสามารถอธิบาย ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีในด้านต่างๆ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ความเชื่อมั่นในการรักษา การยอมรับสถานะการเจ็บป่วย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการจัดทำและการหาข้อมูลเพื่อดำเนินการและได้รับความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.รสวลีย์ อักษรวงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัช กิตติพิชัย ที่ให้คำแนะนำ ปรีกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จึงทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2552 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2552.
- พลชัย จรัสเจริญวิทยา. Cholangiocarcinoma. ใน ศดาพร มานัสสสถิต, สุพจน์ พงศ์ประสพชัย และ อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), Clinical practice in Gastroenterology. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร, 2553, 394-405
- Wilson, I.B. and Cleary, P. D. Linking clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcomes. Journal of American Heart Association. 1 (1995) : 59 – 65.
- ชูศรี คูชัยสิทธิ์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ และ สลักจิต ศรีมงคล. การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี. ศรีนครินทร์เวชสาร, 2548, 190-169.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- วานิช มาลัยและอรสา ปานขาว. วิธีการศึกษาทางนิเทศศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2548, 46.
- นิตยา ฤทธิ์เพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการกับตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). (กรุงเทพมหานคร): จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- GerasimČik-Pulko, V., Pileckait-Markovien, M., Bulotien, G. and Ostapenko, V. (2009). Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. ACTA MEDICA LITUANICA. 16, 139–144.
- Pender, N J. Health Promotion in Nursing Practice. New York : Appleton and Lange, 1987.
- Pender, N J. Health Promotion in Nursing Practice. 3th ed. Stamford : Appleton- Century Crofts, 1996.
- กชชุกร ห่วงนุ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). (กรุงเทพมหานคร) : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- ชนิษฐา นิลสร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) (กรุงเทพมหานคร): มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
- มหาราชนครเชียงใหม่, โรงพยาบาล. ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2545.
- น้ำทิพย์ แสงจันทร์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการเคมีบำบัด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). (สงขลา): มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2537.
- ดวงเดือน พันธุวนิน. ทฤษฎีต้นไม้งีจริยธรรมสำหรับคนไทย : การวิจัยและการประยุกต์. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2538, 101.
- ชฎาพร ดงเพชร. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาการข้างเคียง ของการฉายแสงในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) (กรุงเทพมหานคร): มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
- Torbi, M.S. and J.R. Seffrin. "Evaluation of the Effects of Cancer Education on Knowledge, Attitude, and Behavior of University Undergraduate Student," Journal Cancer Education. 4(February 1989): 39-47.
- นิตยา ฤทธิ์เพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการกับตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). (กรุงเทพมหานคร): จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

ความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ

อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Association of Health Promotion of Nutrition and Food Consumption in Elderly

at Bang Pa-In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province.

กริช เรืองไชย¹, อภิญา อุตรชัย², นัชชา ยนต์³Ruangchai K¹, Uttarachai A², Yunti N³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional s Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 3,384 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษาจำนวน 328 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เก็บข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหาร ดังนี้ 1) การรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ 2) กิจกรรมทางเดินร่างกาย 3) แบบบันทึกการบริโภคอาหารต่อเนื่อง 7 วัน โดยวิธีการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 15 – 28 กุมภาพันธ์ 2561 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารโดยใช้สถิติสมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ(Multiple Regression)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่จะได้สารอาหารไม่ครบถ้วน มีค่าเฉลี่ย 4.53 (S.D. = 0.89) และโรคเจ็บตามข้อเกิดจากการได้รับกรดยูริกจากอาหารมากเกินไป มีค่าเฉลี่ย 6.34 (S.D. = 0.95) ปริมาณการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างการบริโภคในกลุ่มข้าวคือ ข้าวเหนียวเฉลี่ย 389.36 กรัมต่อวัน กลุ่มอาหารตามสั่งบริโภคเฉลี่ย 276.81 กรัมต่อวัน และอาหารปรุงประกอบเพิ่มบริโภคเฉลี่ย 244.07 กรัมต่อวัน การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารแบบผัดผัสน

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ ผู้สูงอายุ

Abstract

The objective of this cross-sectional descriptive study was to determine the Association of Health Promotion of Nutrition and Food Consumption in Elderly at Bang Pa-In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. the population was 3,384 and participants were 328 elderly, Bang Pa-In District, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Health promotion of nutrition collected using interview questionnaire. Data on food consumption were collected by the use of a record. All data were collected during the period 15 – 30 February, 2018. Multiple regression with adjustments for health promotion of nutrition was used to analyze the associations between food consumption. The results revealed that most of the subjects were nutrition awareness is lower than evaluation criteria, recognition of consumption of food is not complete nutrients with an average 4.53 (SD = 0.89), pain in the joints by getting uric acid from food consumption with an average 6.34 (SD

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการจัดการสถานพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

² อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³ อาจารย์ สาขาวิชาการจัดการสถานพยาบาล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

= 0.95), little physical activity (54.39 %) and sticky rice consumption with an average 389.36 grams/day, pad thai consumption with an average 276.81 grams/day, cooked food added in noodle consumption with an average 244.07 grams/day, nutritional awareness correlated.

Key words: Health Promotion, Nutrition, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2548 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มร้อยละ 10 ของประเทศ ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี 2564 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และในปี 2574 จะมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) วัยของผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้ร่างกายขาดความสมดุลของร่างกายและส่งผลทำให้เกิดปัญหาภาวะสุขภาพเกิดการเจ็บป่วยตามมา และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง จึงนำไปสู่การเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังดังกล่าว ดังนั้น กลุ่มผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ต้องให้ครบ 5 หมู่ ควรบริโภคอาหารที่หลากหลายหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง และควรออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีกิจกรรมทางกายทั้งกิจกรรมหนัก กิจกรรมปานกลาง และกิจกรรมเบาเพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันโรคเรื้อรังที่เป็นความเสี่ยงเกิดโรคของผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุการขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ทำให้อวัยวะที่ต้องใช้กล้ามเนื้อของร่างกายไม่แข็งแรงซึ่งส่งผลเกิดภาวะอ่อนแรงผิดปกติได้ง่าย และการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากกลุ่มอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีไขมันสูง รสชาติเค็มจัด หวานจัด หรือมีโซเดียมสูง ทำให้ได้รับปริมาณสารอาหารดังกล่าวเกินความจำเป็นของร่างกายส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา(กรมอนามัย, 2557)

ผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องมีสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเข้าถึงอาหารกลุ่มที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสชาติหวานจัด เค็มจัดได้ง่าย และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและกิจกรรมทางกายค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ และเป็นข้อมูลประกอบในการนำไปปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional servry research) โดยมีขั้นตอนของการศึกษาเพื่อการได้มาของข้อมูลในการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 3,384 คน คำนวณขนาดตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากรและได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 328 คน ดังนี้ (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2552)

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

$$N = 3,384$$

$$Z_{\alpha_2} = 1.96$$

$$P = 0.25 \text{ (สุวิตรา สร้างนา, 2558)}$$

$$e = 0.05$$

$$\text{Design effect (deff)} = 1.25$$

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนทั้งสิ้น 266 คน
ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 เพื่อป้องกัน data lostระหว่างการวิจัย จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 328 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตาม เทศบาล หมู่บ้านที่มีลักษณะเป็นชั้นภูมิอยู่ในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาและทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบตามรายชื่อของประชากรที่สุ่มได้ในแต่ละหมู่บ้านจนกว่าจะครบ 328 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นแบบทดสอบวัดระดับการรับรู้ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกอาหาร ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อศึกษา การรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ กิจกรรมทางด้านร่างกายและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบวัดการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ ทั้งหมด 5 ข้อ 10 คะแนน ข้อละ 2 คะแนน ตอบถูกได้ 2 ตอบผิดได้ 0 และนำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นนำผลค่าเฉลี่ยมาประเมินความรู้ตามเกณฑ์ (Bloom, A. 1987) โดยให้ค่าคะแนนเฉลี่ย 0-6.9 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินด้านการรับรู้ และค่าคะแนนเฉลี่ย 7.0-10.0 จัดอยู่ในกลุ่มผ่านเกณฑ์ประเมินการรับรู้ มาตรฐานบัญญัติ (Nominal scale) ระดับการวัดเป็นแบบถูกและผิด ค่าความสอดคล้องของข้อคำถาม IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ค่าความยากง่าย (P) อยู่ระหว่าง 0.37-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.27-0.73

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกกิจกรรมทางด้านร่างกาย บันทึกข้อความแบบปลายเปิดตามชนิด ความถี่ และระยะเวลาของกิจกรรมทางด้านร่างกายโดยบันทึกต่อเนื่อง 7 วัน โดย

คำนวณเป็นค่าเฉลี่ยของกิจกรรมทางด้านร่างกาย เป็นวันที่ต่อวัน มาตรฐานอัตราส่วนสเกล (Ratio scale)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกบริโภคอาหาร โดยบันทึกข้อความแบบปลายเปิดตามชนิด ความถี่ และปริมาณของการบริโภคอาหารต่อเนื่อง 7 วัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณปริมาณสารอาหาร คือ ชนิดและปริมาณที่บริโภคในแต่ละวัน โดยเฉลี่ยกรัมต่อวัน มาตรฐานอัตราส่วนสเกล (Ratio scale)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการติดต่อสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้โดยออกหนังสือในนาม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ถึงสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุ แบบชี้แจงอาสาสมัคร ใบยินยอมอาสาสมัคร แบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์เอง เมื่อเสร็จสิ้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล หากเกิดข้อบกพร่องก็ทำการแก้ไขผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมอบแผ่นพับแนะนำการส่งเสริมสุขภาพทางโภชนาการเพื่อเป็นการขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญโดยการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างโดยต้องได้รับคำยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่เป็นความลับ เขียนและเผยแพร่ตามความจริงเท่านั้น ไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ กิจกรรมทางด้านร่างกาย และการบริโภค

อาหารในผู้สูงอายุโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พหุคูณถดถอย
(Multiple regression)

ผลการศึกษา

การรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่จะได้สารอาหารไม่ครบถ้วน มีค่าเฉลี่ย 4.53 (S.D. = 0.89) และโรคเจ็บตามข้อเกิดจากการได้รับกรดซูริกจากอาหารมากเกินไป มีค่าเฉลี่ย 6.34 (S.D. = 0.95) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ

ความคิดเห็น	$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
การบริโภคทุกครั้งควรคำนึงถึงการบริโภคให้ครบ 5 หมู่	8.31	1.26	ผ่านเกณฑ์
การบริโภคอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่จะได้สารอาหารไม่ครบถ้วน	4.53	0.89	ไม่ผ่านเกณฑ์
การบริโภคอาหารในปริมาณที่มากเกินไปจะส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรัง	6.47	0.98	ไม่ผ่านเกณฑ์
การบริโภคอาหารที่มีความหลากหลายในแต่ละมื้อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้	5.82	0.88	ไม่ผ่านเกณฑ์
โรคเจ็บตามข้อเกิดจากการได้รับกรดซูริกจากอาหารมากเกินไป	6.34	0.95	ไม่ผ่านเกณฑ์
รวม	6.29	0.99	ไม่ผ่านเกณฑ์

กิจกรรมทางด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมเบาเป็นร้อยละ 54.39 ของกิจกรรมประจำวัน ภาพรวมของกิจกรรมทางกายเฉลี่ย 13.03 นาทีต่อวัน (ตาราง 2)

ตาราง 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกิจกรรมทางด้านร่างกาย

กิจกรรมทางด้านร่างกาย	ร้อยละ	$\bar{x}$	S.D.
กิจกรรมหนัก	8.91	4.29	1.91
กิจกรรมปานกลาง	36.7	15.11	2.68
กิจกรรมเบา	54.39	19.68	2.97
ภาพรวม	100.00	13.03	2.52

การบริโภคอาหาร

ปริมาณการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างการบริโภคในกลุ่มข้าวคือข้าวเหนียวเฉลี่ย 389.36 กรัมต่อวัน กลุ่มอาหารตามสั่งบริโภคเฉลี่ย 276.81 กรัมต่อวัน และอาหารปรุงประกอบเพิ่มบริโภคถ้วยเดียว 244.07 กรัมต่อวัน (ตาราง 3)

ตาราง 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการบริโภคอาหาร

รายการอาหาร	ร้อยละ	ปริมาณที่บริโภค (กรัม/วัน)
		$\bar{x}$, S.D.
ปลากระป๋อง	35.79	202.57, 6.98
ปลาทอด	40.31	103.71, 3.93
ต้มยำ	46.85	152.08, 10.31
แกงกะทิ	25.72	219.11, 13.94
หมูทอด	37.30	161.54, 9.70
พะแนง	23.95	179.49, 16.22
ข้าวสวย	96.78	309.29, 20.87
ข้าวเหนียว	56.37	389.36, 38.21
ต้มยำ กุ้ง หมึก	21.09	107.33, 10.04
ถ้วยเดียว	42.40	244.07, 23.98
ผัดไทย	19.03	276.81, 24.09
ผัดผัก	40.87	109.41, 6.90
หมูกรอบ	38.39	98.54, 4.86
ขนมหวาน	40.03	102.87, 9.03
ลาบเนื้อ	26.34	137.22, 10.47
ไก่ทอด	50.98	205.39, 19.56
แกงอ่อม	34.23	98.67, 8.59
ข้าวมันไก่	36.49	239.40, 14.66
ข้าวราดแกง	61.52	294.86, 18.91

ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพด้าน

โภชนาการและการบริโภคอาหาร

การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารแบบผัดผัสน และกิจกรรมทางด้านร่างกายแบบหนักมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร (ตาราง 4)

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการบริโภคอาหาร

การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	การบริโภคอาหาร		
	r	95% CI	P-value
การรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ	-0.39	-0.18-(-0.51)	0.000*
กิจกรรมด้านร่างกายหนัก	0.29	0.14-0.39	0.036*
กิจกรรมด้านร่างกายปานกลาง	0.08	-0.16-0.20	0.314
กิจกรรมด้านร่างกายเบา	0.14	0.02-0.21	0.061

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จากผลศึกษาพบว่าในด้านของการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ไม่ผ่านเกณฑ์ แสดงให้เห็นถึงการได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่น้อยและข้อมูลการบริโภคที่ถูกต้อง ดังนั้นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าทางโภชนาการมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภมรจินดาณิ (2555) พบว่า การได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับกิจกรรมประจำวันต้องอาศัยหลักการจัดการส่วนบุคคลที่มีการปฏิบัติเป็นทุกวันถึงจะประสบความสำเร็จต่อการได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและวัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557)

ส่วนการศึกษาริโภคอาหารในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารในกลุ่มที่มีไขมันสูง มีรสหวานจัด เค็มจัด ซึ่งไม่เหมาะสมกับร่างกายนำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมา ซึ่งผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่และมีความหลากหลายเป็นหลักการเบื้องต้นของการได้รับปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมแต่หากบริโภคมากเกินไปความต้องการของร่างกายโดยไม่คำนึงถึงภาวะสุขภาพ จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ วิชุดา สม

จิตร (2558) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อและภาวะโภชนาการ พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารให้มีความหลากหลายและครบ 5 หมู่ได้ส่งผลให้ร่างกายขาดความสมดุลในการเผาผลาญพลังงานได้ตามปกติและป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามมา

การส่งเสริมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมด้านภาวะโภชนาการน้อยก็จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นหากได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านภาวะโภชนาการมีการรับรู้คุณค่าทางภาวะโภชนาการมากขึ้นก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับร่างกายและยังช่วยส่งเสริม ป้องกันรักษาโรคเรื้อรังที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุโดยตรง โดยเน้นเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และการมีกิจกรรมทางร่างกายเหมาะสมและต่อเนื่อง

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวิจัยในครั้งต่อไปโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางด้านโภชนาการได้อย่างต่อเนื่องและลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเชิงระกาน้อย ที่เอื้ออำนวยเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และคณะผู้บริหารคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวโน้ม และผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [<http://hp.anamai.moph.go.th>]
- จรรยาพร ทะแกสัวพันธ์, ถาวรล่อคา, เบญจมาศ ศศเสนา. 2560. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจำกัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 10 ฉบับที่ 1
- ชโลธร เสียงใส และสุจิตรา สุนทรทรัพย์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของนิสิตนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 3. ออนไลน์ 11 กรกฎาคม 2561 [http://www.spssc.chula.ac.th/backupnew/web_oldier/main2007/journal/16-3/Article%206.pdf]
- กมล จินดามณี. (2555). คุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่จัดให้นักเรียนนายร้อยโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ออนไลน์ 7 กรกฎาคม 2561 [<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/4659/4070>]
- วิชุดา สมจิตร และณิตชาธร ภาโนมัย. (2558). พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 22 ฉบับที่ 2
- วรัญญา ฌีรัตน์, จันทกานต์ เหล่าวงษา, กุลชา ภูผาฝัน, สุทธิดา ไพศาล และ ขวัญฤทัย ลิมดิน. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยกาสะลองคำ [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [http://research.crru.ac.th/assets_journal/file_upload/19135.pdf]
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [<http://thaitgri.org/?p=37841>]
- สุวิตรา สร้างนา และปาริชา นิพนพานนท์. (2558). ประสิทธิภาพของการประยุกต์โปรแกรมสุขภาพโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 18 ฉบับที่ 2
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง. [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [<http://www.thaihealth.or.th/Content/35697>]
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม. ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 ธันวาคม 2560 [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [http://www.nesdb.go.th/nesdb_th/ewt_dl_link.php?nid=5491]
- Jan Cvecka, et.al 2015. Physical Activity in Elderly. Eur J Transl Myol. 2015 Aug 24; 25(4). Online in July 10, 2018 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748979/>]
- Raquel Pedrero-Chamizo, et.al. 2015. Higher levels of physical fitness are associated with a reduced risk of suffering sarcopenic obesity and better perceived health among the elderly. The EXERNET multi-center study. The journal of nutrition, health & aging. Online in July 11, 2018 [<https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-014-0530-4>]
- S.Kalaiselvi, et.al. 2016. Prevalence of under-nutrition, associated factors and perceived nutritional status among elderly in a rural area of Puducherry, South India. Archives of Gerontology and Geriatrics. Volume 65, July–August 2016 Online in July 11, 2018 [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316300437>]
- World Organization, 2018. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Online in July 10, 2018 [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/]

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในจังหวัดบุรีรัมย์

The Effect of Health Belief Modification Program on Early Childhoods Developmental Promotion Behavior of Parents in Buriram Province

อักรเดช ดีอ้อม¹, อัญชลี เหมชะญาติ², อารี พุ่มประไพ³

Akaradej Deaom¹, Unchalee Hemchayat², Ari Pumprawai³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน สุ่มแบบเจาะจง โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ในเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างโดย สถิติทดสอบที

ผลการทดลองพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง, เด็กปฐมวัย, ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of health belief modification program on early childhood's developmental promotion behavior of parents, Buriram province. Research participants were parents of early childhoods who study at Child development center in Buriram province. They were selected to participate in this study by purposive sampling technique. There were 30 parents of early childhoods in the experimental group. The experimental group received 2 sessions of health belief modification program during 12 weeks. Data were collected with self-administered questionnaires and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results indicated that after intervention, the experimental group had significantly higher level of early childhood's developmental promotion behavior of parents ($p < .001$) than before receiving the intervention.

Keyword: Health Belief Modification Program, developmental promotion behavior of parents, childhood, Child development center.

¹ 1 อาจารย์สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

² 2 อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

³ 3 อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทนำ

การพัฒนาเด็กในช่วงปฐมวัย ถือเป็นภารกิจที่สำคัญยิ่งของสังคมมนุษย์ โดยเฉพาะในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต ซึ่งเป็นวัยก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษา ที่เรียกกันว่า ช่วงปฐมวัย นับเป็นช่วงโอกาสที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เหลือทั้งหมดของมนุษย์แต่ละคน และส่งผลต่ออนาคตโดยรวมของสังคมนั้นๆ นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลอย่าง ศ.ดร.เจมส์ เจ. เฮกแมน กล่าวว่า การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดให้ผลตอบแทนแก่สังคมที่ดีที่สุดในระยะยาว โดยให้ผลตอบแทนที่จะกลับคืนมาในอนาคตมากถึง 7-10 เท่า เนื่องจากมนุษย์มีพัฒนาการสูงสุดในช่วงแรกเกิดจนถึงปฐมวัย แต่จากการสำรวจและวิจัยในปัจจุบันกลับพบว่า เด็กในวัยนี้กำลังประสบปัญหาที่บั่นทอนสุขภาพอย่างมาก จากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม เช่น พ่อแม่ที่ไม่พร้อมเลี้ยงดูลูก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ได้คุณภาพ^(1,2)

จากผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ทุก 3 ปี จำนวน 5 ครั้ง พ.ศ. 2543, 2547, 2550, 2553 และ 2557 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 71.1, 72.0, 67.7, 70.3 และ 72.5 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายคือร้อยละ 85 ทุกครั้ง การมีพัฒนาการไม่สมวัยย่อมส่งผลต่อระดับ IQ ของเด็ก โดยปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย ได้แก่ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนครบ 6 เดือน พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ขาดทักษะการเลี้ยงดู โดยมักปล่อยให้เด็กดูนิทานจากทีวีมากกว่าการฟังจากการเล่าสด การจัดบริการของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ มีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กล่าช้าในโรงพยาบาลชุมชนเพียงร้อยละ 67 ที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ซึ่งเกือบทุกสาเหตุที่กล่าวมา สามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยพ่อแม่ผู้ปกครอง⁽³⁾

จากการประเมินคุณภาพศูนย์เด็กเล็กของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2555 พบว่า ศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมี 19,376 แห่ง ระดับพื้นฐาน 5,516 แห่ง ระดับดี 7,421 แห่ง และระดับดี

มาก 6,439 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 667 แห่ง โดยคิดเป็นร้อยละ 27.52, 37.02, 32.13 และ 3.33 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่แม้จะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน แต่จากการดำเนินงานพบว่าส่วนใหญ่ยังคงประสบปัญหาทั้งในด้านการดำเนินงานและความพร้อมของทรัพยากร จากงานวิจัยเรื่องการดูแลเด็กปฐมวัยของประเทศไทย ได้แสดงให้เห็นความแตกต่างในด้านคุณภาพและมาตรฐานของศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพของครูพี่เลี้ยง และบุคลากรทางการศึกษารวมทั้งงานวิจัยในการประเมินคุณภาพของกรมอนามัย ก็ได้แสดงถึงสภาพที่ตั้งของศูนย์เด็กเล็กที่ยังขาดความพร้อมในการจัดการดูแลและจัดการศึกษา โดยพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 40 มีของเล่นไม่เพียงพอกับจำนวนเด็ก ร้อยละ 37 ของเล่นอยู่ในสภาพชำรุดรอการซ่อมแซม และ ร้อยละ 60 มีหนังสือนิทานไม่เพียงพอ มีเพียงร้อยละ 35.6 จัดกิจกรรมเล่นนิทานให้เด็กฟังทุกวัน⁽⁴⁾

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ จำนวน 23,644 คน ในปีงบประมาณ 2559 พบว่า เด็กมีคะแนนไอคิวเฉลี่ยอยู่ที่ 98.2 เพิ่มขึ้นจากปี 2554 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 94 แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล ซึ่งกำหนดไว้ที่ 100 คะแนน แต่ในภาพรวม เด็กมีไอคิวอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2 ใน 3 หรือร้อยละ 68 โดยเด็กที่มีไอคิวสูงเกิน 100 คะแนน ขึ้นไปมีอยู่ 42 จังหวัด เด็กในเขตอำเภอเมืองมีคะแนนไอคิวเฉลี่ย 101.5 ส่วนนอกเขตอำเภอเมืองมีไอคิวเฉลี่ย 96.9 เฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีคะแนนไอคิวเฉลี่ย 103.4 และยังมีเด็กนักเรียนในอีก 35 จังหวัดที่คะแนนไอคิวเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีเด็กที่มีระดับสติปัญญาบกพร่องหรือคะแนนไอคิวต่ำกว่า 70 ถึงร้อยละ 5.8 แต่เกณฑ์มาตรฐานสากลกำหนดว่าต้องไม่เกินร้อยละ 2 ซึ่งเด็กเหล่านี้นับว่ามาก เป็นเด็กที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้^(5,6) ผลการสำรวจเด็กนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1 ในจังหวัดบุรีรัมย์ในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีระดับระดับคะแนนไอคิว อยู่ที่ 98.6 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2558)

ดังนั้นการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือ
เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย (DAPM)
ของกรมอนามัย ซึ่งได้มีการออกแบบให้ผู้ปกครองสามารถ
นำไปใช้ได้ ซึ่งผู้ปกครองส่วนใหญ่ก็เคยได้รับคำแนะนำ
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขมา
บ้างแล้ว เพียงแต่ผู้ปกครองอาจจะยังไม่ตระหนักถึง
ความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในเด็ก
ปฐมวัยอย่างเพียงพอ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ ซึ่งจะทำให้
ผู้ปกครองเกิดตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงได้นำ
แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ มาเป็นกรอบ
แนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ
ในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง โดยตามกรอบแนวคิดนี้
ประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ
ดังต่อไปนี้คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
(Perceived susceptibility) เป็นความรู้สึกรับรู้ถึง
ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี ต่อการมี
พัฒนาการล่าช้าของบุตรหลาน ซึ่งการรับรู้นี้จะแตกต่างกัน
ออกไปในแต่ละบุคคล 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค
(Perceived severity) คือการที่ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานอายุอยู่
ระหว่าง 0-5 ปี รับรู้ถึงผลเสียถึงความสามารถของบุตรหลาน
ในการกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้ช้ากว่าวัยที่ควรจะเป็น ตาม
คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย (DAPM)
ของกรมอนามัย⁽⁸⁾ ที่อาจส่งผลด้านลบต่อตัวเด็กทั้งใน
ปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ล่าช้า 3) การรับรู้
ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived
benefits of taking the health action minus the barriers or cost
of that action) คือ รับรู้ผลดีในความสามารถของบุตรหลาน
ในการกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้ตามวัยหรือเร็วกว่าวัยที่ควร
จะเป็น ส่งผลดีต่อตัวเด็กทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เด็ก
เกิดความฉลาดในการเรียนรู้ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการ
ส่งเสริมพัฒนาการ (Perceived barriers) คือ การรับรู้ถึงสิ่ง
ขัดขวางหรือข้อจำกัดของผู้ปกครองต่อการประเมินและ
กระตุ้นพัฒนาการบุตรหลาน ได้แก่ การขาดความรู้ ความ
ตระหนักในการส่งเสริมพัฒนาการ การขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น
ในการประเมิน การขาดผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ 5) ปัจจัยด้าน
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) คือการส่งเสริม

สนับสนุนหรือกระตุ้นให้ ผู้ปกครองประเมินและส่งเสริม
พัฒนาการ 6) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy)
เป็นการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการ
ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานว่าเป็นสิ่งที่ไม่ยาก
ผู้ปกครองสามารถทำได้ด้วยตนเองตลอดเวลาที่อยู่กับเด็ก
ซึ่งพัฒนาการในวัยนี้จะส่งผลโดยตรงกับระดับคะแนนไอคิว
(IQ) ของเด็ก ทำให้เด็กมีความสามารถในการเรียนรู้ที่ดีขึ้น
เพื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็ก
ปฐมวัยของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental
research design) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการ
ทดลอง (One -group pretest/ posttest design) โดย
ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การประเมินพฤติกรรมส่งเสริม
พัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กก่อนการจัดกิจกรรม จัดกิจกรรมตามกรอบ
แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2 ครั้ง ใน
ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเป็นการบรรยายแบบมีส่วนร่วม
การทำกลุ่มและนำเสนอ รวมทั้งการประเมินพฤติกรรมส่งเสริม
พัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริม
พัฒนาการก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ปกครองในเด็กปฐมวัย ที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเจาะจง (Purposive
Sampling) โดยดูจากจำนวนเด็กในศูนย์พัฒนา ความเหมาะสม
ของสถานที่และความร่วมมือของผู้ปกครอง เพื่อให้ได้กลุ่ม
ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ปรากฏว่ามีศูนย์

พัฒนาเด็กเล็ก 3 แห่งที่มีลักษณะตามที่ต้องการ ได้สุ่มเลือก 1 แห่งใช้เป็นที่ทดลองแบบสอบถาม และสุ่มอีก 1 แห่งใช้เป็นแหล่งศึกษาทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ที่โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้คล่อง 2) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ทั้ง 2 ครั้ง 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยลงลายมือชื่อยินยอมเป็นหลักฐานภายหลังได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของโครงการ 4) ไม่เป็นผู้เยาว์ คืออายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี ถ้าต่ำกว่า 18 ปี ต้องบรรลุนิติภาวะโดยการสมรส

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง(โปรแกรม)และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ปกครองในเด็กปฐมวัย ที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (7) เพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้ความเสี่ยงของการมีพัฒนาการไม่สมวัย การรับรู้ความรุนแรงจากการมีพัฒนาการไม่สมวัย การรับรู้ประโยชน์ของการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ การรับรู้อุปสรรคของการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ และเพื่อเพิ่มพฤติกรรมประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 3 ชั่วโมง ช่วงเวลาในการจัดกิจกรรมห่างกัน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมแต่ละครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1

1. ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3. กลุ่มตัวอย่างรับฟังการบรรยายเรื่องความเสี่ยงและความรุนแรงจากการมีพัฒนาการไม่สมวัย

4. ทบทวนการใช้คู่มือระวังและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM))

5. สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

ครั้งที่ 2

1. กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่ม ทำกลุ่มนำเสนอ ในประเด็นประโยชน์และปัญหาอุปสรรคของการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการ

2. ฝึกการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้เด็กปฐมวัย ซึ่งครูพี่เลี้ยงประจำศูนย์ได้คัดเลือกเด็กไว้ โดยเด็กมีคุณสมบัติที่

สำคัญ คือ กล้าแสดงออก ไม่กลัวคนแปลกหน้ารวมทั้งมีผู้ปกครองของเด็กอยู่ในกลุ่มนั้นด้วย

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาอุปสรรคของการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ

4. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้

5. ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง เช่น ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้คำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ประกอบด้วย ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย จำนวน 25 ข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ได้มีการดำเนินงานดังนี้

1. เสนอโครงร่างงานวิจัยแก่ คณะกรรมการจริยธรรมของ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพื่อการพิจารณา การวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ WTU 2561-0036

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์เด็กเล็ก ให้ทราบรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับ โดยให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและครบถ้วนไม่ปิดบัง ซึ่งการตัดสินใจยินยอมเป็นสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและต้องเป็นไปโดยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการดำเนินการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ความต้องการ และผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ โดยปราศจากการขู่บังคับ การชักจูงเกินเหตุ และแรงกดดันใด ๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการทดลอง ก็ให้ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอมว่า ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Consent form) ในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อวิเคราะห์ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Average) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ผู้ปกครอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 อายุอยู่ระหว่าง 20 – 30 ปี มากที่สุดร้อยละ 40.00 อายุต่ำสุดเท่ากับ 19 ปี สูงสุดเท่ากับ 68 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.80 ปี ด้านการศึกษา สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.00 ด้านสถานภาพการสมรสพบว่า มีคู่สมรสมากถึงร้อยละ 80.00 ด้านการประกอบอาชีพเป็นผู้รับจ้างใช้แรงงานร้อยละ 33.30 สำหรับรายได้ต่อเดือน อยู่ระหว่าง 9,001- 18,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 43.34 รายได้ต่ำสุดคือ ไม่มีรายได้ รายได้สูงสุดคือ 45,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยคือ 14,316.67 บาทต่อเดือน ในด้านที่พักอาศัย ร้อยละ 63.33 พักอยู่บ้านตนเอง ด้านความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง เป็นแม่ ร้อยละ 46.70

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการส่งเสริมพัฒนาของผู้ปกครอง ผู้ปกครองร้อยละ 86.70 เคยได้รับความรู้ในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดถึงร้อยละ 84.60 แต่มีการประเมินไม่สม่ำเสมอถึงร้อยละ 56.67 โดยเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 70.00 ในขณะที่ร้อยละ 16.70 ไม่ทราบและไม่แน่ใจในพัฒนาการของบุตรหลาน

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการรายข้อ พบว่าทุกข้อผู้ปกครองมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กภายหลังการได้รับ โปรแกรมดีขึ้นทุกข้อ แต่มากน้อยแตกต่างกัน

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนและหลังได้รับปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value (1-tailed)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ	2.43	0.43	2.70	0.20	5.46	29	< .001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเท่ากับ 2.43 (SD=0.43) แต่เมื่อการทดลองเสร็จทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเท่ากับ 2.70 (SD=0.20) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม พบว่าของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 6.19, p < .001$) แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมทั้งก่อนและหลังการทดลองค่อนข้างต่ำเนื่องจากมีข้อคำถามที่เป็นเชิงลบหลายข้อ

ผลการวิเคราะห์แสดงว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลต่อการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของการมีพัฒนาการล่าช้า การรับรู้ความรุนแรงของการมีพัฒนาการล่าช้า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการและช่วยลดการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการส่งผลให้มีผู้ปกครองมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการในบุตรหลานเพิ่มมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ภายหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Extended health belief model) ของ Strecher and

Rosenstock, (1996) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยมีการอธิบายไว้ว่า ถ้าบุคคลใดรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนี้มีความรุนแรงเพียงพอ มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่า ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม จะเกิดเมื่อเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ แต่การรับรู้ความสามารถแห่งตนสามารถลดการรับรู้อุปสรรคลงได้^(2, 7) จากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง ผู้วิจัยนำออกแบบและจัดกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง โดยการเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงของการมีพัฒนาการไม่สมวัย การรับรู้ความรุนแรงของการมีพัฒนาการล่าช้า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือเกิดปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค^(2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) ซึ่งโปรแกรมปรับเปลี่ยนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ปกครอง มีการรับรู้ความเสี่ยงของการมีพัฒนาการไม่สมวัย

กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการมีพัฒนาการไม่สมวัย การรับรู้ความรุนแรงของการมีพัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย (Perceived severity) เป็นความเชื่อของบุคคลในด้านความรุนแรงของโรคที่เกิดต่อผู้ป่วย ถ้าผู้ปกครองมีการรับรู้ว่าการมีพัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัยมีความรุนแรงมาก เช่น อาจทำให้บุตรเกิดปัญหาด้านสติปัญญาอย่างรุนแรงส่งผลต่อการเรียนในอนาคตและการประกอบอาชีพเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ ผู้ปกครองก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น แต่ในทางกลับกันถ้าบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำก็จะมีแนวโน้มที่จะ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ^(2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทำให้ผู้ปกครอง มีการรับรู้ว่าการมีพัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย มีความรุนแรงมากขึ้นโดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ ความรู้เพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้ปกครองมีการรับรู้ว่าการมีพัฒนาการไม่สมวัย มีความรุนแรงมากทั้งต่อเด็กในปัจจุบันและอนาคตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ รวมไปถึง

ถึงบุคคลอื่นๆในครอบครัวที่อาจจะต้องดูแลเลี้ยงดูไปตลอดชีวิต

2. กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการและลดการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Extended health belief model) กล่าวว่าไว้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคจะมีผลดีตามมาถ้าบุคคลใดมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมก บุคคลนั้นก็จะมีความโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำในทางลบ เช่นไม่เห็นความสำคัญ คิดว่าเป็นการเสียเวลา ไม่มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการ การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่ำ ย่อมส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคมากก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่ำ แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำสูง (2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้มีการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการและลดการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการ โดยให้ผู้ปกครองแบ่งกลุ่มและช่วยกันระดมความคิดในประเด็นคุณลักษณะของบุตรหลานที่ทุกคนในกลุ่มต้องการ วิธีการที่จะได้มาของบุตรมีคุณลักษณะตามที่กลุ่มต้องการ นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนให้สมาชิกกลุ่มอื่นได้รับทราบ เป็นการกระตุ้นกลุ่มทดลองโดยสมาชิกในกลุ่มเอง จากกิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่ต้องปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น ด้านการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการ ก็ให้สมาชิกช่วยกันระดมความคิดว่าอะไรบ้างที่เป็นปัญหาของการส่งเสริมพัฒนาการและแต่ละปัญหาควรแก้ไขอย่างไร นำผลการประชุมกลุ่มเสนอในที่ประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนและสะท้อนคิด ทำให้สมาชิกเห็นแนวทางที่ตนเองสามารถเลือกและนำไปปฏิบัติได้ตามบริบทของตนเอง โดยผู้วิจัย

ได้พูดเสริมแรงให้ผู้ปกครองนึกถึงคุณลักษณะของบุตรหลาน อันพึงประสงค์ของครอบครัวในขณะที่ ทั้งยังเป็นเด็ก และเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ซึ่งผลการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (7, 10, 11, 12, 14, 15)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมต่อเนื่องทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาห่างกัน 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการไม่สมวัย การรับรู้ความรุนแรงของการมีพัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการและลดการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย มีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการมีพัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และมีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และยังมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่ง ในเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมดังนี้

1.1 ให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการแก่ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกคน (จากการทำวิจัยครั้งนี้พบว่า มีครูเด็กเล็กที่เป็นหัวหน้าศูนย์เพียงคนเดียวเท่านั้นที่ได้รับการอบรม) และต้องมีการประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนการจัดกิจกรรมเพื่อการค้นปัญหาที่ครูพี่เลี้ยงกำลังประสบอยู่ โดยช่วงเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม คือ ภายหลังจากเป็นครูพี่เลี้ยงประมาณ 1-2 เดือน เพื่อให้ครูพี่

เลี้ยงมีทักษะและเข้าใจการดูแลเด็กปฐมวัยภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนและต้องประเมินครูที่เลี้ยงภายหลังการจัดกิจกรรมเพื่อหาความก้าวหน้าของการจัดกิจกรรม หลังจากนั้นควรมีการอบรมทบทวนทุก 2 ปี เพราะเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาอาจมีการเปลี่ยนแปลงบ้างและยังเป็นการกระตุ้นให้ครูที่เลี้ยงตระหนักถึงการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง

1.2 ครูที่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องมีการถ่ายทอดความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยแก่ผู้ปกครองในช่วงการปฐมนิเทศผู้ปกครองที่นำเด็กมาเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งแรก เด็กควรได้รับการประเมินจากผู้ปกครองเพราะเป็นบุคคลที่สามารถกระตุ้นพัฒนาการในเด็กได้ดีที่สุด เนื่องจากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครูที่เลี้ยงมีส่วนการดูแลเด็กมากกว่าในครอบครัว ทำให้การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการอาจไม่ทั่วถึงเหมือนในครอบครัว

1.3 องค์การบริการส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญต่อการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยโดยใช้งบประมาณในส่วนที่เป็นงบส่งเสริมสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนจัดอบรมเชิงปฏิบัติแก่ผู้ปกครองโดยร่วมมือกับกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลชุมชนหรือพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นวิทยากร

2. อาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลชุมชนควรจัดประสบการณ์การฝึกงานรายวิชาการพยาบาลชุมชนให้นักศึกษา โดยการจัดทำโครงการ พร้อมทั้งนำเทคนิคและเนื้อหาดังกล่าวไปสอนแก่ผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อเป็นการทบทวนความรู้ของตัวนักศึกษาเอง ฝึกทักษะการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่ม การทำกลุ่ม การนำเสนอของนักศึกษาที่ต้องใช้สื่อ การใช้กรอบแนวคิดทางการพยาบาลมาประยุกต์กับงานประจำ เกิดทักษะในการทำ RTR ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของงานวิจัย และเป็นการแบ่งเบาภาระงานของครูเลี้ยงที่ต้องไปให้ความรู้นอกสถานที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการมีพัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่มีการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และยังมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นควรมีการติดตามการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองเด็กแรกเกิด จนครบ 5 ปี เต็มหรือจนเด็กจบการเรียนในชั้นอนุบาล เพื่อเป็นการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง

2. การทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเด็กปฐมวัยเคยมีพัฒนาการไม่สมวัยในบางช่วงแต่ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมพัฒนาการจนกระทั่งเด็กมีพัฒนาการสมวัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาของศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ เสนอแนะ และออกแบบงานวิจัยจนมีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอบพระคุณนายกเทศบาลตำบลท่านหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัด บุรีรัมย์ ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยทำการวิจัยทดลองกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ปกครองที่มีบุตรหลานเรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขอบคุณเจ้าหน้าที่กองการศึกษาเทศบาลตำบล และคุณครูทุกท่านที่สอนอยู่ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่กรุณาอำนวยความสะดวก ส่งผลให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอบคุณผู้ปกครองซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ ขอบใจเด็กๆทั้งหลายที่เรียนอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่เข้าร่วมกิจกรรมทำให้ข้อมูลวิจัย เกิดความสมบูรณ์อย่างยิ่งและที่สำคัญที่สุดของการวิจัยนี้ที่ต้องกล่าวถึงคือ การได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ส่งผลให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจที่จะนำไปใช้

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐณัย ไหมซื่อน. เด็กเล็กเป็น “วัยทองคำ” ทุ่มงบฯ ขยายเงินอุดหนุน ผลลงทุนคุ้มค่า. สำนักข่าว <https://www.isranews.org/thaireform-doc-health/45223-child-support.html>, 7 (2), 88-100. . สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560.
2. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริม สุขภาพ. วารสารสุขศึกษา. 30(105): 1-15, 2550.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ รายงานประจำปี 2557. [http:// gic.anamai. moph. go.th/more_news.php?cid=14&filename=download](http://gic.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=14&filename=download). สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560.
4. สำนักงานส่งเสริมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน. พัฒนาการเด็กปฐมวัยรากแก้วแห่งชีวิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอภิวัดการเรียนรู้...สู่จุดเปลี่ยนประเทศ. [http://seminar. qlf.or.th/File/ Download File/616](http://seminar.qlf.or.th/File/DownloadFile/616). 2557.
5. คมชัดลึก. (2559). ผลสำรวจไอคิวเด็กไทยปี 59 เฉลี่ย 98.2 ยังต่ำกว่ามาตรฐานสากล. เข้าถึงได้จาก [http:// www. komchadluek. net/news/edu-health/235798](http://www.komchadluek.net/news/edu-health/235798)
6. สถาบันราชานุกูล. เชื่อมันเด็กไทยไอคิวดีอีคิวเด่น 2559. [http://www.rajanukul.go.th/new/ index. php? mode= academic&group=57&id= 5748&date =&date_end](http://www.rajanukul.go.th/new/index.php?mode=academic&group=57&id=5748&date=&date_end). สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560.
7. Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. The health belief model. In Glanz K., Lewis F. & Rimer. B. (Eds.). Health behavior and health Education: theory, research, and practice. 2nd ed. 41-59. San Francisco. CA : Jossey-Bass Publishers, 1996.
8. กรมอนามัย. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. [https://nich. anamai. moph. go.th](https://nich.anamai.moph.go.th). สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560.
9. สหรัฐ หมั่นแก้วและ รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: กรณีศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร. 28(4): 461-468, 2556.
10. บัญญัติ อรรถศรีวรและคณะ. การสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวาน ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลหนองล่อง อำเภอลำพูน. หนองล่อง จังหวัดลำพูน. รายงานการประชุมสัมมนาวิชาการการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและระดับนานาชาติเครือข่าย บัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15, 2558.
11. กุศลชัย มีพิณ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียน อาชีวศึกษาเพศชายจังหวัดจันทบุรี. วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี, 2560.
12. ศรุตยา หวางษ์และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 31(1): 110-128, 2560.
13. อุดมลักษณ์ สิทธิเจริญ, อภิญา พริยโยธา และอมร สุวรรณนิมิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจพิการ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 8(2): 139-147, 2558.
14. Abd El Aziz S.M., et al. Effect of Application of Health Belief Model on Pregnant Women' and Health Beliefs Regarding Urogenital. Journal of Nursing and Health Science. 5(1) : 34-44, 2016.
15. Shah R.,et al. Primary Care–Based Interventions to Promote Positive Parenting Behaviors: A Meta-analysis. 137(5) : e20153393. Retrieved from [https://www.ncbi. nlm. nih.gov/pmc/ articles/ PMC4845871/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845871/). Pediatrics. 2016.

ผลของการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีตัดคนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าใน เครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี

The Effects of the combined Thai massage with Ruesi-Dudton-stretching-exercise in depressed patients in Pathumthani hospital network

วรัทธาญจน์ กุลวิโรจน์โสภณ¹ ศิริลักษณ์ จิตต์ระเบียบ²

Varattakarn Kulvirogesopon¹ Siriluck Jittrabiab²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการนวดไทยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เพื่อศึกษาผลการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีตัดคนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อน ระหว่าง และหลังการทดลอง

วิธีการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองสองกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงถึงปานกลาง ในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี 70 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (9Q) 2) โปรแกรมการนวดไทยแบบเชลยศักดิ์ ร่วมกับท่ากายบริหารฤๅษีตัดคน สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของระดับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติทดสอบ Independent samples T-test และ One-Way ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ใช้โปรแกรมการนวดและออกกำลังกายบริหารท่าฤๅษีตัดคนร่วมกับการรักษาแบบดั้งเดิม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มที่รักษาแบบดั้งเดิมอย่างเดียว และส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อได้เข้าโปรแกรมการนวดอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั้งที่ได้รับการรักษาแบบดั้งเดิมหรือได้รับการนวดและออกกำลังกายบริหารท่าฤๅษีตัดคนร่วมด้วย พบว่ามีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่ลดลงอยู่ในระดับที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (9Q < 7 คะแนน) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดลองถึงสัปดาห์ที่ 4 และแตกต่างอย่างชัดเจนหลังจบการทดลอง จากการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการนวดไทยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีส่วนช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้อย่างเห็นได้ชัด จึงควรรายยากลุ่มลงในชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ: การนวดไทย, ภาวะซึมเศร้า, กายบริหารแบบฤๅษีตัดคน

Abstract

Objective: The main aim of this study is to develop a massage model that affects depression. To study the effects of Thai massage with Ruesi-Dudton-Stretching-exercise (RDS-exercise) on a depressed patient. To compare the depression of depressed patients before and after a massage model in the Pathumthani hospital network.

Method: This study is compared two groups Quasi-Experimental Research. The sample consisted of those who were diagnosed with mild to moderate depression. In the hospital network of Pathum Thani Criteria for selection are based on the doctor's diagnosis and verbal communication is understandable. Voluntary participation was provided by 70 volunteers between the experimental and control groups. The instruments used in the study were 7-step unregistered Thai massage program in combination with 5 postures RDS-exercise, depression and suicide (9Q) Statistics used independent and Paired samples T-test

Result: The research found that: 1) the combination of Thai Traditional Massage Therapist 7 steps of reclining posture with RDS-exercise and traditional treatment result in the mean score of depression in the experimental group was decreased more than control group when the program was continuously developed and the patients were at the level of no depression. 2) The mean of depression between experimental group and control group of depressive disorder patients were different when the study was closed to 4 weeks (during treatment) significantly and were different obviously after treatment. And they were lower at the level of no depression (9Q<7) after treatment. The level of depression can be reduced obviously by the program of the development of Thai Traditional Massage Therapy. And the results are

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา อีเมล: ungjukjee@hotmail.com

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

satisfactory. It should be expanded into the community, Public Health Volunteers to promote Thai wisdom in order to treat or alleviate depression patients bring about to the good quality of life.

Keywords: Thai massage, depressed patients, Ruesi-Dudton-Stretching-Exercise

บทนำ

ปัจจุบันสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งพบมากในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ในอนาคตว่า ภายในปี พ.ศ.2563 จะพบโรคซึมเศร้าสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศ ปัจจุบันนี้ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 350 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 2-10 สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2554 พบผู้ป่วยซึมเศร้ามากขึ้นทั้งเพศชายและหญิงในทุกกลุ่มอายุ และพบว่า ความสูญเสียปีสุขภาพ (Daily-adjusted life year : DALY) ของประชาชนไทย คิดเป็น 10.6 ล้านต่อปี¹ ซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกับประเทศต่าง ๆ ในโลก ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ความเครียด ปัญหาด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และชีวภาพ เช่น พันธุกรรม ทำให้เกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทและความผิดปกติของฮอร์โมน² ส่งผลต่อสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่ ด้านกลุ่มอาการทางร่างกาย ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากทำอะไร ปวดศีรษะตึงเครียด³ ด้านกลุ่มอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ด้านกลุ่มอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยมีอาการเศร้า หดหู่ มีความคิดว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ มีความคิดอยากตาย จนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด⁴ โรคซึมเศร้ายังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยที่ประสิทธิภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง เช่น อาชีพ การงาน การเรียนและหน้าที่รับผิดชอบ เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักมองตนเองทางด้านลบ รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และมีความรู้สึกไร้ความสามารถ⁵ โรคซึมเศร้า (Major depressive episode) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยมากที่สุด ผลสำรวจจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของสถานบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540-2551 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2551⁶ ปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน ปี พ.ศ. 2558 คาดว่ามีร้อยละ 66.0 ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจาก การ

ที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความเครียดนำไปสู่ปัญหาความสัมพันธ์ทางของสมาชิกในครอบครัว⁷ การรักษาโรคซึมเศร้ามีหลากหลายวิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา เพื่อปรับสมดุลของสารเคมีในสมอง การบำบัดด้านจิตสังคม ซึ่งมีหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้คำปรึกษารายกลุ่ม และเฉพาะรายบุคคล การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การผ่อนคลายและการทำสมาธิ⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยปรับสมดุลให้แก่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ⁹ และลดอาการต่าง ๆ เช่น ลดระดับความเครียด¹⁰ ลดความเจ็บปวดชนิดเฉียบพลันและความปวดชนิดเรื้อรัง¹⁰ ช่วยให้คุณภาพการนอนดีขึ้น¹¹ ลดความวิตกกังวล¹² และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย¹³ ตั้งแต่สมัยอดีตจนถึงปัจจุบัน นับว่าการแพทย์แผนไทยอยู่คู่กับคนไทยมาทุกยุคสมัย ในการนำมาใช้ดูแลรักษาสุขภาพ ดังนั้นถือว่าการแพทย์แผนไทยเป็นมรดกทางวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของ คนไทยที่มีค่ายิ่งควรแก่การดำรงรักษาไว้ให้คนรุ่นหลังในการใช้ดูแลรักษาสุขภาพ โดยจะต้องสามารถบูรณาการ การแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมสอดคล้องกับการแพทย์ในยุคปัจจุบัน เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อมุ่งให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการผสมผสานการใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การประคบ การอบสมุนไพร การออกกำลังกาย ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว¹⁴ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมให้เกิดการใช้ภูมิปัญญาในการแพทย์แผนไทยเพื่อช่วยบรรเทาปัญหาสาธารณสุขและเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน โรงพยาบาลหลายๆแห่งในกรมสุขภาพจิตได้เปิดให้บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้กระบวนการทางการแพทย์ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการตรวจ วินิจฉัย บำบัด รักษาหรือป้องกันโรค หรือการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพของมนุษย์ ทั้งนี้โดยอาศัยความรู้หรือตำราที่ได้

ถ่ายทอดและ พัฒนาสืบต่อกันมา แพทย์แผนไทยจึงมีการรักษาด้วยสมุนไพร ยาแผนไทย ยาตำรับ และยังมีการนวดซึ่งแบ่งเป็น นวดแบบราชสำนักและแบบเชลยศักดิ์¹⁵ เป็นต้น การแพทย์แผนไทยในปัจจุบันไม่ใช่เพียงการรักษาสืบต่อกันมาเท่านั้น แต่ยังมีหลักฐานความเป็นเหตุเป็นผลด้านวิทยาศาสตร์ จากงานวิจัยของชาธิปไตยและคณะ¹⁶ ศึกษาผลทันทีของการนวดไทยต่อระดับความรู้สึกปวด ระดับความรู้สึกกดเจ็บ และองศาการเคลื่อนไหวของคอเปรียบเทียบกับกลุ่มที่นอนพักในผู้ที่มีการปวดศีรษะจากความเครียด ประเมินผลการศึกษาวิจัยด้วยการถามความปวด (VAS) พบว่า ภายหลังจากการรักษาด้วยการนวดแบบทันที ระดับการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ เรณู มีชนะ¹⁷ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการนวดไทยประยุกต์กับการใช้ยาพาราเซตามอล ในบุคคลที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียด ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มนวดไทยประยุกต์สามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของชีพจรได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถเปลี่ยนแปลงผลต่างของค่าความดันได้ เช่นเดียวกับสามารถลดอาการปวดศีรษะได้ทันทีหลังนวด อีกทั้งพบว่าการนวดไทยประยุกต์ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้มากกว่าการใช้ยาพาราเซตามอลในทุกช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผลการรักษาด้วยการนวดไทยในผู้ป่วยอาการปวดศีรษะจากความเครียดในผู้ป่วยทั่วไป จากการสืบค้นยังไม่พบรายงานการศึกษาด้านผลการนวดไทยต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาผลการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัดคนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี หากการศึกษาพบว่าการนวดไทยช่วยลดภาวะความเครียดช่วยลดภาวะความเครียดในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าได้ จะทำให้มีหลักฐานและแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น ส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพราะการรับประทานยาจิตเวชนั้นมีผลข้างเคียงอยู่มาก อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มทางเลือกใหม่ในการรักษา และเป็นการรับรององค์ความรู้แพทย์แผนไทยให้คงอยู่คู่สังคมไทย

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนวดไทยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า
2. ศึกษาผลการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัดคนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี
3. ศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี ก่อนและหลังการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัดคน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) สองกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อพัฒนารูปแบบการนวดไทยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ศึกษาผลการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัดคนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า และศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี ก่อนและหลังการนวดไทย ร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัดคน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวนทั้งหมด 189 ราย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ไม่รุนแรงถึงปานกลาง เพื่อคัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมวิจัยตามการวินิจฉัยของแพทย์และสามารถสื่อสารทางวาจาที่มีความเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ จำนวน 70 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการนวดไทยแบบเชลยศักดิ์ 7 ขั้นตอน ร่วมกับท่ากายบริหารแบบฤๅษีคัดคน 5 ท่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (9Q) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อผลการนวดไทย 7 ขั้นตอน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยป้องกันความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัยเอง โดยตัวผู้วิจัย, ผู้ช่วยวิจัยและแพทย์แผนไทยประยุกต์ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ผู้นวด) รวม 5 คน ร่วมกันศึกษาขอบเขตของการนวดไทย 7 ขั้นตอนที่น่ามาใช้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับท่านวดและ

การลงน้ำหนักมือที่ใช้ขณะมีความเข้าใจในแนวเดียวกัน หลังจากนั้นร่วมกันประเมินระดับน้ำหนักมือที่นักกายภาพบำบัดผู้มารับบริการ ลงบันทึกในแบบเครื่องมือ หากค่าความเที่ยง ได้ 0.86

ข้อตกลงเบื้องต้น (assumption)/ข้อจำกัดของการวิจัย

1. วิธีการนวดไทย 7 ขั้นตอนที่ใช้ใน โดยผู้ช่วยวิจัย ทั้ง 5 คน นวดตามขั้นตอนตามการสอนและนิเทศของผู้วิจัย ในการปฏิบัติการนวดผู้ป่วยอาจมีความแตกต่างกันบ้าง ในน้ำหนักมือและท่วงท่าการนวด

2. ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยแต่ละคนรับผิดชอบในการนวด อาจมีความแตกต่างกันในเพศ สัดส่วนร่างกาย และการให้ความร่วมมือในช่วงเวลาการนวด

3. ผู้วิจัยใช้เกณฑ์คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติจบหลักสูตรการแพทย์แผนไทย 2 ปี ของสภาการแพทย์แผนไทย เพื่อนวดไทย 7 ขั้นตอนตามวิธีการของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี (ผู้วิจัยได้แนะนำวิธีการนวดและทดลองนวดจนเป็นที่เข้าใจทั้ง 5 คน)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลปทุมธานี และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปทุมธานีเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชและคลินิกแพทย์แผนไทยของวันเวลาราชการ

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยตามการวินิจฉัยของแพทย์และสามารถสื่อสารทางวาจาที่มีความเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ จำนวน 70 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน

กลุ่มที่ 1. กลุ่มควบคุม 35 คน รับประทานยาตามปกติ ตามที่แพทย์กำหนด

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 35 คน รับประทานยาตามปกติ ตามที่แพทย์กำหนด และเข้ารับการนวดไทย 7 ขั้นตอน เป็นเวลา 45 นาที กับท่ากายบริหารแบบฤๅษีดัดตน 5 ท่า เป็นเวลา 15 นาที รวมเป็น 60 นาที ในทุกวัน

จันทร์ พุธ ศุกร์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561- กรกฎาคม 2561 ปลายสัปดาห์ที่ 4 และปลายสัปดาห์ที่ 8 ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย (9Q) ทั้งสองกลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อผลการนวดไทย 7 ขั้นตอน ในปลายสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของระดับภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติทดสอบ Independent samples T-test และ F-test (One-Way ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะชีวิตสังคมของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี

1.1 ลักษณะชีวิตสังคมของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีจำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.3 กลุ่มอายุของผู้มารับบริการส่วนใหญ่ คือ กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 55.01 ปี (S.D. = 11.87) อายุสูงสุด 83 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.3 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.4 และส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 29 ราย คิดเป็น ร้อยละ 41.4

2. ลักษณะข้อมูลเกี่ยวกับระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2.1 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 70 รายนั้น ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.0 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.1 และเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 และมีระดับซึมเศร้าในระดับน้อย จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.0 อยู่ในกลุ่มทดลอง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และอยู่ในกลุ่มควบคุม 5 รายคิดเป็นร้อยละ 7.1

2.2 ระหว่างการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 70 รายนั้น ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.3 ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.0 และเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมา มีระดับซึมเศร้าในระดับน้อย จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.4 อยู่ในกลุ่มทดลอง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.7 และอยู่ในกลุ่มควบคุม 4 รายคิดเป็นร้อยละ 5.7 และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 ซึ่งอยู่ในกลุ่มทดลอง ทั้ง 10 รายคิดเป็นร้อยละ 14.3 .

2.3 หลัง/สิ้นสุดการทดลอง ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 70 รายนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.9 ซึ่งอยู่ในกลุ่ม

ตารางที่ 4 ความแตกต่างภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อน,ระหว่าง และหลังได้รับการนัด

ภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Mean difference	t-test	p-value
ก่อนได้รับการนัด					
กลุ่มทดลอง	16.20	1.49	1.43*	3.78	0.000
กลุ่มควบคุม	14.77	1.66			
ระหว่างการนัด					
กลุ่มทดลอง	7.57	2.09	-7.11*	-15.21	0.000
กลุ่มควบคุม	14.69	1.81			
หลังได้รับการนัด					
กลุ่มทดลอง	5.00	1.49	-9.20*	-22.24	0.000
กลุ่มควบคุม	14.20	1.94			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนได้รับการนัด ระหว่างได้รับการนัด และหลังได้รับการนัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ดังนี้ ดังตารางที่ 4 ก่อนได้รับการนัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าที่มากกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.43 (Mean difference=1.43) และอยู่ในระดับปานกลาง ,ระหว่างการนัดในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมาอยู่ในระดับน้อย แต่

ทดลอง ทั้ง 30 รายคิดเป็นร้อยละ 42.9 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง จำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.6 เป็นกลุ่มควบคุม ทั้งหมด 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.6 และมีระดับซึมเศร้าในระดับน้อย จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.6 อยู่ในกลุ่มทดลองเพียง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.1 และอยู่ในกลุ่มควบคุมจำนวน 8 รายคิดเป็นร้อยละ 11.4 ดังตารางที่ 3

3. ข้อมูลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลองคือก่อนได้รับการนัด ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า Independent – Samples T – test

กลุ่มควบคุมยังมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.000) โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.11 (Mean difference=-7.11) และหลังการนัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.000) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.20 (Mean difference= -9.20) สรุปผลการ

วิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวด โดยวัดคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในแต่ละระยะเวลา ได้แก่ ก่อนการได้รับการนวด ระหว่างได้รับการนวด และหลังจากได้รับการนวด คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงโดยเริ่มจากคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม แต่ได้มีการลดลงเป็นผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับน้อย และเมื่อได้รับการนวดอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบที่พัฒนาตาม

โปรแกรมการรักษาที่วางไว้ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด ดังตารางที่ 4

4. ข้อมูลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลองคือก่อนได้รับการนวด ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความแตกต่างด้วย One-Way ANOVA

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์หาความแตกต่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนได้รับการทดลอง ระหว่างการทดลองที่สัปดาห์ที่ 4 และหลังได้รับการทดลอง (n = 70 ราย)

ระยะของการทดลองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง	p-value
ก่อนการทดลอง				
เปรียบเทียบกับ ระหว่างการทดลอง	15.49	1.73	4.36*	0.000
หลังการทดลอง			5.89*	0.000
ระหว่างการทดลอง				
เปรียบเทียบกับ ก่อนการทดลอง	11.13	4.08	4.36*	0.000
หลังการทดลอง			1.53*	0.019
หลังการทดลอง				
เปรียบเทียบกับ ก่อนการทดลอง	9.60	4.94	5.89*	0.000
ระหว่างการทดลอง			1.53*	0.019

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการนวด ระหว่างได้รับการนวด และหลังได้รับการนวด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5 ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทั้งที่ได้รับการรักษาแบบดั้งเดิมหรือได้รับการนวดและออกกำลังการบริหารท่าฤๅษีคัดค้านร่วมด้วย พบว่ามีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่ลดลงอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($9Q < 7$ คะแนน) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดลองถึงสัปดาห์ที่ 4 และแตกต่างอย่างชัดเจนหลังจบการ

ทดลอง กล่าวคือ หลังจากผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการนวดและออกกำลังการบริหารท่าฤๅษีคัดค้านทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ผลการวิจัยสามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้ดังนี้

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนวดไทยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนารูปแบบการนวดไทยมาใช้

ในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี โดยนำโปรแกรมการนวดไทยแบบเชลยศักดิ์ 7 ขั้นตอนร่วมกับท่ากายบริหารแบบฤๅษีคัตตน มาใช้ร่วมกับการรักษาแบบดั้งเดิม เมื่อพิจารณาในด้านการพัฒนารูปแบบการนวด การใช้ท่ากายบริหารแบบฤๅษีคัตตนมาร่วมกับโปรแกรมการนวดไทยพบข้อดีที่ทำให้ผู้ป่วยลดความเครียด²⁰ รู้สึกผ่อนคลายและพึงพอใจ อีกทั้งเป็นการอบอุ่นและปรับความพร้อมของร่างกายก่อนที่จะเริ่มการนวดไทย 7 ขั้นตอน จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการนวดร่วมกันในกลุ่มทดลองทำให้ระดับภาวะซึมเศร้าดีขึ้น และที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับกายบริหารท่าฤๅษีคัตตนกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า เนื่องจากส่วนใหญ่มักจะพบการศึกษาด้านส่งผลการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การฝึกกล้ามเนื้อให้อ่อนตัว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย ลดความเครียด^{21,22}

2. เพื่อศึกษาผลการนวดไทยร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัตตนต่อผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี จากผลการวิจัยโดยพิจารณาจากคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งก่อนการทดลองผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 35 คน เท่ากัน มีระดับภาวะซึมเศร้าระดับน้อย-ปานกลาง เมื่อดำเนินการทดลองในช่วงระหว่างการทดลอง ได้ติดตามระดับภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองจะมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จาก 33 ราย เป็น 0 ราย ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยจำนวนมากขึ้นจาก 2 ราย เป็น 25 ราย และไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมนั้นจะมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จาก 30 ราย เป็น 31 ราย ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยจำนวนลดลงจาก 5 ราย เป็น 4 ราย และเมื่อหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย เพียง 5 ราย และไม่มีภาวะซึมเศร้า 30 ราย ส่วนกลุ่มควบคุมมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 27 ราย และระดับน้อย 8 ราย จะเห็นว่า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการนวดไทยตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิมแล้ว พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3

ระยะ ได้แก่ ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง ผลการวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนได้รับการนวด ระหว่างได้รับการนวด และหลังได้รับการนวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ดังนี้ จากตารางที่ 5 ก่อนได้รับการนวด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มทดลองต่ำกว่าเท่ากับ 1.43 (Mean difference=1.43) , ระหว่างการนวด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มทดลองสูงกว่าเท่ากับ 7.11 (Mean difference= -7.11) และหลังการนวด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มทดลองสูงกว่าเท่ากับ 9.20 (Mean difference= -9.20) สรุปผลการวิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการนวด โดยวัดคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในแต่ละระยะเวลา ได้แก่ ก่อนการได้รับการนวด ระหว่างได้รับการนวด และหลังจากได้รับการนวด คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองลดลงโดยเริ่มจากคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม แต่ได้มีการลดลงเป็นผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับน้อย และเมื่อได้รับการนวดอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบที่พัฒนาตามโปรแกรมการรักษาที่วางไว้ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในเครือข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี ก่อนและหลังการนวดไทย ร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัตตน เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 70 ราย เปรียบเทียบ รายคู่ 3 ระยะ ได้แก่

ก่อนได้รับการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังได้รับการทดลอง ผลพบว่า ค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนได้รับการนวดระหว่างได้รับการนวด และหลังได้รับการนวด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ดังนี้ ดังตารางที่ 7 ความแตกต่างของผลรวมคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองได้รับการนวด มีความแตกต่างกับระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง กล่าวคือ หลังจากผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการนวดและออกกำลังกายบริหารท่าฤๅษีคัตถนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 7 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.000$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชาธิปชัย เครือพานิชย์¹⁶ พบว่าการนวดไทยสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบ Episodic tension-type headache ได้ และการศึกษาของสุภารัตน์ สุขโท¹⁸ พบว่า ผลการนวดไทยในการบำบัดกลุ่มอาการปวดศีรษะจากความเครียดแบบเรื้อรังและไมเกรนนั่นให้ผลต่อการบรรเทาอาการปวดภายหลังการรักษาระยะสั้น 3 สัปดาห์และติดตามผลระยะยาว 6 สัปดาห์ได้ รวมทั้งยังพบผลการศึกษาศึกษาของจิราภรณ์ แนวนุตรและบุณนิกาญจนฉวี¹⁹ ว่าการรักษาโดยการนวดแผนไทยสามารถลดระดับความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและระดับความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผู้วิจัย มีความเห็นว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ โดยนำการนวดไทย 7 ขั้นตอนร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัตถน 5 ท่า มาใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้าร่วมกับการรักษาแบบดั้งเดิมนั้น ได้ผลเป็นที่พึงพอใจ เนื่องด้วยทั้งโปรแกรมที่กลุ่มทดลองได้รับช่วยให้ผ่อนคลาย รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการรักษาของแพทย์ มีบุคลากรเอาใจใส่ทางด้านจิตใจและร่างกาย และมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ปฏิบัติร่วมกับผู้อื่น รู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกทางหนึ่ง ลดภาวะเครียดจากภายในร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด รวมทั้งด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่ไม่ต้องใช้ยา เหตุที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า และรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตายนั่น ส่วนใหญ่มาจากความรู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกโดดเดี่ยว เผชิญกับความเครียด ภาวะกดดันต่าง ๆ

การช่วยลดความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ได้ จะทำให้สามารถหลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งจิตใจ อารมณ์และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้งาน

โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยนำการนวดไทย 7 ท่าร่วมกับกายบริหารแบบฤๅษีคัตถน มาใช้เพิ่มเติมกับวิธีการรักษาแบบดั้งเดิม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้อย่างเห็นได้ชัด ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มารับบริการยังผ่อนคลาย ช่วยลดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ ผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะการนำไปใช้งาน ขยายในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะตึงเครียดทางด้านจิตใจและร่างกาย กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน ควรนำโปรแกรมนี้มาใช้กับกลุ่มผู้ป่วย โดยอาจต้องปรับทำให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มของผู้ป่วย นอกจากนี้ ในกลุ่มของผู้ที่ทำงานในสำนักงานที่มีอาการตึงเครียดของกล้ามเนื้อและสภาวะจิตใจ สามารถนำโปรแกรม โดยใช้ท่านวดที่สามารถทำได้ด้วยตนเองร่วมกับท่ากายบริหาร ในช่วงเวลาทำงานในแต่ละวัน จะช่วยลดอาการจากโรคจากการทำงาน (Office Syndrome) ได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ในการทำวิจัยเกี่ยวกับผลของการนวดไทยในครั้งนี้ต่อไปนั้น ควรเพิ่มเติมในเรื่องการประเมินความเครียดในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาภายหลัง และต้องได้รับการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ๆ มักไม่เปิดเผยตัวตน อาจเป็นเหตุผลจาก ตนนั้นไม่ทราบว่าจะเริ่มเข้าสู่ภาวะซึมเศร้า, ไม่ยอมรับตนเองว่ามีอาการป่วย, ญาติใกล้ชิดไม่เข้าใจและไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยไม่ต้องการให้บุคคลอื่นทราบข้อมูล นอกจากนี้ ควรทำการวิจัยโดยขยายกลุ่มลงในชุมชน ร่วมมือกับ ผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้ ภูมิปัญญาไทยคงอยู่และพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ
ทุกท่านได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำถ่ายทอดความรู้ด้าน
ระเบียบวิธีวิจัย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการเขียน

บทความขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลปทุมธานีทุกท่านที่ให้ความสะดวกและ
ช่วยเหลือเพื่อให้บทความเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Arunpongpaisal S. Depress disorder: The greatest disability on mankind. In: Kittirattanapaiboon P, editor. Public mental health for human dignity: 16th June 2015: Miracle Grand Convention Hotel Bangkok, Department of Mental Health, Ministry of Public Health 2015; 1-13.
2. Lotrakul M, Sukanich P. Psychiatry Ramathibodi. 3rd Ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2012
3. Vorapongpichet P. Stress and Diseases. Journal of Bureau of Alternative Medicine 2010; 3(3): 17-24.
4. Ruangtrakool S. Stress and psychiatric symptoms. Bangkok: Ruankeaw Printing; 2004. 386 p.
5. Ruangtrakool S. Psychosocial therapy in psychiatric and physical disorders. Bangkok: Ruankeaw Printing; 2009. 485 p.
6. Kittirattanapaiboon P, Pengchan W, Jutha W, Kongsuk T, Liachongpopoon C, Kenbupha K. Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. Journal of Mental Health of Thailand 2013; 21(1): 1-14. (In Thai)
7. Duangchan O, Khunkhumchu P, Kanchanajirangkun P. Guidelines for the use of mental health tools for health personnel in community hospitals (Chronic Disease Clinic) Revised Edition. Nonthaburi: Printing Agriculture Cooperatives of Thailand; 2558. 45 p. (In Thai)
8. Doungan I, Ellis S. The art of reflexology. Rockport, MA: Element Book; 1992. 208 p.
9. Chumthi LA. Effect of foot reflexology on stress reduction among adolescent mothers during the postpartum period (Master degree Thesis). KhonKaen: KhonKaen University; 2011. 147 p.
10. Leangaramkul S, Nicharogana L, Intarasombat P. Effect of foot reflexology on pain management. Journal of Bureau of Alternative Medicine 2009; 2(2): 9-18.
11. Khieophung J, Ounprasertpong NL, Intarasombat K, Krairit O. The effect of foot reflexology on quality of sleep in older person with insomnia. Ramathibodi Nursing Journal 2011; 17(1): 90-107.
12. Promtingkran N, Thongchai C, Nanthachaipan P. Foot reflexology reduce anxiety of patients in surgical wards crisis. Nursing journal 2003; 17(1): 90-107.
13. Leesuk R. Effects of providing health information combined with reflexology on insomnia, fatigue and depression in patients with chronic kidney disease (Master degree Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.147p.(In Thai)
14. Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine. Health care manual with Thai traditional medicine and alternative medicine: Nonthaburi; 2013. 73 p. (In Thai)
15. Thai Health Promotion Foundation (Thai Health). Guideline of the development of holistic health, Thai massage. Bangkok; 2016. 37 p. (In Thai)

16. Khrueangpanich C, Chatchaval U, Unungpinitpong W, Kongboonkiat K. The immediate effects of traditional Thai massage for reducing pain on patients related with episodic tension-type headache. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy* 2011; 23(1): 57-70. (In Thai)
17. Meechana R. The comparison of the effects of Thai traditional massage and the use of paracetamol for reducing tension of persons with headache [Master Thesis in Public health]. Bangkok: Mahidol University; 2001. [in Thai].
18. Sooktho S, Chatchawan U, Eungpinichpong W, Tiamkao S. Immediate effects of traditional Thai massage for reducing pain in patients with chronic-tension type headache and migraine. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy* 2012; 24(2): 220-34. (In Thai)
19. Neawbutr C, Kanchanathawan B. Effects of Thai traditional massage to Anxiety, Depression and Pain level of patients with myofascial pain syndrome at Applied Thai Traditional Medicine Clinic, Faculty of Medicine, Thammasart University. *Chulalongkorn Medical Journal* 2016; 60: 313-27. (In Thai)
20. Thaiphoom P. The effects of the hermits art of contorting and Thai classic dance on the stress of mathayom suksa two students in the fundamental expansion project school, sriracha, chonburi (Master degree Thesis). Chonburi: Burapha University; 2001. 224 p. (In Thai)
21. Sutthichit S. The effects of Ruesee-Dudton exercises on flexibility and body balance of the elderly (Master degree Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. 192 p. (In Thai)
22. Warapisuthiwong N. Factors Relating Self – care Behaviors concerning Thai Traditional Medicine of Suan Sunandha Rajabhat University Personnel (Research Report). Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2011. 90p. (In Thai)

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ
ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

The Development of the Reflective Thinking Model Integrated with Cooperative Learning for Promoting the Critical Thinking and Nursing Practicum Abilities In Nursing student

นางพรพิมล โคตรณรงค์^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการนี้มุ่งพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมี
วิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยมี 3 ระยะ คือ 1) การยกร่างรูปแบบการเรียนการสอน 2)
การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนที่ยกร่างขึ้น 3) ศึกษาคุณภาพของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาล
ศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 16 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจง โดยรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบ 6 ประการ คือ 1) หลักการ 2) เป้าหมาย 3) ขั้นตอนการสอน 4) ระบบ
สนับสนุน 5) ระบบทางสังคม และ 6) หลักการตอบสนอง ทดสอบการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และประเมินการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลัง
ได้รับรูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้นและใช้สถิติทดสอบอันดับที่มีเครื่องหมายกำกับของวิลคอกซัน พบว่าคะแนนทดสอบการคิดอย่างมี
วิจารณญาณ และประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับรูปแบบการสอนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นอาจจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติอื่นเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมี
วิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: การสะท้อนคิด, การเรียนแบบร่วมมือ, คิดวิจารณญาณ

Abstract

This study was the action research which aimed to develop the reflective thinking model integrated with cooperative learning for
promoting the critical thinking and nursing practicum abilities in nursing student. The research procedure was comprised of three phases. The
first phase was the tentative of teaching model. The second phase was the development of teaching model. The third phase was to evaluate the
model which was developed. The participants were selected by purposive sampling method. Sixteen of the third-year nursing students, who
studied in the Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum 1 participated in this study. The development of the reflective
thinking teaching model integrated with the cooperative learning was consisted of 6 components: 1) Principle 2) Goal 3) Instructional
procedure 4) Supporting system 5) Social system and 6) Principle of reaction. The critical thinking tool and the nursing practicum skills
measurement were conducted. Pretest-posttest designs were used. Wilcoxon Signed Rank Test was conducted to compare two related samples.
The difference between pretest-posttest scores is statistically significant ($p < 0.05$). The results of this study may be applied as the model of
teaching in other practical subjects to improve the quality of practical teaching.

Keywords: Reflective Thinking, Cooperative Learning , Critical Thinking

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

บทนำ

การจัดการศึกษาควรยึดหลักผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาเต็มตามศักยภาพตามประกาศพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และฉบับที่ 3 พ.ศ.2553 ที่มีแนวการจัดการศึกษา ในหมวด 4 มาตรา 22 และมาตรา 24 ได้กำหนดให้มีการจัดการกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับ ความสนใจของผู้เรียน คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการ การประยุกต์ความรู้ มาป้องกัน แก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมให้ได้เรียนรู้จาก ประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น ส่งผลให้เกิดการปฏิรูปการศึกษาทุกระดับ เน้นความสำคัญ ในเรื่องการปรับปรุงหลักสูตร และการปรับเปลี่ยนวิธีการ สอนเพื่อพัฒนาความคิด และการแก้ปัญหของผู้เรียน ใน ขณะเดียวกัน ปัญหาด้านสุขภาพของคนไทยได้ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีความซับซ้อนมากขึ้น และ ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยประสบกับปัญหา สำคัญหลายประการ การพยาบาลเป็นศาสตร์สาขาของการ ปฏิบัติ ที่ต้องสะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นองค์รวม ในการดูแลสุขภาพสุขภาพของผู้รับบริการ จึงจำเป็นที่ จะต้องเตรียมผู้เรียนให้สำเร็จเป็นบัณฑิตพยาบาลที่พร้อม ไปด้วยคุณลักษณะบัณฑิตอันพึงประสงค์ เพราะลักษณะ การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นการกระทำโดยตรงต่อ มนุษย์ จึงต้องการผู้มีความรู้ ความสามารถ และปฏิบัติการ พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจที่จะ เลือกปฏิบัติ ต้องผ่านกระบวนการพิจารณา ใคร่ครวญก่อน ดังนั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณจึงมีความสำคัญ และ จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการ ตัดสินใจเลือกกระทำเพื่อแก้ปัญหาภาวะสุขภาพของ ประชาชนที่มีความหลากหลาย และซับซ้อนมากขึ้น ต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง และนวัตกรรมใหม่ๆ ในการ รักษาพยาบาล ความชำนาญในเทคนิคปฏิบัติการพยาบาล เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้²

อย่างไรก็ดี การจัดการเรียนการสอนทั้งรายวิชาทฤษฎี และ รายวิชาปฏิบัติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานี ผู้สอนได้ออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มุ่งหวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชา ปฏิบัติการพยาบาล ที่กำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ บันทึกการสะท้อนคิดรายบุคคล จากการเรียนรู้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวัน เพื่อ ส่งเสริมให้เกิดทักษะการสะท้อนคิด การคิดอย่างมี วิจารณญาณ และสามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาล ได้แต่การสะท้อนกลับการเรียนรู้ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน กระทำในรูปแบบรายบุคคล ทำให้ผู้เรียนขาดโอกาส แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กับผู้เรียนคนอื่นๆ ที่อาจ เผชิญสถานการณ์ในการฝึกปฏิบัติที่คล้ายคลึงกัน หรือ เรียนรู้สถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการคิดอย่างมี วิจารณญาณ จึงเป็นการเตรียมผู้เรียนให้พร้อมรับ และ จัดการกับสถานการณ์ หรือปัญหาการให้บริการด้าน สุขภาพ และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยการ สะท้อนคิดเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สอนสามารถประเมิน ความรู้ ทักษะ ปัญหาการเรียนรู้ของผู้เรียน และแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นปัจจุบันและประเมินทักษะ ปฏิบัติของผู้เรียนได้ครบถ้วน ผู้เรียนมีโอกาสได้ทบทวน ตนเอง ประเมินศักยภาพตนเอง และค้นหาวิธีการแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาให้ดีขึ้น โดยผ่านการเขียนบรรยายสะท้อน ความรู้สึนึกคิด การตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ ส่งเสริมให้ เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งการสอนแบบสะท้อน คิด สามารถกระทำได้ในรูปแบบส่วนบุคคล รายคู่และราย กลุ่มได้² ทั้งนี้ การเรียนแบบร่วมมือ เป็นวิธีที่ส่งเสริมให้ ผู้เรียนได้เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และช่วยให้ได้รับ ประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับการฝึกฝนทักษะ การแสวงหาความรู้ทักษะการบันทึกความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการกับความรู้ ทักษะการแสดงออก ทักษะ การสร้างความรู้ใหม่ และทักษะการทำงานเป็นกลุ่ม จึง เป็นวิธีเรียนที่สามารถนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับการ

เรียนการสอนภาคปฏิบัติที่มีคุณภาพได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน โดยใช้การสะท้อนคิดและการเรียนแบบร่วมมือ มาพัฒนาให้เกิดวิธีการจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องมีการคิดวางแผน ตัดสินใจแก้ปัญหาทางคลินิก ซึ่งมีความสำคัญควบคู่กับองค์ความรู้ทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการวิจัย

เป็นวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การขักร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ

1.1 สันทนากลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 6 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รุ่น 23 จำนวน 24 คน และสัมภาษณ์อาจารย์ที่เลี้ยง(In-depth interview) จำนวน 4 คน เพื่อร่วมให้ความเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติรูปแบบเดิม ในประเด็น 1) หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ลักษณะเนื้อหา และการจัดการเรียนการสอน 2) การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ได้แก่ จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ รายวิชา การพัฒนาผลการเรียนรู้ ลักษณะและการดำเนินการ การวางแผนและการเตรียมการ และการประเมินนักศึกษา 3) ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

1.2 ศึกษาค้นคว้าแนวความคิดการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ

อุดรธานี และแนวความคิดพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนจากเอกสาร หนังสือ ตำรางานวิจัย และบทความที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล การเรียนรู้ตามสภาพจริง การสะท้อนคิด และทฤษฎีการเรียนรู้แบบร่วมมือ

1.3 นำแนวความคิดพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน มาสังเคราะห์เนื้อหา และขักร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

ระยะที่ 2 การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ

2.1 นำร่างรูปแบบการเรียนการสอนที่ได้ขักร่างขึ้น ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตร และการเรียนการสอน 1 ท่าน ด้านการวัดประเมินผล 1 ท่าน ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 1 ท่าน และด้านการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ท่าน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In Depth Interview)

ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 23 ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชา พย.1321 วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 2 กลุ่มๆละ 8 คน อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติดำเนินการสอนตามแผนการสอนภาคปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลากลุ่มละ 2 สัปดาห์ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น โดยใช้แบบทดสอบความคิดวิจักษณ์ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (Ward working) ทำการวัดก่อนและหลังการสอน (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยประเมินก่อนทำการสอนตามแผนการสอน ในวันที่ 2 ของสัปดาห์แรกของการ

ฝึกปฏิบัติในแต่ละกลุ่ม และประเมินหลังทำการสอนตามแผนการสอน ในวันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการวิจัย ได้แก่

1. แผนการสอนภาคปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนา ที่เน้นรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ คือแผนการสอนเรื่อง การพยาบาลมารดาและทารกปกติในระยะตั้งครรภ์

2. แบบบันทึกหลังสอนภาคปฏิบัติรายบุคคล

3. แบบบันทึกการสะท้อนคิด

เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ได้แก่

1. แบบทดสอบความคิดวิจารณ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การสรุปความ 2) การตระหนักถึงข้อตกลง 3) การอนุมาน 4) การตีความ และ 5) การประเมินข้อโต้แย้ง

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (Ward working) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรธานี ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงาน 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) การประเมินผลการพยาบาล

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรธานี

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และคะแนนประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Ward Working) ระหว่างก่อนและหลังการสอนโดยใช้สถิตินอนพารามตริกทดสอบอันดับที่มีเครื่องหมายกำกับของวิลคอกซัน (The Wilcoxon Sign-Rank Test)

ผลการวิจัย

1. การขักร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและผลการวิเคราะห์แนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มาขักร่างรูปแบบการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ได้ขักร่างรูปแบบการสอนที่มีองค์ประกอบ 6 ประการ คือ 1) หลักการ 2) เป้าหมาย 3) ขั้นตอนการสอน 4) ระบบสนับสนุน 5) ระบบทางสังคม และ 6) หลักการตอบสนอง

2. การปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

นำร่างรูปแบบการสอนที่ยกขักร่างขึ้น เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยการพิจารณาความสอดคล้องของรูปแบบการสอนในแต่ละองค์ประกอบและนำข้อมูลมาสรุป วิเคราะห์ และปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนที่ยกขักร่างขึ้น เพื่อความสมบูรณ์ในการนำไปใช้ได้รูปแบบการสอนที่มีองค์ประกอบ 6 ประการ คือ 1) หลักการ 2) เป้าหมาย 3) ขั้นตอนการสอน 4) ระบบสนับสนุน 5) ระบบทางสังคม และ 6) หลักการตอบสนอง และมีขั้นตอนการเรียนการสอน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแจ้งวัตถุประสงค์และมอบหมายงานให้ผู้เรียน 2) การทำความเข้าใจงาน และกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย 3) การกำหนดปัญหา 4) การกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหา 5) การกำหนดวิธีการแก้ปัญหา 6) การนำวิธีการแก้ปัญหาสู่การปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล 7) การสะท้อนผลการแก้ปัญหาเพื่อการปรับปรุง 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่ม และ 9) การเขียนสะท้อนคิดรายบุคคล

3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น

วิเคราะห์คะแนนทดสอบการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และคะแนนประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Ward working) ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่

2 ก่อนและหลังการสอนด้วยรูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้น รูปแบบเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1 พบว่า คะแนนทดสอบการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอน จำนวน 8 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 51.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.370 มีคะแนนสูงสุด 56 และคะแนนต่ำสุด 45 ภายหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 53.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.166 มีคะแนนสูงสุด 57 และคะแนนต่ำสุด 44

3.2 พบว่า คะแนนการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอน จำนวน 8 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 60.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.164 มีคะแนนสูงสุด 62 และคะแนนต่ำสุด 59 ภายหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 68.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.563 มีคะแนนสูงสุด 71 และคะแนนต่ำสุด 65

ตาราง 1 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ก่อนและหลังการสอนด้วยรูปแบบการสอนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Rank test

กลุ่มตัวอย่าง	N	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
posttest-pretest score(กลุ่ม 1)	8	-2.280 ^b	0.023*
posttest-pretest score(กลุ่ม 2)	8	-2.207 ^b	0.027*

จากตาราง 1 ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ พบว่าคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการสอนด้วยรูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 แสดงผลที่ได้จากการเปรียบเทียบคะแนนประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Ward working) ก่อนและหลังการสอนด้วยรูปแบบการสอน ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Rank test

กลุ่มตัวอย่าง	N	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
posttest-pretest score(กลุ่ม 1)	8	-2.539 ^b	0.011*
posttest-pretest score(กลุ่ม 2)	8	-2.585 ^b	0.010*

จากตาราง 2 ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Ward working) ก่อนและหลังการสอนด้วยรูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้นของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 พบว่า คะแนนทดสอบการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มที่ 2 ก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอน จำนวน 8 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 47.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.101 มีคะแนนสูงสุด 57 และคะแนนต่ำสุด 28 ภายหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 51.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.412 มีคะแนนสูงสุด 57 และคะแนนต่ำสุด 47

3.4 พบว่า คะแนนการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มที่ 2 ก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอน จำนวน 8 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 60.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.457 มีคะแนนสูงสุด 62 และคะแนนต่ำสุด 57 ภายหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 66.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.263 มีคะแนนสูงสุด 70 และคะแนนต่ำสุด 65

4. การเปรียบเทียบคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ก่อนและหลังการสอนด้วยรูปแบบการสอนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน พบว่ารูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาล มีองค์ประกอบ 6 ประการ คือ 1) หลักการ 2) เป้าหมาย 3) ขั้นตอนการสอน 4) ระบบสนับสนุน 5) ระบบทางสังคม และ 6) หลักการตอบสนอง และมีขั้นตอนการเรียนการสอน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแจ้งวัตถุประสงค์และมอบหมายงานให้ผู้เรียน 2) การทำความเข้าใจงาน และกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย 3) การกำหนดปัญหา 4) การกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหา 5) การกำหนดวิธีการแก้ปัญหา 6) การนำวิธีการแก้ปัญหาสู่การปฏิบัติ และประเมินผลการพยาบาล 7) การสะท้อนผลการแก้ปัญหาเพื่อการปรับปรุง 8) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับกลุ่ม และ 9) การเขียนสะท้อนคิดรายบุคคล โดยขั้นตอนการสอน 9 ขั้นตอนนั้น ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมาเป็นหลักในการกำหนดขั้นตอนการสอน เพราะกระบวนการพยาบาลเป็นกรอบของการทำงานของพยาบาล ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีระบบและเป็นการแสดงเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล และได้นำแนวคิดการสะท้อนคิดมาเป็นกิจกรรมในขั้นตอนการสอน เพราะจะช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้สึนึกคิด การกระทำของตนเอง เรียนรู้จุดบกพร่องและค้นหาวิธีการแก้ไข ตลอดจนช่วยให้ผู้สอนประเมินปัญหาการเรียนรู้ของผู้เรียน ประเมินความรู้ ทักษะและทักษะปฏิบัติการพยาบาลได้ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือ เนื่องจากการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นการจัดกลุ่มผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ทั้งนี้การเรียนแบบร่วมมือจะช่วยให้ผู้เรียนมีทักษะหลายประการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เรียน โดยเฉพาะทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ตลอดจนการได้ศึกษาเรียนรู้และลงมือปฏิบัติในสภาพเหตุการณ์ที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดทักษะของการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็น

ศูนย์กลาง ของพรบ.การศึกษา พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2545 (แก้ไขเพิ่มเติม) สำหรับผลการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น พบว่าจะเน้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณและคะแนนประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (Ward working) หลังการสอนด้วยรูปแบบการสอนที่พัฒนาขึ้นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ทั้ง 2 กลุ่ม สูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาการสะท้อนคิดเป็นวิธีการสอนที่สามารถส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ² และการศึกษาผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือที่ประยุกต์รูปแบบกราฟฟิติ (Graffiti) เรื่องการแปรผันที่มีต่อความสามารถในการสื่อสารทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 พบว่า นักเรียน มีความสามารถในการสื่อสารทางคณิตศาสตร์ด้านการเขียนมากขึ้น โดยสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ³

สรุปได้ว่า รูปแบบการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลมีองค์ประกอบ 6 ประการ โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลมาเป็นหลักในการกำหนดขั้นตอนการสอน และนำแนวคิดการสะท้อนคิดมาเป็นกิจกรรมในขั้นตอนการสอน มีขั้นตอนการเรียนการสอน 9 ขั้นตอน ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือ และเป็นการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จริง โดยศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชา พย.1321 วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นการสร้างความรู้ผ่านการกระทำโดยผู้สอนอำนวยความสะดวก และเป็นแหล่งความรู้เพื่อให้ผู้เรียนใช้กระบวนการพยาบาล สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และคะแนนประเมินการปฏิบัติการพยาบาล หลังการทดลองใช้รูปแบบการสอนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบการสอน อย่างไรก็ดี ในการปฏิบัติการพยาบาล

ในคลินิก มีสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยส่งเสริมการคิดวิจารณ์อย่างต่อเนื่อง และการคิดอย่างมีวิจารณ์เกี่ยวข้องกับกระตุ้นใจในการปฏิบัติการพยาบาลให้สำเร็จลุล่วงไปได้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้ผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเกิดความสามารถในการคิดดังกล่าว เพื่อการตัดสินใจในการทำงาน และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยการพัฒนาแบบแผนการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิด ผสานการเรียนแบบร่วมมือ เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณ์ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึก

ปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี หรือภาคปฏิบัติในวิชาอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยเชิงลึกติดตามการคิดอย่างมีวิจารณ์ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ควรมีการศึกษาโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการคิดและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำผลมาวางแผนพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน

เอกสารอ้างอิง

- ¹ วชิร อมรโรจน์วรวุฒิ. (2557). รูปแบบการสอนภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ เครือข่ายวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการเรียนการสอนบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ² กรรณิการ์ วิชัยเนตร. (2557). การสะท้อนคิด : การสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ, 6(2), หน้า 190-198.
- ³ พัฒราพร สงสุรินทร์ จักรกฤษ กลิ่นเอี่ยม และเทียมจันทร์ พานิชย์ผลินไชย. (2557). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือที่ประยุกต์รูปแบบแกรฟฟิตี (Graffiti) เรื่องการแปรผันที่มีต่อความสามารถในการสื่อสารทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ, 14(2), หน้า 71-85

ระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จังหวัดหนองคาย

Health Care Network System for Elders Long Term Care, Nong Khai Province

ธนกร สันนเอื้อ¹Thanakorn Sanan-uea¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยผู้มออย่างง่ายศึกษากลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ทีมหมอบรรอบครัว (Family Care Team: FCT) จำนวน 84 คน 2) ผู้ดูแล จำนวน 186 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 159 คน และเครือข่าย จำนวน 140 คน ศึกษาหาว่าเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2562 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ คุณภาพทีมหมอบรรอบครัว $\alpha=0.97$, ศักยภาพของผู้ดูแล $\alpha=0.89$, แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ $\alpha=0.91$, แบบวัดคุณภาพชีวิต $\alpha=0.94$ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha=0.84$ โดยใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบ paired-samples T-test

ผลการวิจัยพบว่า ศักยภาพของทีมหมอบรรอบครัว จังหวัดหนองคาย มีการสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรอบครัว (Family Care Team: FCT) โดยแต่งตั้งทีมหมอบรรอบครัว กำหนดบทบาทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังดำเนินการทีมหมอบรรอบครัวมีศักยภาพบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านมีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุนอกเขตรับผิดชอบที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 47.5 หลังดำเนินการผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 35.7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 39.9 มีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.1 มากที่สุดด้านการมีระบบส่งต่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.2 หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวัน โดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ร้อยละ 21.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีความสามารถในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.5 และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ร้อยละ 25.8 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดในการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ร้อยละ 86.0

คำสำคัญ : ระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ABSTRACT

This participatory action research to study population in Nong Khai Province. By simple random sampling of 4 groups as follows 1) 84 of FCT, 2) 186 of caregivers, 159 of elderly and 140 of network. Collected data during between May - June 2019, tools used as questionnaires there were quality of FCT $\alpha=0.97$, caregiver capacity $\alpha=0.89$, ADL questionnaires $\alpha=0.91$, quality of life questionnaires $\alpha=0.94$ and network participation $\alpha=0.84$ and Using for statistics: Percentages, Means, Standard deviation, paired-samples T-test.

Research results show that quality of FCT in Nong Khai Province to team building and development were as follows of FCT appointment, determine the role of elderly health care services. Found that after the operation, the family doctor team had the potential to visit the elderly home as a whole more than before, increased 32.0% whit differing significantly ($p < 0.001$), the greatest of referring and monitoring system, receiving the elderly outside of the responsibility area forward to the service network at 47.5% of home visit. The elderly caregiver capacity after performing the roles of work more than before with statistically significant differences ($p<0.001$) increased 35.7%, was finding to the greatest capacity of received training 39.9%, quality of elderly care increased 26.1%, the greatest of referral increased 46.2%. After the operation the elderly have ADL more than before with statistically significant differences ($p<0.001$) increased 21.1%, with increased bathing

¹ พ.บ., เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลหนองคาย

M.D. Thai Board of Family Medicine, Physician in Nong Khai hospital

ability 31.5% and increase quality of life with the greatest of Physical 25.8%. After the operation have an average score of network participation more than before proceeding with statistically significant differences ($p < 0.001$) and the greatest of participation searching for problems 86.0%. Conclusion: after the operation of develop the elderly care system was enabling the elderly to have better ability in daily activities and increase quality of life more than before with statistical significance.

Key words: Health Care Network System, Elders Long Term Care

บทนำ

ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 กล่าวคือ ในขณะนั้น ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า “ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) ผลสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel's activities of daily living: ADL) ของกรมอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุสุขภาพดี ร้อยละ 85.3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 13.4 และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย/พิการ/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 1.3

การดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย ขับเคลื่อนด้วยทีมหมอรอบครัว (FCT : family care team) ตั้งแต่ปี 2560 โดยการทำงานเชื่อมโยงกัน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกกลุ่มและทุกมิติ มีระบบประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งเสริมและสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีการกำหนดโครงสร้างระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลแม่และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยให้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC : continuous of care center) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางสนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ (เครื่องมือ ภายอุปกรณ์

Home O2 เครื่อง Suction ที่นอนลม) จัดหาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (ยาที่จำเป็นต้องใช้) และจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ การทำงานของทีมหมอรอบครัว (FCT) ในพื้นที่ของจังหวัดหนองคาย พบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ทัศนคติของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะทัศนคติของแพทย์ต่อการทำงานในชุมชน ที่ส่วนหนึ่งยังคงเน้นที่การรักษา ไม่เน้นที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ บางสหสาขาวิชาชีพยังไม่เห็นความสำคัญของชุมชน เน้นการทำงานในโรงพยาบาลแบบตั้งรับ มีการจัดประชุมอบรมในห้องประชุมแต่ไม่ได้มีการลงชุมชนให้เห็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการฟัง ไม่ได้มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ วัสดุบางอย่างไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะฟัง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้จำนวนมาก แต่บางคนมีข้อจำกัดของรายได้ ไม่สามารถจัดหาให้เพียงพอได้เอง บางคนต้องนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วไปตากแดดแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ ขาดงบประมาณในการเยี่ยมบ้านและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ห้องนั่งราวจับเดินในบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่องตลอด ต้องใช้ให้จิตอาสาหรือ อสม. มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม) ปัญหาด้านสุขภาพจิต (ความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว) ถึงแม้ว่า FCT ได้วางแผนโครงสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้มีความเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมระหว่างเครือข่ายหน่วยงานบริการสุขภาพ (รพช. รพ.สต. อสม. ทีมสหสาขาวิชาชีพ) กับเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น (ผู้นำชุมชน จิตอาสา อปท. เครือข่ายชุมชน) แต่ก็ยังไม่มีการประสานงานในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ทีม FCT ยังพบปัญหาของระบบข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลติดตามผู้สูงอายุ ที่ทีม FCT ต้องการพัฒนาให้ได้ทั้งข้อมูลเชิง

ปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วและเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) จัดทำโปรแกรมให้สามารถลงข้อมูลได้เลขขณะที่ไปติดตามการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้ทราบสถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องและต้องการความช่วยเหลือได้ สามารถเชื่อมโยงกับระบบ JHCIS และ ระบบ HOSxP ได้ ซึ่งทำให้ข้อมูลของผู้สูงอายุมีการพัฒนาไปด้วยและจะทำให้มีระบบข้อมูลบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วทั้ง โดยมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและประเมิน คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ทั้งด้านสุขภาพช่องปาก ภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ได้รับความคุ้มครองให้ปลอดภัย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนดกรอบการดำเนินงานโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีการพัฒนาทีมงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จังหวัดหนองคาย ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมทุกอำเภอ เป็นแห่งแรกของประเทศ ในปี พ.ศ. 2561 (รณชัย จิตวิเศษ, 2561) จังหวัดหนองคาย มีประชากรทุกช่วงวัยจำนวน 522,103 คน ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 76,592 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.67 ของประชากรทั้งหมด) จำแนกข้อมูลลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน 1,103 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (well elder) จำนวน 818 คน 2) กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) จำนวน 145 คน 3) กลุ่มติดเตียง (bed bound elder) จำนวน 124 คน 4) กลุ่มติดเตียงอาการรุนแรงอยู่ในระยะสุดท้าย จำนวน 16 คน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย โดย

ใช้กรอบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการจัดทำแนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นการตอบสนองต่อนโยบายของจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของทีมหมอมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้ SWOT analysis ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการจัดการระบบ ระยะที่ 3 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Partnership participation) ระยะที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ศึกษาประชากรในจังหวัดหนองคาย ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยสุ่มอย่างง่ายศึกษากลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรทีมหมอมครอบครัว (Family Care Team: FCT) จำนวน 84 คน คือบุคลากรทีมหมอมครอบครัว โดยเลือกศึกษาแบบเจาะจงผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในโรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกกลุ่มบุคคลใน

ชุมชน พื้นที่เขตจังหวัดหนองคาย ที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เลือกรายอำเภอ จนได้ครบตามขนาดตัวอย่าง

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 159 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เลือกประชากรผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ศึกษาข้อมูลลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

4. เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวจำนวน 140 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เลือกผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. บุคลากรทีมหมอบรรเทา (Family Care Team: FCT) จำนวน 84 คน คือบุคลากรทีมหมอบรรเทา โดยแบบเจาะจงผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในจังหวัดหนองคาย

2. การคัดผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ คือประชากรทั้งหญิงและชาย อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อาศัยอยู่ในจังหวัดหนองคายช่วงที่ศึกษา

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหญิงและชาย ที่ได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เลือกผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

5. ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือย้ายที่อยู่

2. ผู้ที่ไม่ยินยอมลงนามเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทีมหมอบรรเทา จำนวน 18 ข้อ คำถามข้อมูลเกี่ยวกับการทบทวนสถานการณ์และแผนงานของระบบเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ

และแบบประเมินคุณภาพของทีมหมอบรรเทาในการบริการเยี่ยมบ้าน $\alpha = 0.97$ ประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพหลายด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษตรกร นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เกษตรกร และอาจมีผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้านและคนทำงานบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล จำนวน 38 ข้อ คำถามปรับมาจาก โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอบรรเทาครอบครัว (สุพัตรา ศรีวนิชชากรและคณะ, 2558) ได้แก่ ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน $\alpha = 0.89$ และ ศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับประเมินผู้สูงอายุ จำนวน 45 ข้อ คำถามเกี่ยวกับความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน $\alpha = 0.91$ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities daily living: ADL) ของสถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (2545) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QoL: Quality of Life indicator) จำนวน 26 ข้อ $\alpha = 0.94$ พัฒนาจากองค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล; 2540)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha = 0.84$ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ประกอบด้วย ผู้บริหาร อปท. ผู้นำชุมชน และ อสม.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง (Subject matter specialist: SMS) ให้ตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำถามครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญอย่างครบถ้วน นำแบบสอบถาม

ไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย นำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน โดยการหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ใช้กับข้อมูล Interval scale โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Likert scale (กัลยา วาณิชยบัญชา, 2549: 35) ค่าเชื่อมั่นครั้งนี้ แบบประเมินคุณภาพของทีมหมอบรรเทาในการบริการเยี่ยมบ้าน $\alpha = 0.97$, แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน $\alpha = 0.89$, แบบประเมินผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน $\alpha = 0.91$, แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ $\alpha = 0.94$ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha = 0.84$

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ โดยใช้ t-test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) คือการวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย จากการเก็บรวบรวมมาทั้ง 3 แบบ ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารวิชาการ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ของระบบเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ SWOT analysis การทบทวนสถานการณ์ โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้มีการสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรเทา (Family Care Team: FCT) โดยแต่งตั้งทีมหมอบรรเทา กำหนดบทบาทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทีม FCT ปฏิบัติงานในพื้นที่ตามระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) การบริการที่จัดในชุมชน กำหนดบทบาทผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) โดยการสำรวจข้อมูล และจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) และกำกับการดำเนินงานของผู้ดูแล (Care Giver)

ตาราง 1 ศักยภาพของทีมหมอบรรเทา (N=84)

กิจกรรมบริการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. มีข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ	2.08	0.49	3.83	0.84	45.7	<0.001
2. ทีมหมอบรรเทา มีการประเมินปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้เฉพาะด้าน และวางแผน	6.10	1.35	9.42	1.28	35.2	<0.001
3. มีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุ นอกเขตรับผิดชอบที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการ	1.90	0.48	3.62	0.75	47.5	<0.001
4. การเยี่ยมและติดตามดูแล	12.19	4.64	16.45	3.71	25.9	<0.001
5. มีระบบรายงานและข้อมูล	6.77	1.37	9.36	1.26	27.7	<0.001
คะแนนรวมเฉลี่ย	5.80	5.14	8.53	4.50	32.0	<0.001

จากตาราง 1 พบว่า พบว่าหลังดำเนินการทีมหมอครอบครัวมีศักยภาพบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบมีคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านมีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุนอกเขตรับผิดชอบ ที่ส่งต่อไปยังเครือข่าย

บริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 47.5 มีข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ ร้อยละ 45.7 และทีมหมอครอบครัวมีการประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและให้ความรู้เฉพาะด้าน ร้อยละ 35.2 ตามลำดับ

ตาราง 2 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=186)

ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแล						
1.การสำรวจกลุ่มประชากร เพื่อค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ	3.94	1.59	6.13	1.16	35.7	<0.001
2.การได้รับการฝึกอบรมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ	4.10	1.31	6.13	1.16	33.1	<0.001
3.การประสานงานกับทีมหมอครอบครัว	3.99	1.86	6.54	0.94	39.0	<0.001
4.ร่วมวางแผนและขอรับคำปรึกษา	4.17	1.16	6.25	0.93	33.3	<0.001
5.ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการและประสานส่งต่อ	3.98	1.82	6.62	0.96	39.9	<0.001
6.การให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่ครอบครัว	4.03	1.0	6.10	0.82	33.9	<0.001
7.การช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการประสานงานและดำเนินงานขอความช่วยเหลือร่วมกับองค์กรภาคี	4.10	1.35	6.24	0.91	34.3	<0.001
รวมเฉลี่ย	4.04	9.0	6.28	6.21	35.7	<0.001
ศักยภาพผู้ดูแล						
1. การจัดทำเพิ่มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	3.51	0.78	4.75	0.56	26.1	<0.001
2. การประเมินปัญหาของผู้สูงอายุ	6.50	2.96	8.24	1.51	21.1	<0.001
3. มีระบบส่งต่อและติดตาม	2.10	0.59	3.90	0.75	46.2	<0.001
4. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน	12.70	4.58	16.26	3.94	21.9	<0.001
5. การเยี่ยมและติดตามดูแลผู้สูงอายุ	6.33	1.44	9.41	1.19	32.7	<0.001
รวมเฉลี่ย	6.22	6.82	8.51	5.52	26.1	<0.001

จากตาราง 2 พบว่า ศักยภาพของผู้ดูแล หลังดำเนินการผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 35.7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 39.9 การประสานงานกับทีม

หมอครอบครัว ร้อยละ 39.0 และการสำรวจค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ หลังดำเนินการผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่ามีความรู้เฉพาะด้านเพิ่มขึ้นมาก

ที่สุดด้านการมีระบบส่งต่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.2 การเยี่ยมและติดตาม ร้อยละ 32.7 และมีการจัดทำแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.1 ตามลำดับ โดยได้รับการสนับสนุน

ช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัวมากที่สุดจากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.6 นักการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 86.6 และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 83.9 ตามลำดับ

ตาราง 3 ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (N=159)

กิจวัตรประจำวัน (คะแนน)	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละ ความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การรับประทานอาหาร (Feeding)	6.05	1.60	8.13	1.04	25.6	<0.001
2. การลุกนั่ง (Transfer)	10.44	2.42	14.46	1.19	27.8	<0.001
3. การล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming)	3.13	1.04	4.31	0.91	27.4	<0.001
4. การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use)	6.90	1.46	8.69	1.11	20.6	<0.001
5. การอาบน้ำ (Bathing)	3.02	0.76	4.41	0.67	31.5	<0.001
6. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility)	12.18	1.41	13.77	1.33	11.5	<0.001
7. การขึ้นลงบันได (Stairs)	7.02	1.35	8.82	0.98	20.4	<0.001
8. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	6.80	0.88	8.39	0.92	19.0	<0.001
9. การกลั้นอุจจาระ (Bowels)	7.23	1.16	8.80	1.09	17.8	<0.001
10. การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)	7.25	1.29	8.95	1.11	19.0	<0.001
รวมเฉลี่ย	70.0	1.33	88.7	1.33	21.1	<0.001

จากตาราง 3 พบว่า ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ร้อยละ 21.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.5 การลุกนั่ง ร้อยละ 27.8 และการล้าง

หน้า แปรงฟัน ร้อยละ 27.4 ตามลำดับ หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ร้อยละ 25.8 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 25.1 ด้านจิตใจ ร้อยละ 24.0 และด้านสังคม ร้อยละ 22.9 ตามลำดับ

ตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=159)

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ด้านร่างกาย					
ข้อ2. การเจ็บปวดตามร่างกาย	1.98	1.07	2.98	0.92	<0.001
ข้อ3. มีกำลังที่จะทำสิ่งต่างๆ	2.63	0.99	3.63	0.91	<0.001
ข้อ4. พอใจกับการนอนหลับ	2.56	0.79	3.56	0.83	<0.001
ข้อ10. พอใจที่สามารถทำอะไรได้ในแต่ละวัน	3.19	1.24	3.98	0.92	<0.001

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ข้อ11. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะมีชีวิตแต่ละวัน	2.37	1.27	3.19	1.24	<0.001
ข้อ12. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	2.98	0.85	3.87	0.77	<0.001
ข้อ24. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	2.67	1.22	3.54	1.17	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านร่างกาย	2.62	1.06	3.53	0.96	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	25.8				
ด้านจิตใจ					
ข้อ5. รู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	3.07	0.74	4.11	0.71	<0.001
ข้อ6. มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี	3.06	1.07	3.91	0.89	<0.001
ข้อ7. รู้สึกพอใจในตนเอง	2.91	0.99	3.85	0.85	<0.001
ข้อ8. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	2.67	0.86	3.57	0.76	<0.001
ข้อ9. ความรู้สึกดี เช่น ไม่รู้สึกเหงา	1.15	0.76	1.65	0.82	<0.001
ข้อ23. ชีวิตมีความหมาย	3.28	0.85	4.17	0.74	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านจิตใจ	2.69	0.87	3.54	0.79	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	24.0				
ด้านสังคม					
ข้อ13. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	3.24	0.84	4.15	0.73	<0.001
ข้อ14. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน	2.94	0.59	3.94	0.59	<0.001
ข้อ25. พึงพอใจในชีวิตทางเพศ	2.91	1.15	3.70	1.03	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านสังคม	4.54	1.13	5.89	1.03	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	22.9				
ด้านสิ่งแวดล้อม					
ข้อ15. ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	3.31	0.69	4.31	0.69	<0.001
ข้อ16. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อาศัย	3.04	1.09	3.91	0.78	<0.001
ข้อ17. มีเงินพอใช้จ่าย	2.28	1.15	3.15	1.21	<0.001
ข้อ18. พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.28	0.96	4.19	0.71	<0.001
ข้อ19. ได้รับรู้เรื่องราว ข่าวสารที่จำเป็น ในชีวิตแต่ละวัน	2.94	1.08	3.85	0.89	<0.001
ข้อ20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	2.52	0.90	3.43	0.85	<0.001
ข้อ21. มีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	2.81	0.77	3.83	0.76	<0.001
ข้อ22. พอใจที่มีความสะดวกกับการเดินทาง	2.46	0.96	3.46	0.82	<0.001
ข้อ1. ความพึงพอใจกับสุขภาพในปัจจุบัน	2.35	0.99	3.22	0.59	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อม	2.77	0.95	3.70	0.81	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	25.1				

จากตาราง 4 พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต

เพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ร้อยละ 25.8 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 25.1 ด้านจิตใจ ร้อยละ 24.0 และด้านสังคม ร้อยละ 22.9 ตามลำดับ

ตาราง 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=140)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา					
1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีการประสานงานการดูแลผู้สูงอายุ	0.42	0.49	4.01	0.71	<0.001
2.มีส่วนร่วมได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของรพ./รพสต./อบต./เทศบาล	0.42	0.49	3.04	0.76	<0.001
3.ได้เข้าร่วมในการประชุมประชาคมหมู่บ้าน/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	0.23	0.41	3.45	0.16	<0.001
4.มีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับสมาชิกสภา อบต.หรือเทศบาล	0.58	0.49	4.59	1.07	<0.001
5.ได้เข้าร่วมกำหนดแนวทางหรือมาตรการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาในด้านการดูแลผู้สูงอายุ	0.80	0.39	4.44	0.56	<0.001
รวมเฉลี่ย	0.49	0.45	3.90	0.65	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	86.0				
การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท./ อสม.					
1.อปท.และ อสม. มีศักยภาพที่สามารถบริหารจัดการเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ	0.58	0.49	1.97	0.60	<0.001
2. มีการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติในการดูแลผู้สูงอายุ	1.20	0.39	2.17	0.37	<0.001
3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.00	1.61	0.48	<0.001
4. มีการนำข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุ มาวางแผนแก้ไขตามสภาพปัญหาหรือเฉพาะรายเฉพาะโรค	0.42	0.49	3.28	1.32	<0.001
5.เครือข่ายท้องถิ่นมีกิจกรรมประชุมระดมสมองในด้านการดูแลผู้สูงอายุ	2.13	0.75	3.28	1.32	<0.001
รวมเฉลี่ย	1.06	0.42	2.46	0.81	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	56.9				
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล					
1.ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การประเมินผลกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นและชุมชน	1.35	0.47	3.10	1.12	<0.001
2.ท่านได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตามการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	1.35	0.47	3.11	0.94	<0.001
3.อบต.หรือเทศบาลได้ประสานงานขอความร่วมมือจากชุมชนในท้องถิ่นเพื่อช่วยงานกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ	3.07	0.88	4.44	0.76	<0.001
4.มีส่วนร่วมเป็นกรรมการหรือเป็นคณะบุคคลออกเยี่ยมเยียนช่วยการดูแลผู้สูงอายุที่ยากจนที่มีสภาพที่อยู่อาศัย ไม่เหมาะสม	1.20	0.39	2.46	1.30	<0.001
5.ทราบข้อมูลผลสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุ	1.20	0.39	4.44	0.76	<0.001

ตาราง 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=140)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
รวมค่าเฉลี่ย	1.63	0.52	3.51	0.97	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	53.6				

จากตาราง 5 พบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองคาย ได้กำหนดบทบาทการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในพื้นที่ จังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการภายใต้ข้อกำหนดตามเกณฑ์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดในการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ร้อยละ 86.0 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท. และ อสม. ร้อยละ 56.9 การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ร้อยละ 53.6 ตามลำดับ (ตาราง 5)

สรุป หลังดำเนินการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ศักยภาพของทีมหมอครอบครัว จังหวัดหนองคาย มีการสร้างทีมและพัฒนา ศักยภาพทีมหมอครอบครัว โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัว กำหนดบทบาทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังดำเนินการทีมหมอครอบครัวมีศักยภาพบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ มีคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านมีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุนอกเขตรับผิดชอบที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ทางจังหวัดหนองคาย ได้จัดการบริการส่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดยการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holt, et al (2017) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐของ

สหรัฐ จะมีการส่งต่อจากบ้านพักคนชราไปโรงพยาบาลมากกว่า 25% ต่อปี ของผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชราทั้งหมด และ การศึกษาของภาสกร สอนเรือง และคณะ (2561) ที่ศึกษาพบว่าการทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการการบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังดำเนินการผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านได้รับการฝึกอบรม มีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการมีระบบส่งต่อ ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านความก้าวหน้า และการมีส่วนร่วมในการดูแลของหน่วยงานด้านสุขภาพจากการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ทางจังหวัดหนองคาย ได้เพิ่มการให้บริการเยี่ยมบ้านเป็นระยะตามสภาพผู้ป่วยที่สูงอายุ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเยี่ยมบ้านที่ดีจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว (สรนาถ สินธุโรไพพันธ์และคณะ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกานต์ ศรีหาคาก และคณะ (2556) ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งพบว่า การดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกดดัน

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ความสามารถในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิต

เพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ทั้งนี้ในทางปฏิบัติจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือตามที่ต้องการในด้านสิ่งของเครื่องใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Winter, et al (2013) ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย และไม่มีรายได้เมื่อเกษียณอายุ รัฐบาลควรให้การสนับสนุนความช่วยเหลือสิ่งเหล่านี้และมีการส่งเสริมสุขภาพให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Chen, et al (2014) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากกว่าก่อนดำเนินการมากที่สุดในด้านการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ทั้งนี้ทางจังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนที่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้และร่วมตรวจสอบ และมีการสร้างระบบเชิงรุกของการมีส่วนร่วม (พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) ทั้งนี้เนื่องจาก ในสังคมไทย ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังอาจยังได้รับการดูแลจากลูกหลานซึ่งอยู่ห่างออกไป แ่งคิดสำหรับอนาคตก็คือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดหรือหม้าย และผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย จะมีจำนวนมากขึ้น และหากค่านิยมของสังคมการให้คุณค่าผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะมีโอกาสเจ็บป่วยและเกิดภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำเป็นที่จะต้องมีการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรทรัพยากรตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. รัฐบาลควรพิจารณาประเด็นการกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับ “ความจำเป็น” ของผู้สูงอายุที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพ

ควรให้สวัสดิการเป็นตัวแทนเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และอาจพิจารณาปรับเพิ่มอัตราเบี้ยยังชีพให้สูงขึ้นตามค่าครองชีพที่สูงขึ้น

2. การบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ตั้งแต่ระดับ ตำบล หมู่บ้านและชุมชน โดยคำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

3. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข พัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และนำไปปฏิบัติได้จริง จะทำให้ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้มาก

4. จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมกิจกรรมชุมชนที่ผู้สูงอายุมีบทบาทในชุมชน และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

5. พัฒนาแบบโครงสร้างอาคารสถานที่ที่ยังไม่อำนวยความสะดวกต่อการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ เช่น สถานที่ราชการ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ออกแบบเป็น 2 ชั้นไว้สูงมากจนยากที่ผู้สูงอายุจะเดินขึ้นบันไดสูงชันขึ้นไปถึงได้

6. พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาจจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เสนอให้ศึกษาเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิที่พึงมีของผู้สูงอายุเพื่อจัดทำนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสิทธิที่พึงมีสำหรับผู้สูงอายุ

2. ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะด้านอาชีพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL). คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555.
- รณชัย จิตรวิเศษ. จังหวัดหนองคายขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, 2561. <ออนไลน์> [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2562]. จาก: <https://www.hfocus.org>
- วรรณภา ศรีชัยรัตน์, ถัดดา คำกริการเลิศ. แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตร พรินต์ติ้งแอนพับลิชชิ่ง, 2555.
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกกษา บุญบุญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว (Family Care Team: FCT). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558.
- สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาพรส, 2554.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง, 2540.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการสุขภาพ : District Health System (DHS) และการประเมินตนเองตามมาตรฐาน แนวทาง UCARE. นนทบุรี: 2557. <ออนไลน์> [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2561]. จาก: <http://www.nhso.go.th>
- กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- Holt JD. Navigating Long-Term Care. Gerontology & Geriatric Medicine 2017; 3: 1-5.
- ภาสกร สวนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(3): 437-449.
- สรนาถ ลินอุไรพันธ์, สายทิวา รามสูต, ธนาศรี สัมพันธ์รักษ์, สุปรียา หวังพัชรพล, ขวัญชัย กาแก้ว, ประภัสรา นาคะ. สุขตามสภาพ (แวดล้อม) แนวทางการปรับพื้นที่สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิโมเดล. กรุงเทพฯ: กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ 2559: 29-34.
- Winter A, Bruno H, NunesII P, ThuméIII E, LangeIII C, FacchiniI LA. Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Brazil. Rev Bras Epidemiol 2013; 16(4): 880-8.
- Chen LJ, Chen CY, Lue BH, Tseng MY, Wu SC. Prevalence and Associated Factors of Frailty Among Elderly People in Taiwan. Els Taiwan LLC. IJGE 2014; 8: 114-19. <online> [cited 2017 Jan 11]. Available from: <http://www.IJGE.online.com>
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอน 116 วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.

ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

Effectiveness of practice in the prevention of pesticide hazards Training course of Contractors

Spraying pesticides in Nakhon Pathom Province

จุฑามาศ เวชพานิช¹

Juthamat Vejpanit

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม มีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างและศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบ Pre – Post (repeated) Two Group Design กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดนครปฐม จำนวน 60 คน แบ่งเป็นผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 30 คน จากอำเภอบางเลน เป็นกลุ่มทดลอง และ แบ่งเป็นผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 30 คน จากอำเภอนครชัยศรี จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดย แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม และการตรวจสอบสารเคมีตกค้างในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดย Content analysis สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ t-test และ F – test ในกลุ่ม Repeated Measurement นอกจากนี้ยังใช้สถิติในกลุ่ม Non Parametric ได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks Test , Mann-Whitney Test และ Friedman ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคลอโรนเอสเตอเรส

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 35.0 หลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 36.3 และกลุ่มทดลองก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 37.7 หลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ร้อยละ 84.1 2) การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการอบรม 1 เดือน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลอง ก่อนการอบรมโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังอบรม 1 เดือนโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มทดลองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้ ระหว่างการใช้ และหลังการใช้ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบความแตกต่างในกลุ่มเปรียบเทียบ 4) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้เข้าอบรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนอบรมไม่พบความแตกต่างและหลังอบรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้ ระหว่างการใช้ และหลังการใช้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5) การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนอบรม หลังการอบรม 1 เดือน และการติดตาม 3 เดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนอบรม หลังการอบรม 1 เดือน และการติดตาม 3 เดือน ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวม และรายด้าน ของการติดตาม 3 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด

คำสำคัญ : การปฏิบัติตนในการป้องกัน , สารเคมีกำจัดศัตรูพืช , หลักสูตรอบรมและผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ABSTRACT

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

Effectiveness of practice in the prevention of pesticide hazards Training course of Contractors Spraying pesticides in Nakhon Pathom Province aimed to creation and studied effectiveness of practice in the prevention of pesticide hazards Training course of Contractors Spraying pesticides in Nakhon Pathom Province was action research by Pre – Post (repeated) Two Group Design.

Sample size were 60 Contractors Spraying pesticides in Nakhon Pathom Province divided into 30 Contractors Spraying pesticides from Bang Len District Nakhon Pathom Province were control group and 30 Contractors Spraying pesticides from Nakhonchaisri District Nakhon Pathom Province were compare group. Data were collected by Test of pesticide hazards knowledge and practice of Contractors Spraying pesticides in Nakhon Pathom Province and examination of chemical residues in the blood. Data were analyzed by Content analysis , Descriptive Statistics were Frequency , Percentage and Standard deviation. And Inferential statistic namely Dependent t – test and F – test by Repeated measurement. In addition statistic for Analyze differences of Cholinesterase were Non Parametric statistic namely Wilcoxon Signed Ranks Test , Mann-Whitney Test and Friedman.

The study indicated that 1) Knowledge about pesticide used of compare group before training correct 35.0% 1 month after training correct 36.3% and control group group before training correct 37.7% 1 month after training correct 84.1% 2) Practice of prevention of pesticide hazards of compare group before and 1 month after training total and each aspect were middle level. Control group before training total and each aspect were middle level and 1 month after training total and each aspect were much level. 3) Total and each aspect mean score of knowledge and practice in the prevention of pesticide hazards control group namely before used , between used and after used higher with statistical significance at .05 level and no difference in compare group.4) A comparison of the mean scores of knowledge and practice in preventing hazards from pesticide of the sample size. Between the control group and the compare group before training no difference. 1 month after training Total and each aspect mean scores of knowledge and practice in preventing hazards from pesticide of control group namely before used , between used and after used higher than compare group with statistical significance at .05 level 5) Practice in preventing hazards from pesticide of compare group before training , 1 month after training and follow up 3 month no difference. Practice in preventing hazards from pesticide of control group before training , 1 month after training and follow up 3 month had difference were statistically significant at .05 level by Total and each aspect mean scores of practice in preventing hazards from pesticide in follow up 3 month with the highest average score.

Keyword : Practice in preventing , pesticide , training and Contractors Spraying pesticides

บทนำ

ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ซึ่งในอดีตมุ่งเน้นการทำเพื่อพออยู่พอกินเป็นสำคัญ มีปัจจัยการผลิตคือ ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นที่จะช่วยในการเพิ่มผลผลิต แต่ในช่วงระยะที่ผ่านมา รัฐบาลมีนโยบายการพัฒนาประเทศ โดยมุ่งเน้นการสร้างรายได้ จากการส่งออกผลผลิตทางการเกษตร ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545 - 2549) และฉบับที่ 10 (2550 - 2554) มุ่งเน้นยุทธศาสตร์เพิ่มสมรรถนะและขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ที่มีความต้องการเพิ่มผลผลิตทางด้านเกษตรกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคทั้งในประเทศ และการเป็นสินค้าส่งออกนารายได้มาพัฒนาประเทศ รวมทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559) (สำนักนายกรัฐมนตรี: 52-56) มุ่งเน้น

ภาคการเกษตรให้มีบทบาทสำคัญต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ทั้งในมิติของการผลิตที่สามารถพึ่งพาตนเองด้านอาหารและเป็นแหล่งสร้างรายได้ให้แก่ครัวเรือนภาคเกษตร และเป็นฐานการผลิตที่สนับสนุนการสร้างมูลค่าเพิ่มเพื่อการค้าและการส่งออกสำหรับภาคการผลิตและบริการอื่น ๆ รวมทั้งเป็นประเทศผู้ผลิตอาหารส่งออกที่สำคัญรายใหญ่ของโลก

สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรระยะยาวนั้น จากการศึกษาพบว่า การสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสัมพันธ์กับการเกิดผลกระทบต่อระบบประสาทด้านการเรียนรู้ การสัมผัสและการเคลื่อนไหวของร่างกาย รบกวนการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ และทำให้เกิดความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ทำให้ปริมาณเชื้อสูกิจของเพศชายลดลง รบกวนการสังเคราะห์ฮอร์โมนเพศชาย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรม (Mutation) มีผลต่อตัวอ่อน การ

วางไข่และการผลิตน้ำเชื้อของสัตว์ทดลอง นอกจากนี้การได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน (Immune System) ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งและการเป็นมะเร็งของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย ผลกระทบต่อชีวิตของสิ่งมีชีวิตอื่น เช่น นก ปลา และแมลงต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ในการป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ที่อาศัยอยู่บริเวณที่มีการฉีดพ่นสารเคมี ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแพร่กระจายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในดิน ในแหล่งน้ำ และการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในพืชที่เป็นอาหาร ซึ่งความรุนแรงของพิษขึ้นอยู่กับชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปริมาณการสัมผัส วิธีการสัมผัสตลอดจนการสะสมของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในร่างกาย รวมทั้งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจ ที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อันเนื่องมาจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

จังหวัดนครปฐมอยู่ในเขตปริมณฑลมีวิสัยทัศน์คือ “เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตร อุตสาหกรรมที่ปลอดภัยได้มาตรฐานสากล การท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี” มีพื้นที่เกษตรกรรมจำนวนทั้งสิ้น 796,662 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 58.78 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด การเกษตรกรรมเป็นสาขาการผลิตที่สำคัญของจังหวัดนครปฐม มีประชากรทั้งสิ้น 900,085 คน (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2559) ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 17.07 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยมีพื้นที่เกษตรกรรม จำนวนทั้งสิ้น 796,662 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 58.78 ของพื้นที่ ทั้งจังหวัด

จากข้อมูลการตรวจหาระดับโคลีนเอสเตอเรส ในกระแสเลือดโดยการตรวจหาค่าของแผ่นทดสอบโครีนเอสเตอเรส ที่ทำปฏิกิริยากับสารเคมีที่ตกค้างในกระแสเลือดว่ามีความเข้มข้นอยู่ในระดับใด โดยอ่านค่าความรุนแรงตามค่าของโคลีนเอสเตอเรสที่ลดลง ซึ่งเทียบได้กับค่ามาตรฐานของแถบสี ที่มีความเข้มข้น พบว่ามีเกษตรกรและผู้ที่มีอาชีพรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในเขตจังหวัดนครปฐมที่ผลการตรวจอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย มีจำนวนมาก จากข้อมูลการตรวจสารเคมีในเลือดเกษตรกรและผู้ที่มีอาชีพรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ปี 2559 จำนวน 2,652 คน พบว่าเกษตรกรอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 29.4 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 9.5

นอกจากนี้ จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามบัญชีแยกโรคระหว่างประเทศ พบว่า จังหวัดนครปฐมมีจำนวนผู้ป่วย 93 คน คิดเป็นอัตราป่วย 10.14 (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2558: 5-5)

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัตินั้นพบว่าความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถและทักษะด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ความสามารถในการจดจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ และความสามารถในการประเมินค่า ส่วนการปฏิบัติ (Practice) เป็นการกระทำของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์จากอดีตหรือเกิดจากการรับรู้ มากำหนดเป็นแนวทางตามความคิดเห็นเพิ่มเติมของตนเอง พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ, 2544) ดังนั้น หากผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความรู้ ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถเป็นแบบอย่างที่ถูกต้องให้แก่เกษตรกรได้ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะดำเนินการพัฒนาหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว มีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สามารถเป็นแบบอย่างที่ถูกต้องแก่เกษตรกร ลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกิดความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาหลักสูตรอบรมที่เหมาะสมกับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อสร้างหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบ Pre – Post Two Group Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดนครปฐม จำนวน 895 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการอบรมหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดนครปฐม กำหนดด้วยสูตร (Dawson-Saunders & Trap, 1994: 120) ได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 26 คน ซึ่งตามทฤษฎีแนวโน้มนำสู่ส่วนกลาง (Central Limit Theory) (บุญธรรมกิจปริดาภิสุทธิ, 2553: 86) กลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดตั้งแต่ 30 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และการกระจายของค่าสถิติกลุ่มตัวอย่างจะมีค่าใกล้เคียงกับการกระจายแบบโค้งปกติ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มสอบก่อนและสอบหลัง (Two group pretest posttest design) โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) จากอำเภอบางเลน จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง เนื่องจากมีการใช้สารเคมีมากที่สุด(กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559)และจากอำเภอนครชัยศรี จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากมีการใช้สารเคมีมากรองจากอำเภอบางเลน (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559) โดยผู้วิจัย ได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและคัดเลือกรอกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการอบรมหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม ดังนี้ 1) เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Include Criteria) อายุ 25-55 ปี อาศัย

อยู่ในพื้นที่ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการพูด การฟังและการมองเห็น สามารถอ่านหนังสือและเขียนหนังสือได้ สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมของหลักสูตรอบรมครบตามระยะเวลา สุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว 2) เกณฑ์การคัดเลือกรอก (Exclude Criteria) ถอนตัวจากการวิจัยเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามหลักสูตรการอบรม เจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจความต้องการจำเป็นในการอบรม (Training Need Assessment)

2. หลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

3. แบบประเมินร่างหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

4. แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการประกอบอาชีพรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และประสบการณ์การอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กำหนดเป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก (Multiple Choice) แต่ละข้อมีตัวเลือกที่ถูกต้องเพียงตัวเลือกเดียว มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

โดยจะสอบถามก่อนและหลังการอบรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

5. แบบติดตามผลการอบรม (Follow up) ด้านการนำความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐมไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ของผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 30 คน เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

6. กระดาษทดสอบโคลินเอสเตอร์ส

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนการเตรียมการสร้างหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม
2. ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม
3. ขั้นตอนการทดลองใช้หลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม
4. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม
5. ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม ให้มีความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการอบรมทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) และ สถิติ t-test การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังการอบรมทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) สถิติ t-test และ F – test ในกลุ่ม Repeated Measurement ผลการตรวจสอบสารเคมีในเลือดประจำปีของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม และกลุ่มเปรียบเทียบทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) และสถิติ

ในกลุ่ม Non-Parametric ได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks Test , Mann-Whitney Test และ Feiedman การนำความรู้และการปฏิบัติตนไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญโดยการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างโดยต้องได้รับคำยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและคำนึงถึงความปลอดภัยเป็นหลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่เป็นความลับ เขียนและเผยแพร่ตามความจริงเท่านั้น ไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรม

ผลการวิจัย

1. ขั้นตอนการเตรียมการสร้างหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม โดยการสำรวจจากผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ขึ้นทะเบียนในจังหวัดนครปฐม จำนวน 895 คนพบว่า ผู้ตอบแบบสำรวจความจำเป็นในการอบรม ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย มีอายุ 25-34 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 12-16 ปี และเคยอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การศึกษาสภาพปัญหา เคยมีอาการเจ็บป่วยจากการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทราบว่ามีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของหน่วยงานรัฐหรือเอกชน ปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง และมีความจำเป็นในการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เนื้อหาของหลักสูตร พบว่าผู้ตอบแบบสำรวจความจำเป็นในการอบรม เกี่ยวกับเนื้อหาของหลักสูตร

ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสนใจส่วนใหญ่เป็นเรื่อง พิษและอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อปฏิบัติในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วิธีการอบรมของหลักสูตรพบว่า ต้องการวิธีการบรรยายโดยวิทยากร การศึกษาคูณาน และการฝึกปฏิบัติระดับความต้องการมากที่สุด

การประเมินผลของหลักสูตรพบว่าต้องการประเมินผลโดยแบบทดสอบ และการมีส่วนร่วมแบบสอบถาม และสังเกตพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

ความต้องการและความสนใจในการเข้าอบรมพบว่ามีความจำเป็นในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสนใจเข้ารับการอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระยะเวลาที่เหมาะสมในการอบรม จำนวน 2 วัน วันเวลาที่เหมาะสมและสะดวกในการเข้ารับการอบรม วันจันทร์-วันศุกร์ สถานที่ที่สะดวกและเหมาะสมในการอบรม เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในการอบรม เป็นอาหารกล่อง

2. ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

ผู้วิจัยได้รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ และนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดเป็นโครงสร้างและองค์ประกอบของร่างหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม ซึ่งประกอบด้วย 1)หลักการและเหตุผล 2)วัตถุประสงค์ของหลักสูตร 3)คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม 4)จำนวนผู้เข้ารับการอบรม 5)ระยะเวลาในการอบรม 6)เนื้อหาในการอบรม 7)ขอบเขตเนื้อหา 8)กำหนดการอบรม 9)วิธีดำเนินการอบรม 10)คุณสมบัติของวิทยากร 11)สื่อและอุปกรณ์ 12)การวัดและประเมินผล และ 13)ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3. ขั้นตอนการทดลองใช้หลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรมพบว่าผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 เป็นเพศชายอายุ 35-45 ปี ร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 63.3 ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ 11-15 ปี ร้อยละ 63.4 ไม่เคยอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 76.7

ความคิดเห็นของการประเมินการอบรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกคนมีความคิดเห็นระดับเหมาะสมอย่างยิ่งในด้านความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของเทคนิคที่ใช้ในการอบรมและสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรม ส่วนด้านวัตถุประสงค์ของการอบรม ความง่ายของเนื้อหาสาระ ความเหมาะสมของเนื้อหาสาระ ความรู้ความชำนาญในหัวข้อที่รับผิดชอบของวิทยากร ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละช่วงกิจกรรม ระยะเวลาในการอบรม สถานที่ที่ใช้ในการอบรม บรรยากาศในการอบรม การอำนวยความสะดวกทั่วไปของการอบรม การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการอบรมของผู้เข้าอบรม และภาพรวมของการอบรมมีความเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมอบรมทุกท่านมีความคิดเห็นในระดับเหมาะสม

ความคิดเห็นของการประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรม พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิ ทุกคนเห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมตั้งใจฟังการบรรยาย มีการตอบคำถามวิทยากร มีการซักถามข้อสงสัยวิทยากร มีการให้ข้อเสนอแนะ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างการบรรยายมีการจดบันทึก ระหว่างการอบรม และมีการแสดงกิริยาตอบรับการรับรู้ (การพยักหน้า การสบสายตา)

4. ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลหลักสูตรอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดนครปฐม

ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 35.0 หลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 36.3 และกลุ่มทดลองก่อนการอบรมกลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 37.7 หลังการอบรม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ตอบถูก ร้อยละ 84.1

ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากการศึกษา พบว่า ระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการอบรม 1 เดือน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองก่อนการอบรมโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และหลังอบรม 1 เดือนโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังการอบรม จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้ ระหว่างการใช้ และหลังการใช้ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน และไม่พบความแตกต่างในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้เข้าอบรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนอบรมไม่พบความแตกต่างและหลังอบรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้ ระหว่างการใช้ และหลังการใช้ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบความแตกต่างในกลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนอบรม หลังการอบรม 1 เดือน และการติดตาม 3 เดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อน หลังการอบรม 1 เดือน และการติดตาม 3 เดือน ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวม และรายด้านของการติดตาม 3 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด

การนำไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาข้อมูลการนำความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปใช้ประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่ากลุ่มตัวอย่างนำความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. ด้านเศรษฐกิจ พบว่าความรู้ที่ได้รับจากการอบรมเมื่อนำมาปฏิบัติแล้วสามารถลดค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และความรู้ที่ได้รับจากการอบรมเมื่อนำมาปฏิบัติแล้วสามารถช่วยลดค่ารักษาพยาบาลจากการแพ้ยาเมื่อใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
2. ด้านสังคม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม มาแนะนำกลุ่มเกษตรกรในชุมชนและประชาชนที่สนใจ ร่วมกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เมื่อมีการประชุมประชาคมหมู่บ้าน และผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างให้แก่เกษตรกรรายอื่น ๆ ในชุมชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
3. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามความรู้ที่ได้รับจากการอบรม ช่วยให้สิ่งแวดล้อมมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างสะสมลดลง ได้แก่ การไม่ล้างภาชนะที่ใช้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในลำคลอง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลจากแบบสำรวจความจำเป็นในการอบรม พบว่า ผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีจำเป็นในการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความสนใจเข้ารับการอบรม ร้อยละ 84.6 เนื่องจากสามารถนำความรู้และการปฏิบัติตนที่ได้รับจากการอบรมมาใช้ประกอบอาชีพใน

ชีวิตประจำวันได้ซึ่งสอดคล้องกับ ชาญชัย อาจินสมาจาร (2543:18) กล่าวว่า การฝึกอบรมเป็นวิธีการช่วยให้การเรียนรู้ทำได้อย่างรวดเร็ว สามารถศึกษาหลักการ เทคนิค และวิธีการปฏิบัติใหม่ ๆ ได้รวดเร็ว สามารถนำไปปฏิบัติในหน้าที่รับผิดชอบได้ทันที ช่วยให้ผู้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก หลังการฝึกอบรมสามารถสร้างสรรค์ความคิดใหม่ ๆ ของตนที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน รวมทั้งหลักสูตรการอบรมมีผลในการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้ารับการอบรมทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น มีการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ต้อง เพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนาหลักสูตรมีความสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีรูปแบบกระบวนการพัฒนาหลักสูตรของ Taba (1962) ที่กล่าวว่าหลักสูตรควรมีการสำรวจความต้องการและความจำเป็นในการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม การกำหนดเนื้อหาวิธีการอบรม การนำหลักสูตรไปใช้ต้องมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ จนถึงขั้นตอนของการประเมินผล โดยต้องกำหนดสิ่งที่จะประเมินและวิธีการประเมินผลอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ การพัฒนาหลักสูตรดังกล่าวมีความสอดคล้องกับนักวิชาการหลายคน แนดเลอร์ (Nadler and Nadler, 1989:6, 11-13; Laird, 1985:35-38; Wills, 1993:114; Kahn, 1993:280-284) ที่กล่าวว่า กระบวนการฝึกอบรม ประกอบด้วย การกำหนดความจำเป็นในการฝึกอบรม การกำหนดวัตถุประสงค์ การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม การเลือกเทคนิคการฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม การคัดเลือกวิทยากร การเลือกอุปกรณ์การฝึกอบรม การประเมินผล และการติดตามผลการฝึกอบรม รวมทั้ง การฝึกอบรม (Training) เป็นกระบวนการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือทักษะในการทำงาน มีจุดประสงค์เพื่อต้องการให้ผู้บุคลากรขององค์กรมีทักษะ ความรู้หรือทัศนคติที่ดีสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมจะใช้ระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อจัดการกับความจำเป็นในการฝึกอบรมและความสามารถในการประยุกต์ใช้อย่าง

ทันทีทันใด เกิดการพัฒนาในด้านพฤติกรรมที่ดีขึ้น เกิดความคิดสร้างสรรค์ นอกจากนี้การฝึกอบรมเป็นการพัฒนารายบุคคล เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้แต่ละบุคคลทราบจุดเด่นและจุดด้อยของตนเอง จะช่วยเสริมจุดเด่น แก้ไขจุดด้อย และเพื่อเป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล

การกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรควรให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง สอดคล้องกับ โนลส์ (Knowles, 1978 อ้างถึงใน สมคิด อิศระวัฒน์, 2543:25) กล่าวว่าไว้เกี่ยวกับความพร้อมที่จะเรียนรู้ว่าผู้ใหญ่เป็นบุคคลซึ่งมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ เนื่องจากผู้ใหญ่มีความต้องการที่จะเรียน เพราะมองเห็นว่า สิ่งที่ยังเรียนเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชีวิต เป็นสิ่งมีประโยชน์หรือเป็นปัญหาของตนขณะนั้น นอกจากนี้ยังได้กล่าวอีกว่า เป้าหมายการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ จะเรียนรู้ในสิ่งที่ตนสามารถเอาไปใช้เป็นประโยชน์ได้หรือเป็นปัญหาในชีวิตตนได้จริง นอกจากนี้สมคิด อิศระวัฒน์ (2543:127) ยังได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่า วิธีการทำการสอนผู้ใหญ่ จำเป็นต้องกำหนดเป้าหมาย 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความคิด ความรู้สึกและการปฏิบัติในการสอนทุกครั้งเท่าที่ทำได้ การเน้นในแต่ละเป้าหมายอาจมีปริมาณไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับเนื้อหาของหลักสูตร หรืออีกนัยหนึ่งภายหลังการเรียนรู้แล้ว ควรมีโอกาสฝึกปฏิบัติ การที่ผู้เรียนมีความรู้ มีความเข้าใจในสิ่งที่เรียน สามารถปฏิบัติได้ จึงทำให้ผู้เรียนมีความสุข ความรู้สึกที่ดีต่อการเรียนจึงเกิดขึ้น การดำเนินการให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมายทั้ง 3 ด้าน เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้เรียนสามารถเกิดการเรียนรู้ที่แท้จริง

นอกจากนี้ การที่ผู้เข้าอบรมบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรคือมีความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และมีทักษะการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดการความรู้เพื่อดำเนินการเมื่อนำอยู่ สิ่งสำคัญประการหนึ่ง อาจเนื่องมาจากการที่ผู้เข้ารับการอบรมมีความสนใจและมีความต้องการที่จะเข้ารับการอบรม มองเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการอบรมว่าสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานของตนได้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Knowles,

1950:9-10; สมคิด อิศระวัฒน์, 2543:25) ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่มีความต้องการที่จะเรียนรู้เพราะมองเห็นว่าสิ่งที่เรียนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เป็นสิ่งที่ประโยชน์หรือเป็นปัญหาของตนเองในขณะนั้น และผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าสิ่งดังกล่าวตรงกับความต้องการและความสนใจในรวมทั้งตรงกับประสบการณ์ที่ผ่านมาเขาจะเกิดความพึงพอใจที่จะเรียนรู้

การกำหนดเนื้อหาการอบรมผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับเนื้อหาการอบรมโดยเนื้อหาของหลักสูตรประกอบด้วย เนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบถึงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวัน การพิจารณาคัดเลือกเนื้อหาของหลักสูตรใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกเนื้อหาที่สอดคล้องกับ สมคิด อิศระวัฒน์ (2543) กล่าวว่าเนื้อหาของหลักสูตร ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเนื้อหาที่ต้องรู้ (Must know) ถ้าไม่รู้จะไม่รู้และเข้าใจ ส่วนที่ 2 เนื้อหาสาระที่ที่มีลักษณะควรจะรู้ (Should know) ถ้ารู้แล้วจะช่วยให้เข้าใจได้ดีขึ้น และส่วนที่ 3 เป็นเนื้อหาสาระที่มีลักษณะถ้ารู้ก็จะดี (Good to know) กล่าวคือเป็นเนื้อหาซึ่งไม่จำเป็นมาก แต่ถ้ารู้แล้วจะทำให้ดีขึ้นมาก โดยเนื้อหาสาระของการอบรมจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและเวลาที่มีในการอบรม

นอกจากนี้ การออกแบบกิจกรรมของหลักสูตรใช้รูปแบบการบรรยาย โดยวิทยากร ที่มีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์เหมาะสมกับประเด็นเนื้อหาการอบรม มีการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีการจัดกิจกรรมให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยจากวิทยากรที่มาบรรยายให้ความรู้ นอกจากนี้ในด้านวิทยากรการอบรม คาห์น (Kahn, 1993:295) ให้แนวทางในการเลือกวิทยากรที่สอดคล้องกันคือ ไม่ควรพิจารณาแต่คุณวุฒิเพียงด้านเดียว แต่ควรพิจารณาถึงความสามารถในการเป็นวิทยากรฝึกอบรม มี

ประสบการณ์ มีกลวิธีในการถ่ายทอดความรู้ สอนตรงตามหัวข้อและรายละเอียดของวิชา สามารถเพิ่มเติมความรู้และประสบการณ์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในตัวผู้เข้ารับการอบรม การคัดเลือกวิทยากรในการอบรมครั้งนี้ มีการคัดเลือกวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ เหมาะสมกับเนื้อหาการอบรม รวมทั้งวิทยากรที่ได้รับการคัดเลือกทักษะในการถ่ายทอดความรู้เป็นอย่างดี จะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมบรรลุวัตถุประสงค์ของการอบรมทุกประการ สอดคล้องกับแนวคิดของ สมคิด อิศระวัฒน์ (2543:134-135) Harris (1976:433-443) และ Singer (1990:178) ที่กล่าวว่า การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่นิยมมาก ใช้ได้คนที่มีความรู้จำนวนมาก สามารถปลูกฝังแนวความคิดและเจตคติที่ผู้สอนต้องการ การบรรยายเป็นวิธีการสอนที่สามารถนำมาใช้กับการสอนผู้ใหญ่ได้แต่ต้องมีการปรับเทคนิค ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากขึ้น การปรับวิธีการบรรยายให้มีประสิทธิภาพ อาจต้องมีการนำสื่อโสตทัศนูปกรณ์มาใช้ร่วมด้วย นำวิธีการสอนแบบอื่นเข้ามาแทรกตามความเหมาะสม เพื่อดึงดูดความสนใจ และช่วยเสริมประเด็นให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การทดลองใช้หลักสูตร การดำเนินการจัดการอบรมของหลักสูตรผู้วิจัยได้พยายามจัดบรรยากาศการอบรมให้มีความเป็นกันเอง ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่จะมีความรู้จักและคุ้นเคยกันมาก่อนเนื่องจากปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมประกอบอาชีพเดียวกัน จึงเกิดความคุ้นเคยอย่างรวดเร็ว มีความกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ซักถามปัญหาและข้อสงสัยกับวิทยากรเกี่ยวกับเนื้อหาการบรรยายทำให้เกิดความกระฉับกระเฉงที่ผู้เข้ารับการอบรมสงสัย มีการเสนอแนะประสบการณ์แนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในระหว่างการอบรม ระหว่างการอบรมผู้เข้าอบรมมีความสนใจและตั้งใจฟังการบรรยายของวิทยากรด้านการจัดกิจกรรมกลุ่มของหลักสูตรผู้เข้าอบรมให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี มีการแบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ จนเสร็จสิ้นกิจกรรมของหลักสูตร นอกจากนี้การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม เป็นบุคคลที่มีอาชีพรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีความพร้อม

และสมัครใจเข้ารับการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าอบรมของ สมชาติ กิจยรรยง (2537:120-121) กล่าวว่า การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม หลักสูตรจะเป็นตัวกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมหรือดูจากความพร้อมหรือความสมัครใจ พิจารณาจากพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ ตำแหน่งปฏิบัติงาน ความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม

จากการศึกษาข้อมูลการประเมินการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมากในด้าน ความรู้ความชำนาญของวิทยากร วิธีการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละช่วง กิจกรรมอบรม ระยะเวลาในการอบรม สถานที่ที่ใช้ในการอบรม การนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการประกอบอาชีพและความพึงพอใจต่อภาพรวมของการอบรม ร้อยละ 86.7 สอดคล้องกับ เสน่ห์ จุ้ยโต (2545:107) ที่กล่าวว่า บรรยายการอบรมที่ดีคือ บรรยายที่ดีทั้งในด้าน ภายนอกและจิตภาพ บรรยายด้านกายภาพหมายถึง ขนาดของห้องประชุมที่เหมาะสม อุณหภูมิและแสงสว่างที่เหมาะสม รวมทั้งมีอุปกรณ์สื่อเทคโนโลยีและระบบเสียงที่ดีพอ ส่วนบรรยายด้านจิตภาพ หมายถึง สภาพจิตใจและความรู้สึกของผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความอบอุ่น เป็นกันเอง เป็นกัลยาณมิตรมีความจริงใจต่อกัน และ สอดคล้องกับ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2547:7-8) ที่ได้กล่าวว่า ปัจจัยที่จะทำให้การอบรมประสบความสำเร็จ ตามหลักการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ คือ ควรให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในการเรียนเพราะว่าบุคคลจะเรียนรู้ได้ดีหากมีความต้องการในการเรียนสิ่งนั้น ๆ และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ต้องมีความสะดวกสบาย เหมาะสม ตลอดจนได้รับความไว้วางใจและให้เกียรติผู้เรียน รวมทั้งการให้อิสระในการฝึกปฏิบัติหรือการนำความรู้ไปประยุกต์ได้ และการเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้านสติปัญญา และทางด้านร่างกายในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ นอกจากนี้การจัดเตรียมสถานที่ในการอบรมดังกล่าว ต้องมีขนาดกว้างพอที่จะจุคนได้ทั้งหมด เพดานควรสูงเพราะจะช่วยให้อากาศไม่อึดอัด ทางเข้าออกควรอยู่หลังห้อง หากมีหน้าต่าง ควรจะมีม่านปิดเพื่อป้องกันสิ่งรบกวน ห้องที่ใช้ปราศจากเสียงรบกวน แสงสว่าง

ภายในห้องต้องเพียงพอ อากาศเย็นสบาย ถ่ายเท ที่นั่งควรจะสามารถสบาย ควรมีบริเวณให้พักผ่อนระหว่างพัก โสตทัศนูปกรณ์มีครบถ้วน และอุปกรณ์เครื่องเขียนมีครบถ้วน และวิธีการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร ซึ่งมีความสอดคล้องกับ เชอร์แมนและสเนล (Sherman and Snell, 1996:255) กล่าวว่า คุณสมบัติของวิทยากรที่ดีมีความเหมาะสมควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการสอน สามารถนำประสบการณ์มาถ่ายทอดได้ มีทักษะและความเชี่ยวชาญ มีผลงานวิจัย เข้าใจคน มีบุคลิกดี สร้างบรรยากาศอันดี สามารถประสานสัมพันธ์แนวคิดได้นอกจากนี้ จากการศึกษาด้านข้อมูลการประเมินพฤติกรรมระหว่างการอบรมของผู้เข้าอบรม ใช้แบบประเมินการอบรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม ตั้งใจฟังการบรรยาย มีการตอบข้อคำถามของวิทยากรระหว่างการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมมีการซักถามข้อสงสัย เนื้อหาการอบรมในประเด็นที่สงสัย ซึ่งวิทยากรสามารถให้ความรู้และตอบข้อสงสัยของผู้เข้ารับการอบรมได้เป็นอย่างดี ผู้เข้ารับการอบรมมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับประเด็นที่สอดคล้องกับการอบรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม พบว่าผู้เข้าอบรมมีการจดบันทึก เนื้อหาประเด็นสำคัญและมีปฏิกิริยาโต้ตอบระหว่างกันและระหว่างวิทยากรเช่น การพยักหน้าตอบรับ การสบตาวิทยากรเป็นระยะเพื่อแสดงการรับรู้ความเข้าใจในเนื้อหาต่อการบรรยายของวิทยากร การประเมินพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมและการจัดการอบรมจากการสังเกตการณ์ในห้องการอบรม ทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและถูกต้อง ผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินผลหลักสูตรครั้งนี้ เพราะทำให้ทราบความสนใจ ความตั้งใจของผู้เข้ารับการอบรม ความเหมาะสมของกิจกรรมและเนื้อหาการอบรม รวมทั้งเทคนิคการสอนของวิทยากร ว่ามีปัญหาอุปสรรคที่ต้องการแก้ไขอย่างไรบ้าง การสังเกตพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการประเมินที่ดีและได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามการประเมินควรกำหนดกรอบจุดมุ่งหมายและมีการสังเกตที่ไม่ทำให้ผู้เรียนรู้ตัว เพราะจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป สำหรับการประเมินการอบรมจากผู้เข้ารับการอบรม โดยการใช้

แบบประเมิน เป็นวิธีที่ง่ายสะดวก มีรายละเอียดการประเมินเหมาะสม ใช้เวลาน้อย เหมาะสมกับคนจำนวนมาก และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้ประเมินสามารถเลือกระดับความเหมาะสมในประเด็นต่าง ๆ และความรู้สึกที่รับรู้จากการฝึกอบรม แต่การวิเคราะห์ข้อมูลควรรวมทั้งในเรื่องพื้นฐานของผู้ประเมิน และลักษณะนิสัยของคนไทยที่มีความเกรงใจในการประเมิน อาจทำให้ไม่ได้รับข้อมูลตามความเป็นจริง

การประเมินประสิทธิผลหลักสูตร การประเมินผลหลักสูตร ของผู้เข้ารับการอบรม คือ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การนำความรู้และการปฏิบัติตนไปใช้ประโยชน์ ภายหลังเสร็จสิ้นการอบรม เป็นการประเมินประสิทธิผลของหลักสูตร ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Kirkpatrick (1976: 18-21) กล่าวว่า การประเมินผลและติดตามผลการฝึกอบรมเกี่ยวกับการประเมินการเรียนรู้ (Learning) มี 3 ด้าน คือ การวัดความรู้ (Cognitive) การวัดความรู้สึกและอารมณ์ (Affective) และการวัดด้านทักษะ (Psychomotor) รวมถึงการประเมินพฤติกรรม (Behavior) เป็นการประเมินการนำสิ่งที่เรียนรู้อาจะนำไปใช้ให้เกิดพฤติกรรมตามที่ได้เรียนรู้อาจรวมทั้งอาจจะใช้วิธีการสอบถามในเรื่องพฤติกรรมการทำงานของผู้เข้ารับการอบรมจากกลุ่มบุคคลอื่นๆ

จากผลการวิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการอบรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้ ระหว่างการใช้ และหลังการใช้ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน และไม่พบความแตกต่างในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของผู้เข้าอบรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนอบรมไม่พบความแตกต่างและหลังอบรม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ

คะแนนความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้ ระหว่างการใช้ และหลังการใช้ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบความแตกต่างในกลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของฐิฬ สืบทรัพย์ (2551: 79-80) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภายหลังการให้ความรู้ มีความรู้เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้แก่กลุ่มผู้เข้ารับการอบรมโดยหลักสูตรดังกล่าว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมรวมทั้งในการให้ความรู้ โดยมีการสาธิตวิธีใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างได้ผล และการศึกษาของทวีชัย เป็นสันเทียะ (2550) ได้ศึกษาการประเมินอันตรายด้วยตนเองของเกษตรกร ร่วมกับการให้ความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าก่อนให้ความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.7 หลังให้การอบรมการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดีขึ้นร้อยละ 100 และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิฬ สืบทรัพย์ (2551: 79-80) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรภายหลังการให้ความรู้ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภายหลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมมีระดับการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากการได้รับความรู้ด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการจัดกิจกรรมการอบรม นอกจากนี้ จากผลการวิจัยพบว่าหลังการอบรมผู้เข้ารับการอบรมบางรายยังมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังไม่ถูกต้องถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นก็ตาม อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนต้องใช้ระยะเวลาเพื่อให้เกิดความเคยชิน สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้

อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีในระดับดี แต่ยังมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ถูกต้อง

นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนอบรม หลังการอบรม 1 เดือน และการติดตาม 3 เดือน ของกลุ่มเปรียบเทียบ มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ส่วนการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนหลังการอบรม 1 เดือน และการติดตาม 3 เดือน ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวม และรายด้านของการติดตาม 3 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกันกับ Prochaska & Diclemente (1982) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องใช้เวลานานพอสมควรและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีอยู่ 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นก่อนตั้งใจ (Pre contemplation) เป็นขั้นที่ยังไม่มีความตั้งใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2) ขั้นตั้งใจ (contemplation) เป็นขั้นที่เริ่มมีความตั้งใจหรือความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติ (preparation) เป็นขั้นที่มีความพร้อมจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้หรืออาจลองปฏิบัติบ้างแล้วแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4) ขั้นปฏิบัติ (action) เป็นขั้นที่มีพฤติกรรมแล้วระยะหนึ่ง และ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance) เป็นขั้นที่มีพฤติกรรมเป็นระยะเวลานานพอสมควร ซึ่งอาจจะสามารถอธิบายได้ว่าภายหลังการอบรมผู้เข้าอบรมบางส่วนอยู่ในขั้นนำไปปฏิบัติ กล่าวคือมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทางที่ดีขึ้น ในขณะที่ผู้เข้ารับการอบรมบางส่วนอยู่ในขั้นตั้งใจและพร้อมปฏิบัติ ดังนั้น การที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้คงอยู่อย่างต่อเนื่องนั้นต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการอบรมและความเหมาะสมของการจัดกิจกรรมการอบรมที่จัดให้แก่ผู้เข้ารับการอบรม

การทดสอบระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการอบรม 1 เดือน พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มทดลอง มีความเสี่ยง ร้อยละ 53.3 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 46.7 กลุ่มเปรียบเทียบ ความเสี่ยง ร้อยละ 46.7 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 53.3 หลังอบรม 1 เดือน กลุ่มทดลอง ปลอดภัย ร้อยละ 56.7 และมีความเสี่ยง ร้อยละ 43.3 กลุ่มเปรียบเทียบ ความเสี่ยง ร้อยละ 43.3 และไม่ปลอดภัย ร้อยละ 56.7 การเปรียบเทียบระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดก่อนและหลังการอบรม ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการอบรมไม่พบความแตกต่างและหลังการอบรม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการวิจัยของฉวิล จอมสืบ ที่ดำเนินการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อลดการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดเกษตรกรจังหวัดสุโขทัย พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการฝึกอบรมมีค่าเฉลี่ยของระดับเอเอ็มไอเอ็มโคลีนเอสเตอเรสก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการจัดการอบรม ซึ่งประกอบด้วย การบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม การจัดบอร์ดนิทรรศการ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องสามารถลดระดับสารเคมีในเลือดได้ และกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับต่ำจะมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มเกษตรกรที่มีความรู้ดีกว่า แสดงให้เห็นได้ว่าหลักสูตรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำความรู้และการปฏิบัติตนไปใช้ประโยชน์ภายหลังการอบรมได้นั้นอาจเนื่องจากหลักสูตรมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้เข้ารับการไปในทิศทางที่ดี มีเนื้อหาหลักสูตรและกิจกรรมที่สามารถเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเป้าหมายได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการวิจัยของพัฒนา พรหมณี (2554: 82-84) ซึ่งทำการพัฒนาชุดฝึกอบรมเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกร ตำบลสระกรวด อำเภอศรีเทพ จังหวัด

เพชรบูรณ์ พบว่า การนำทฤษฎีการอบรมมาประยุกต์ใช้ อย่างมีระบบ ดำเนินการเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดความ สอดคล้องสัมพันธ์กับเนื้อหา ส่งผลให้ชุดฝึกอบรมมี ประสิทธิภาพ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ได้ ดีและเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมเกษตรกรสามารถนำ ความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ประโยชน์ได้ทันที ซึ่งส่งผลให้ จากการติดตาม 3 เดือน พบว่า ระดับโคลีน เอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มทดลอง ปลอดภัย ร้อยละ 50.0 มีความเสี่ยง ร้อยละ 50.0 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีความเสี่ยง ร้อยละ 20.0 ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 80.0 รายละเอียดดังตาราง 28 เมื่อเปรียบเทียบระดับโคลีน เอสเตอเรสในเลือด ก่อนอบรม หลังการอบรม 1 เดือน และติดตาม 3 เดือน กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่าง กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดการอบรม ควรเลือกเทคนิคการจัดกิจกรรมในการอบรม ให้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเหมาะสมและความ ต้องการของผู้เข้าอบรม เช่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน ชอบเทคนิคการบรรยาย การถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ ที่มีความรู้ความสามารถและการทดลองปฏิบัติจริง กลุ่ม วัยรุ่นชอบกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวและการแสดงออก ในด้านความสามารถของตนเอง ดังนั้น การเลือกเทคนิค ในการอบรมควรคำนึงถึงจิตวิทยาการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมายทุกครั้ง

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการอบรมเป็นสื่อ สำเร็จรูปเพื่อความสะดวกในการใช้งานของชุมชน

หน่วยงานหรือองค์กรที่ต้องการนำรูปแบบการอบรมไป ใช้ ซึ่งบริบทที่มีความแตกต่างกัน เช่น การจัดทำเป็นซีดี เนื้อหาการอบรม กำหนดเทคนิคหรือรูปแบบการอบรม รายละเอียดของสื่อ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

3. หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับ เกษตรกรควรมีการจัดอบรมให้ความรู้การปฏิบัติตนใน การป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มแกน นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำองค์กรสตรี ผู้นำ เยาวชน สภาคัด สัมชชาพลเมือง กลุ่มอาสาพัฒนาชุมชน และกลุ่มอื่น ๆ ที่สามารถเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการ ปฏิบัติตนในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ที่ถูกต้อง เพื่อเป็นการขยายผลให้เกิดความครอบคลุมใน ทุกกลุ่มและมีทิศทางในการปฏิบัติให้เป็นแนวทาง เดียวกัน

4. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาเกี่ยวกับอุปกรณ์ ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) สำหรับผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช ที่มีความสะดวกต่อการใช้งาน ต้นทุนต่ำ สามารถ ผลิตได้เองภายในครัวเรือนหรือชุมชน

5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพและ ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรคของบุคลากรสาธารณสุขหรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตราย และการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติงาน ให้เกิดประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- โกวิท สารโกลา. (2552). พฤติกรรมการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลพระเพลิงอำเภอเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว. [Online]. Available: <http://www.team.ako.moph>. [12 มิ.ย. 2559]
- นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ. (2546). พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกร. คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพฯ: ศรี อนันต์การพิมพ์.

- บุญสืบ ศรีไชยวงศ์. (2555). พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านแม่พะ ตำบลสะเมิงเหนือ อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนัส สุวรรณ. (2545). นิเวศวิทยาของมนุษย์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ เอส.พรินต์ติ้งเฮาส์.
- ยุทธนา คำมงคล. (2550). ความรู้และการปฏิบัติ ในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรพื้นที่ภูมิลำเนา บ้านห้วยสิงห์ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตร- มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุทธพงศ์ พุทธิให้. (2548). การใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดวัชพืชของเกษตรกรชาวสวนยางพารา ใน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์รัฐกิจเกษตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชรรยง นาคมา. (2545). พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่ม เลี้ยง อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราพันธุ์ พรวิเศษศิริกุล. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชกับระดับเอดส์- ไขมันโคเลสเตอรอล ในเลือดเกษตรกร หมู่บ้านทุ่งแดง ตำบลโหล่งขอดอำเภอฟัว จังหวัด เชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตร อวาท. (2540). การฝึกอบรม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- วรวิทย์ รัตนไพโรจน์. (2551). สถานการณ์และพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร ของชาวเขาเผ่าลีซู หมู่บ้านกุดสามสิบ ตำบลสบป่อง หมู่บ้านปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร สมบูรณ์. (2552). ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของ ชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอ องค์กร จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาล สาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศักดิ์ ศรีนิเวศน์. (2546). พืชภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สังัด อุทรานันท์. (2532). พื้นฐานและหลักการพัฒนาหลักสูตร. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน ภายใต้มูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน. (2545). การดำเนินโครงการนำร่องเพื่อ พัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนของเกษตรกรรายย่อย (2544 – 2546). [Online]. Available: <http://www.sathai.org>. [12 มิ.ย. 2559]
- สุกัญญา พงษ์เจตสุพรรณ. (2555). การศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมต่อความรู้ทัศนคติและ พฤติกรรมการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอท่าวัง จังหวัดน่าน. สารนิพนธ์สังคม- ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยพะเยา.
- สุจิตรา ยอดจันทร์ และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน ตนเองจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนา, วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 5 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2554), 45-55.
- สุมาลี อำไพรัตน์. (2546). การติดตามผลโครงการฝึกอบรมพนักงานขายเรื่อง การก้าวหน้าสู่การเป็น พนักงานขายที่มีประสิทธิภาพ ของบริษัท เฮกเกอร์ บราเดอร์ จำกัด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์- มหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภาณี พิมพ์สมาน. (2540). สารฆ่าแมลง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2547). จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- สิทธิชัย ยอดสุวรรณ. (2550). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนผลไม้ของเกษตรกร อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย. การศึกษาอิสระวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- สมพิศ ประสมทรัพย์. (2540). การติดตามผลการฝึกอบรมพัฒนาหลักสูตรนักบริหารงานพัฒนาชนบท (นบ.รพช.) ของสำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท: การนำเสนอหาในหลักสูตรไปใช้ปฏิบัติงาน รพช. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมชาติ กิจยรรยง. (2537). เทคนิคการจัดฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดเคชั่น. สายน้ำผึ้ง นูญวาที. (2553). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรในเขตตำบลแหลมกลัด อำเภอเมือง จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธาณสุข- ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2558). รายงานสถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ปี 2557. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2558). (2553). คู่มือเกษตรกรปลอดโรค สำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรและการซื้อแห่งประเทศไทย.
- วิชุดา สมจิตร และนิธชาธร ภาโนมัย. (2558). พฤติกรรมในการเลือกซื้ออาหารพร้อมรับประทานจากร้านสะดวกซื้อและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 22 ฉบับที่ 2
- วรัญญา มณีรัตน์, จันทกานต์ เหล่าวงษา, กุลชา ภูผาผืน, สุทธิดา ไพศาล และ ขวัญฤทัย สิมดั้น. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาดำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิจัยกาสะลองคำ [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [http://research.crru.ac.th/assets_journal/file_upload/19135.pdf]
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุ. [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [<http://thaitgri.org/?p=37841>]
- สุวิตรา สร้างนา และปาริชา นิพพานนท์. (2558). ประสิทธิผลของการประยุกต์โปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 18 ฉบับที่ 2
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง. [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [<http://www.thaihealth.or.th/Content/35697>]
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม. ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 ธันวาคม 2560 [ออนไลน์] 9 กุมภาพันธ์ 2561 [http://www.nesdb.go.th/nasdb_th/ewt_dl_link.php?nid=5491]
- Jan Cvecka, et.al 2015. Physical Activity in Elderly. Eur J Transl Myol. 2015 Aug 24; 25(4). Online in July 10, 2018 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748979/>]
- Raquel Pedrero-Chamizo, et.al. 2015. Higher levels of physical fitness are associated with a reduced risk of suffering sarcopenic obesity and better perceived health among the elderly. The EXERNET multi-center study. The journal of nutrition, health & aging. Online in July 11, 2018 [<https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-014-0530-4>]
- S.Kalaiselvi, et.al. 2016. Prevalence of under-nutrition, associated factors and perceived nutritional status among elderly in a rural area of Puducherry, South India. Archives of Gerontology and Geriatrics. Volume 65, July–August 2016 Online in July 11, 2018 [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494316300437>]
- World Organization, 2018. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Online in July 10, 2018 [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/]

ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

Effect of participatory Process Development to social-bound elderly health promotion Thung

Khwang Subdistrict Kamphaeng Saen District Nakhon Pathom Province.

จุฑามาศ เวชพานิช¹

Juthamat Vejpanit

บทคัดย่อ

การวิจัยผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สุขภาวะสุขภาพ พัฒนาการมีส่วนร่วมและศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในตำบลทุ่งขวาง ปี 2559 – 2560 จำนวน 293 , 297 และ 311 คนตามลำดับ เก็บข้อมูลโดย แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดย Content analysis สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t – test และ F – test โดยวิธี Repeated measurement

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ทุกเรื่อง แต่ก็ยังมีบางคนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในบางเรื่อง 2) ความรู้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยรวม ปี 2559 - 2561 ร้อยละ 61.3 , ร้อยละ 61.2 และร้อยละ 66.9 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3) การร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ในปี 2561 4) พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมโดยรวม อยู่ในระดับมาก 5) ความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2559 , 2560 และ 2561 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด โดยที่ ปี 2559 กับ ปี 2560 ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ , ติดสังคม , กระบวนการมีส่วนร่วม และ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Effect of participatory Process Development to social-bound elderly health promotion Thung Khwang Subdistrict Kamphaeng Saen District Nakhon Pathom Province was research and development aimed to studied situation , healthy , process development and studied Effect of participatory Process Development to social-bound elderly health promotion Thung Khwang Subdistrict Kamphaeng Saen District Nakhon Pathom Province. Sample size were social-bound elderly in Thung Khwang Subdistrict Kamphaeng Saen District Nakhon Pathom Province year 2016 – 2018 amount 293 , 297 and 311 people respectively. Data were collected by Evaluation form of Barthel Activities of Daily Living (ADL) , knowledge test , Evaluation form of Social activity participation , Social Support receiving questionnaire and Health Behavior questionnaire. Data were analyzed by Content analysis , Descriptive Statistics were Frequency , Percentage and Standard deviation. And Inferential statistic namely Dependent t – test and F – test by Repeated measurement.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

The study indicated that 1) Total of Barthel Activities of Daily Living of social-bound elderly Thung Khwang Subdistrict Kamphaeng Saen District Nakhon Pathom Province found they could Activities of Daily Living everything. But there are some people who have to be helped in something. 2) Health care knowledge of social-bound elderly year 2016 - 2018 were 61.3 % 61.2 % and 66.9% respectively which has a tendency to increase. 3) Total of social activity participation of social-bound elderly were middle level and Social Support receiving were very much level in year 2018.

4) Total of behavior of social-bound elderly were much level. 5) Health care knowledge, social activity participation, Social Support receiving and behavior of social-bound elderly Thung Khwang Subdistrict Kamphaeng Saen District Nakhon Pathom Province between 2016, 2017 and 2018 had difference were statistically significant at .05 level by 2018 had mean of Health care knowledge, social activity participation, Social Support receiving and behavior highest which year 2016 and 2017 are no different.

Keyword : Elderly, social-bound, participation process and Elderly health promotion.

บทนำ

ความเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็วของสังคมไทย ทั้งในด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ปัญหาต่างๆเพิ่มมากขึ้นและยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัย ทั้งด้านสุขภาพ ด้านสังคม และแนวโน้มสถานการณ์ประชากรวัยสูงอายุในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งมีทิศทางเดียวกับประชากรโลก ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตรงต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีระดับวิทยาของโรคระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะทางคลินิก ตลอดจนวิธีการดูแลรักษาแตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่น

ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ วัยผู้สูงอายุผลจากการเปลี่ยนแปลงไปทางสังคมที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อย โดยจำแนกออกเป็นด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย กำลังสำรองลดลง ระบบต่างๆของร่างกาย ประสิทธิภาพลดลง สายตาเปลี่ยน ความกระฉับกระเฉงลดลง สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ความไวของการทำงานระบบประสาทลดลง ด้านจิตใจ จินตนาการ หดหู่หงุดหงิดง่าย ขี้กังวล จิตใจหดหู่ เสียความมั่นใจ หดหู่หงุดหงิดง่าย ขี้เหงาและว้าวุ่น และสิ้นหวัง ด้านสังคม เศรษฐกิจ ขาดเพื่อนขาดความผูกพัน ที่เคยมีต่อสังคม ขาดรายได้ประจำ หรือรายได้ลดลงจากเดิม ขาดการยอมรับไม่ได้รับการยกย่องเหมือนวัยทำงาน ขาดความสำคัญไป ค่านิยมของครอบครัวที่

เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นให้ความสำคัญเรื่องความกตัญญูลดลง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

การจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาครัฐภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ซึ่งกำหนดสิทธิและประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในด้านต่าง ๆ การจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาครัฐภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ซึ่งกำหนดสิทธิและประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับในด้านต่างๆ อาทิ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การศึกษา ศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่การดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ หรือบริการสาธารณะอื่นๆ การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านการท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถาน โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ การจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม และบริการด้านที่อยู่อาศัย

การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในชุมชนถือเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ อย่างยั่งยืน โดยมีญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลให้ ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ สามารถเข้าถึงระบบบริการ และสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาการทางกาย ใจ สังคม อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

สนับสนุน ให้ญาติ ครอบครัวและคนในชุมชน เข้าร่วมจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ ตลอดจน ผู้ประสบปัญหาทางสังคมให้ดีขึ้น

อำเภอทุ่งขวาง จังหวัดนครปฐม เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และมีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งจากการวิเคราะห์หาสาเหตุการตายในประชาชนจำแนกตามกลุ่มวัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทำให้ทางโรงพยาบาลต้องทำการออกเยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่องของทางอำเภอ

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ศึกษาในฐานะผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชน มีความสุขและความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของ โดยได้ประยุกต์เอาแนวคิดความสุข 5 มิติได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาวะของผู้สูงอายุตำบลทุ่งขวาง
2. เพื่อพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนกันยายน 2559 ถึงเดือน กันยายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในตำบลทุ่งขวาง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในตำบลทุ่งขวาง ปี 2559 จำนวน 293 คน ปี 2560จำนวน 297 คน ปี 2561จำนวน 311 คน โดยที่มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มของตัวอย่าง ดังนี้

ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาวิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย หรือความเสี่ยงที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้สูงอายุพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระโดยไม่มีผลกระทบหรือเงื่อนไขใด ๆ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากไม่สะดวกจะตอบแบบสัมภาษณ์ก็สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การนำ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ จะกระทำ ในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกระบวนการ ได้แก่

1.1 กระบวนการกลุ่ม ใช้ในการวิเคราะห์บริบทความต้องการและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุตำบลทุ่งขวาง ตลอดจน การ นำไปกำหนดและสังเคราะห์รูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไป

2.2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

2.3 ความรู้การดูแลสุขภาพ เป็นแบบ ถูก กับ ผิด โดยที่ ถูก เท่ากับ 1 และผิด เท่ากับ 0

2.4 การร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ

2.5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่

2.6 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา นำคะแนนที่ได้ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับประเด็นหรือองค์ประกอบของแบบสอบถามได้ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับประเด็นหรือองค์ประกอบของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.7 - 1.00 ซึ่งแสดงว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับประเด็นหรือองค์ประกอบที่จะนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ นำแบบสอบถามที่ทำการตรวจสอบมาแล้วไปปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หากความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชาชนวัยทำงานจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลไปหาความเที่ยง โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach 1971 : 169) พบว่า การร่วมกิจกรรมทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.804, 0.8013 และ 0.8042 ตามลำดับ โดยใช้สูตร Kr 20 ของ กูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson's Method , อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์ 2543 : 123) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เท่ากับ 0.61

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์และสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งขวาง (กันยายน 2559)
2. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมจากการวิเคราะห์ (กันยายน 2559)
3. ทดลองใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมที่สร้างขึ้น (ตุลาคม 2559 - กันยายน 2560)

4. ติดตามประเมินผล สรุปถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ปรับปรุงและสังเคราะห์กระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม (กันยายน 2560)

5. ดำเนินการตามกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมที่สังเคราะห์ได้จากการถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ตุลาคม - กันยายน 2561)

6. ติดตามประเมินผล สรุปถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กันยายน 2561)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลเดอีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ความรู้การดูแลสุขภาพ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทุ่งขวาง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย Content analysis

ผลการวิจัย

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์ธเอลเดอีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ทุกเรื่อง แต่ก็มีบางคนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในบางเรื่อง
2. ความรู้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยรวม ปี 2559 ร้อยละ 61.3 ปี 2560 ร้อยละ 61.2 และปี 2561 ร้อยละ 66.9 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
3. การร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ในปี 2561

4. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยรวม อยู่ในระดับมาก รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย การดูแลอนามัยส่วนบุคคล และด้านการป้องกันโรค อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านการดูแลสุขภาพจิต อยู่ในระดับมาก ในปี 2561

5. ความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2559 2560 และ 2561 (Repeated measurement) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด โดยที่ปี 2559 กับ ปี 2560 ไม่แตกต่างกัน

6. บทบาทหน้าที่ให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เน้นส่งเสริมสุขภาพกายและใจในระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วย มีดังนี้

1) องค์กรภาครัฐ เป็นพี่เลี้ยงสำคัญในการอบรมพัฒนาความรู้ทักษะ Case Manager ,Care Giver และแกนนำสุขภาพ สนับสนุนพัฒนาระบบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกกลุ่มแต่งตั้งคณะกรรมการทีมหมอบรรอบครัว ทีมสหวิชาชีพ CPG กลุ่มต่างๆ

2) สหวิชาชีพ เป็นหลักในประสานการสร้างเครือข่ายฯ คำสั่งทีมหมอบรรอบครัวมอบหมายผู้รับผิดชอบเป็นหมู่และเฉพาะโรคโดยคำนึงถึงการคัดกรอง 12 โรค ค้นหาปัญหา กิจกรรมป้องกัน/ควบคุม/เพิ่มสมรรถนะความแข็งแรงเน้นไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้าและกินข้าวอร่อย ในชมรม/ในรร.มาหาไรสูงวัยขยายฯ นำปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์คืนให้ชมรม/ผส.และข้อมูลการดูแล LTC

3) อาสาสมัครสาธารณสุข สืบหา ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมสร้าง/ป้องกัน ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า การรับมือ 12 โรค และการจัดการ ADL ร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน

4) ผู้ดูแลในชุมชนร่วมกิจกรรม สืบหา ค้นหา ปัญหา ส่งเสริมกิจกรรมสร้าง/ป้องกัน ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนดูแลผู้สูงอายุและมีกองทุน LTC, มีโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ เน้นสุขภาพกาย ใจ สังคม

6) ผู้นำชุมชน จัดหาสิ่งจำเป็น และวัดเป็นสถานที่เก็บครุภัณฑ์/อุปกรณ์ที่จำเป็น

7) กลุ่มชมรมจิตอาสา ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สันทนาการ ส่งเสริมกิจกรรม 3 อ 2 ส ร่วมแก้ไขปัญหา เช่น ทำความสะอาดบ้าน หาทรัพยากรแก้ปัญหา สิ่งแวดล้อม ค้นข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อ วางแผนร่วมกันช่วยเหลือ

8) จัดตั้งกลุ่มเสริมพลังเคลื่อนที่ในการผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่าย (ครู กศน.) พร้อมวางแผนช่วยเหลือ

9) สร้างเครือข่ายสุขภาพกายและใจเข้มแข็งยึดระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเน้น

- ให้ความรู้ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายเหมาะสมกับบริบท การดูแลอนามัยส่วนบุคคลทั้งทางร่างกายและสภาพแวดล้อม การป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ที่การจัดการเครือข่าย

- การร่วมกิจกรรมทางสังคม ได้แก่ การร่วมกิจกรรมทางศาสนา การพัฒนาชุมชน ช่วยดูแลรักษา สิ่งแวดล้อมและสมบัติสาธารณะของหมู่บ้าน ร่วมกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน เป็นที่ปรึกษาให้กับบุคคลหรือองค์กรเมื่อมีโอกาส เข้าร่วมในการทำประชาคมหมู่บ้าน และส่งเสริมกิจกรรมเกี่ยวกับการเมือง เช่น ฟังการหาเสียง การณรงค์ไม่ขายสิทธิ์ การร่วมกิจกรรมศึกษาและนันทนาการ เป็นต้น

- การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การส่งเสริมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนสิ่งของหรือบริการ

- พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและครบถ้วน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบท การดูแลอนามัยส่วนบุคคลที่ถูกต้องและเหมาะสม การป้องกันโรคและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ และการดูแลสุขภาพจิตตนเอง

10) อาสาสมัครสาธารณสุข สำรวจ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลจากความรู้ความเข้าใจ สังเกตการร่วม กิจกรรมทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม สามารถนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมสร้าง/ป้องกัน ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า การรับมือ 12 โรค และการจัดการ ADL ร่วมกับผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในชุมชน

11) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ภาาิเครือข่ายในชุมชน ร่วมกันให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การส่งเสริมเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนสิ่งของหรือบริการ

7. กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลทุ่งขวาง อำเภอ กำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ได้แก่

- กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุตาม อรรถาัย (ฝึกอาชีพ)

- กิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ด้านสังคม (พัฒนา ทักษะทางสังคม)

- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- กิจกรรมส่งเสริมสวัสดิการในการดูแลตนเอง และการทำประโยชน์เพื่อชุมชน

- กิจกรรมส่งเสริมวัฒนธรรม และภูมิปัญญา

- กิจกรรมส่งเสริมรายได้ และการมีงานทำ

- กิจกรรมเราทำได้ (ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

หมายเหตุ 1. อาจมีวิทยากรพิเศษในบางชั่วโมง

2. มีการรวมกลุ่มแบ่งสายติดตามเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้ที่ไม่ได้มาเข้าโรงเรียน (เป็นกิจกรรมกู่ขนาน โรงเรียน กศน.ผู้สูงอายุ)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ การร่วมกิจกรรมทาง สังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่ง ขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2559 2560 และ 2561 (Repeated measurement) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2561 มี ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม สุขภาพสูงที่สุด โดยที่ ปี 2559 กับ ปี 2560 ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม โดยเน้นให้มีการ การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ระหว่าง แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลในชุมชน องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา และภาาิ เครือข่ายในชุมชน

แต่ทั้งนี้ ความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในปี 2559 และ ปี 2560 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากการกำหนดกระบวนการ ยังขาดการติดตามเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของ (การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก+เยี่ยมบ้าน) ทำให้ ในการ ดำเนินงานจึงไม่ทำให้เกิด ความรู้ การร่วมกิจกรรมทาง สังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงาน ระหว่าง กันยายน 25560 ถึง ตุลาคม ปี 2561 ได้มีการจัดตั้งกลุ่มเสริมพลัง เคลื่อนที่ในการผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุร่วมกับภาาิเครือข่าย (ครูกศน.) พร้อม วางแผนช่วยเหลือ การ สร้างเครือข่ายสุขภาพกายและใจ เข้มแข็งยี่ดระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ ในการ ติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ สามารถสำรวจ ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ข้อมูลจากความรู้ ความเข้าใจ สังเกตการร่วมกิจกรรมทางสังคมและ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จนนำไปวาง แผนการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมสร้าง/ป้องกัน ไม่ ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า การรับมือ 12 โรค และการจัดการ ADL ร่วมกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชน

และทำความเข้าใจกับ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชน ให้ร่วมกันให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การส่งเสริมเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนสิ่งของหรือบริการ ตามแนวคิดของ Social Support จึงทำให้ในปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ชันดิธรางกูร (2550) ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการศึกษาโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบล เขตจังหวัดเลย พบว่าผลการจัดการศึกษาโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ พบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกศูนย์สามารถจัดทำหน่วยการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับ ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ ในด้านการพัฒนาศูนย์พบว่า ครูได้มีการพัฒนาศูนย์ทั้งบริเวณภายนอกสถานที่และภายในศูนย์ โดยจัดมุมเสริมประสบการณ์โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านตัวครูในทุกศูนย์และทุกคนได้รับความรู้และได้พัฒนาความสามารถด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย ครูทุกคนได้รับความรู้และตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติและรวบรวมบันทึกความรู้ที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น ครูทุกคนมีความสามารถในการจัดทำหลักสูตร หน่วยการเรียนรู้ และแผนการจัดประสบการณ์ และมีทักษะในการจัดประสบการณ์ร่วมกับผู้สูงอายุ ครูมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมากขึ้นโดยมีการจัดกิจกรรมและประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ด้านผู้สูงอายุ พบว่า การมีส่วนร่วมในการพัฒนา

หลักสูตร เป็นผู้จัดหาสื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้และร่วมจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการจัดกิจกรรมและประสบการณ์ให้แก่เด็กทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความภาคภูมิใจที่มีผู้เห็นคุณค่าของตน ยังเกิดความรักและผูกพันต่อเด็กอีกด้วย ด้านพัฒนาการเด็ก พบว่าเด็กเกิดการพัฒนาด้านต่าง ๆ ทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม ด้านอารมณ์เด็กได้เรียนรู้ด้วยความสนใจและสนุกสนาน ด้านสังคม คือ การทำงานร่วมกับผู้อื่น และการมีสัมมาคารวะ ด้านสติปัญญาเด็กเรียนรู้ สังเกต และตอบคำถามเกี่ยวกับภูมิปัญญาในท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมให้ญาติและคนในชุมชนมีส่วนร่วมดูแลให้ ผู้สูงอายุ สามารถดำรงชีวิตได้เทียบเท่าคนปกติ สามารถเข้าถึงระบบบริการ และสิทธิประโยชน์ด้านต่าง ๆ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนาการทางกายใจ สังคม อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม สนับสนุน ให้ญาติ ครอบครัวและคนในชุมชน เข้าร่วมจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ ตลอดจน ผู้ประสบปัญหาทางสังคมให้ดีขึ้น
2. ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
3. มีการขยายผลแนวทางดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการพัฒนาชุมชน. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion). 2551. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2551, จาก cddweb.cdd.go.th/cdregion04/cdworker/008.pdf
- กรมควบคุมโรค. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion). 2551. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2551, จาก dpc5.ddc.moph.go.th/Data/data14.06.pdf
- เกษมสิงห์ เพ็ญฟู. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion). 2551. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2551, จาก <http://www.nb2.go.th/kmcdata/uploadq/120.ppt>
- เกษร สำเภาทอง. ครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. 2548. URL. http://www.nurse.tu.ac.th/KM_NURSETU.htm

- จันทร์จิรา อินจีน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาลักษณะภูมิปัญญาบ้านทุ่งต้นศรี ตำบล ห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา.” วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 22(1) มกราคม-เมษายน 2555
- ชาย โพธิ์ดิดา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2547.
- ทัศนาศูววรรณ ประพันธ์, ลินจง โปธิบาล, จิตตวิทย์ เจริญทอง. “การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา”. พยาบาล สาร. 35 (1) 2551 36-4 2551.
- ธีระพงษ์ แก้วหาญ. การพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในการนำนโยบายการสาธารณสุข มวลฐานไปสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด. วิทยานิพนธ์ การบริหารการพัฒนา ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น , 2541.
- นารีรัตน์ จิตรมนศรี และนวนชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา. “ปัญหาและความต้องการต่อการดูแลระยะยาวของผู้เป็นอัมพฤกษ์อัมพาต”. วารสาร พญดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 8(1), 2550. 25-40.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ธนบรรณปิ่นเกล้า, 2533.
- เบญจมาศ นาคจิตร. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรม ศาสตร์ประยุกต์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2551.
- พร้อมพรรณ อุดมสิน. การวัดและการประเมินผลการเรียนการสอนคณิตศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2544.
- รัตนะ บัวสนธิ์. ปรัชญาการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- รัตนะ บัวสนธิ์. วิจัยเชิงคุณภาพทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์คำสมัย, 2551.
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2558. เอกสารอัดสำเนา
- โรงพยาบาลย่นฮี. การดูแลผู้สูงอายุ. URL <http://th.yanhee.net/operation/250/44/TH> สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2558
- วรรณิ์ แกมเกตุ. วิทยานิพนธ์การวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
- วิมลพรรณ นิธิพงศ์. การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเอง. กรุงเทพมหานคร : ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย, 2545.
- วิโรจน์ สารรัตน์. กระบวนทัศน์ใหม่ทางการศึกษา; กรณีศึกษานักศึกษาศึกษาศววรรษที่ 21. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทิพย์ วิสุทธิ์. 2556
- วิโรจน์ สารรัตน์. การวางแผนการศึกษาระดับจุลภาค (หลักการและแนวคิดเชิงประยุกต์) กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ์, 2539.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 : วัยรุ่น-วัยสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 9 แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549
- ศศิธร ชันดิธรากร . การพัฒนารูปแบบการจัดการโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรบริหารส่วน ตำบล เขตจังหวัดเลย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2550.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “ปัจจัยที่มีผลต่อการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ”. วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการศึกษาฯ สหประชาชาติ. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1-2 (ม.ค.-มิ.ย. 2542). 2542. หน้า 32-36.
- สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ. “การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการอย่างเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพ”. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2(1) มกราคม - เมษายน 2558: 37 – 51, 2558.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. บรรณาธิการ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2553.

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

ปีที่ ๑๒ ฉบับที่ ๒ พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๒

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion). ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2551, จาก

http://www.vijai.org/Tool_vijai/12/02.asp

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด. 2555

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, บรรณาธิการ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ ชัยยศ คุณานันท์ วิบุร พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก แพ็บลิชชิง, 2542

สุภาภักดิ์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพมหานคร : ด้านสุขภาพการพิมพ์, 2553.

สุภาวดี พุดินน้อยและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547

อนันต์ เกตุวงศ์. หลักและเทคนิคการวางแผน. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

อรุณี อ่อนสวัสดิ์. ระเบียบวิธีวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2551.

อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการและบทเรียน. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด. , 2553

Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981

Kemis,S.,McTaggart,R. The action research planner. Geelong Australia: Deakin University Press.

Sharon R. Vaughn, Jeanne Shay Schumm , Jane M. Sinagub . Focus Group Interviews in Education and Psychology. SAGE Publications, Inc.,1996.

Sumon. Focus Group Discussion. 2550. ค้นเมื่อ 26 สิงหาคม 2551,

World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002. URL <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

บุญเย็น สุวรรณไตรย์.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร.สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล;2558.

ภคพิมล ไกรสร. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร แบบแผนการดำเนินชีวิตความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับการประเมินความสามารถในการจำความสนใจและภาษาของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2541.

ประณีต ทวีลาภ.การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.

ระวี ใจหาญ.ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

อภิชัย มงคล วังนี้ หัตถพนม ภัสรา เขมฐิ์ไชติศักดิ์ วรรณประภา ชลอรกุล ละเอียด ปัญญาใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล).ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2544.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์,กาญจนา วณิชรมณีย์ และพรณี ภาณุวัฒน์สุข(บรรณาธิการ). คู่มือ โปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ(พิมพ์ครั้งที่ 1).นนทบุรี:สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2555.

ทัศนาศูววรรณะปรณณ์ ดินจง โปธิบาล จิตตวดี เจริญทอง (2551)การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. พยาบาลสาร ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 36-45.

การพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

Development of Intermediate care patient guideline service Luangphopern hospital Nakhonpathom Province

ทินกร ชื่นชม¹

บทคัดย่อ

การวิจัยการพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ บริบทการให้บริการ พัฒนาแนวทางและศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม ปี 2559 จำนวน 21 คน ปี 2560 จำนวน 25 คน และ ปี 2561 จำนวน 84 คน เก็บข้อมูลโดย แบบประเมิน Barthel Index of Activities of Daily Living : BI โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติอนุมาน ได้แก่ F – test ในกลุ่ม Repeated measurement และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย Content analysis

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปี 2559 1.1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดัล ที่มีปัญหาหนักที่สุด ได้แก่ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และ Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) 1.2) Barthel Index of Activities of Daily Living : BI ของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ ก่อนการ D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 ไม่พบความแตกต่างกัน 2) ปี 2560 2.1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดัล ที่มีปัญหาหนักที่สุด ได้แก่ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) และ Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 2.2) Barthel Index of Activities of Daily Living : BI ของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ ก่อนการ D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง D/C เดือนที่ 6 มี BI. สูงที่สุด 3) ปี 2561 3.1) การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดัล ที่มีปัญหาหนักที่สุด คือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) 3.2) Barthel Index of Activities of Daily Living : BI ของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ ก่อนการ D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลัง D/C เดือนที่ 6 มี BI. สูงที่สุด

คำสำคัญ : แนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง

ABSTRACT

Development of Intermediate care patient guideline service Luangphopern hospital Nakhonpathom Province was research and development. Aimed to studied situation , service context , develop guidelines and studied effect of development of Intermediate care patient guideline service Luangphopern hospital Nakhonpathom Province. Sample size were Intermediate care patient who come to receive services Luangphopern hospital Nakhonpathom Province Year 2016, 21 people year 2017, 25 people and 84 persons in 2018. Data were collected by evaluation from of Barthel Index of Activities of Daily Living : BI , Computer program and medical records. Data were analyzed by Descriptive Statistics namely Frequency , Percentage and standard deviation. Inferential statistic namely F – test by Repeated measurement and qualitative data were analyzed by content analysis.

The study indicated that 1) Year 2016 1.1) Activities of daily living as Barthel Index of Activities of Daily Living : BI most problematic namely Stairs, Transfer and Mobility and Toilet use. 1.2) Barthel Index of Activities of Daily Living : BI of Intermediate care patient come to receive services before D/C , After D/C 3rd month and After D/C 6rd month no difference. 2) Year 2017 2.1) Activities of daily living as Barthel Index of Activities of Daily Living : BI most problematic namely Mobility , Stairs and Transfer 2.2) Barthel Index of Activities of Daily Living : BI of Intermediate care patient come to receive services before D/C , After D/C 3rd month and After D/C 6rd month

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รก.ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามพราน

had differences with statistical significance at .05 level by After D/C 6rd month had BI highest. 3) Year 2018 3.1) Activies of daily living as Barthel Index of Activies of Daily Living : BI most problematic namely Stairs , Toilet use and Mobility 3.2) Barthel Index of Activies of Daily Living : BI of Intermediate care patient come to receive services before D/C , After D/C 3rd month and After D/C 6rd month had differences with statistical significance at .05 level by After D/C 6rd month had BI highest.

Keyword : Intermediate care patient guideline

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอัตราความพิการสูง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี หนึ่งในสามของผู้ป่วยดังกล่าวจะเสียชีวิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด นอกจากนั้นผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่อุปการะทั้งหมดจากภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง

สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.88 รายต่อ 100 ราย ในประชากรอายุ 45-80 ปี การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการรักษาโดยรวมรวมข้อมูลผู้ป่วยกว่า 1,000 รายจากสหสถาบันทั่วประเทศพบว่า ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 70 ซึ่งเมื่อคำนวณโดยใช้ดัชนีปีสุขภาพะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพหรือการสูญเสียปีสุขภาพะ (Disability Adjusted Life years: DALYs) พบว่าภาระโรคจากปัญหาหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย โดยจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอีกในอนาคตเนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น

วัตถุประสงค์หลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง หรือ Intermediate care คือเกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (Acute Brain Injury) และผู้ป่วยบาดเจ็บทางไขสันหลัง (Spinal cord Injury) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่ความพิการและพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จนผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับมาทำงาน และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

การบริการระยะกลาง (Intermediate Care) เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ต้องการดูแลทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง (acute care) แต่ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็นการแก่ญาติ/ครอบครัวมากเกินไป และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวรโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการได้รับบริการระยะกลางที่ไม่มีคุณภาพและ/หรือไม่เพียงพอกลุ่มเป้าหมายงานบริการระยะกลาง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลและพ้นระยะเฉียบพลันหรือมีความปลอดภัยเชิงการแพทย์แล้ว แต่ยังนอนในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งสามารถไปรับบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมให้บริการที่ออกไปให้บริการ การจัดระบบแบบนี้จะช่วยลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดการแออัดในโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่ามากขึ้น อีกทั้งการฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชนจะช่วยสนับสนุนผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้ สอดคล้องกับสภาพบริบทที่บ้านและชุมชนได้ดีและเร็วกว่าการให้การฟื้นฟูที่สถานบริการโดยลำพัง

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาพะ (DALY) สูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรหญิง และเป็นอันดับสองในประชากรชาย ทั้งนี้ยังพบว่า ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ (Sedentary lifestyle) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าว แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังมีไม่มากนัก

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษา การพัฒนาแนวทางการ

บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม โดยการศึกษาสถานการณ์และบริบทการ ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย เพื่อกำหนดและพัฒนาแนวทางการ บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการบริการฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัด นครปฐม ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาบริบทการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะ กลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อกำหนดแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะ กลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม
4. เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะ กลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม
5. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

การพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐมมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐมมีรูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 3 ปี ตั้งแต่ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2561 โดย แต่ละปีมีขั้นตอนในการศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลาง ที่มารับบริการ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม ปี 2559 จำนวน 21 คน ปี 2560 จำนวน 25 คน และ ปี 2561 จำนวน 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ Barthel Index of Activities of Daily Living : BI โปรแกรมสำหรับ จารึก และวิเคราะห์

2. เครื่องมือที่ใช้จัดกิจกรรม ได้แก่

1) การถอดบทเรียน ดำเนินการในระยะที่ 1 ใน การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลาง และบริบทการ ให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐมและ ในระยะที่ 4 ติดตามประเมินผล

2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการในระยะที่ 2 กำหนดแนวทางการให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และ ใน ระยะที่ 4 ติดตามประเมินผล

3) แนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่ง มี การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยตามหลักการของจริยธรรมงานวิจัยใน มนุษย์ โดยผู้ป่วยหรือญาติต้องให้คำยินยอมในการเข้าร่วม โครงการ และสามารถออกจากโครงการได้ตามความสมัครใจ ประกอบด้วย

3.1) แนวทางการให้บริการในระหว่างที่ผู้ป่วยรับการ รักษาที่ โรงพยาบาล (แบ่งเป็นการให้บริการโดยแพทย์ พยาบาล และกายภาพบำบัด

3.2) แนวทางการติดตามให้บริการที่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม ปี 2559 จำนวน 21 คน ปี 2560 จำนวน 25 คน และ ปี 2561 จำนวน 84 คน ดำเนินการวิจัย 3 ปี ตั้งแต่ปี ตุลาคม 2559 – กันยายน 2561 ซึ่ง มีขั้นตอนดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ปีที่ 1 (ปี 2559)

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ สถานการณ์ผู้ป่วยระยะกลางปีที่ผ่านมา (ปี 2558)

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูล มา สังเคราะห์แนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางปี 2559

ระยะที่ 3 ผลการดำเนินการตามแนวทางการ บริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่สังเคราะห์ได้

ระยะที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปเป็นข้อเสนอใน ปีต่อไป

ปีที่ 2 (ปี 2560)

ระยะที่ 5 ผลการดำเนินการตามแนวทางการบริการ
ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ถอดบทเรียน จาก ปี 2559

ระยะที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปลถอดบทเรียนเป็น
ข้อเสนอในปีต่อไป

ปีที่ 3 (ปี 2561)

ระยะที่ 7 ผลการดำเนินการตามแนวทางการบริการ
ฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่ถอดบทเรียน จาก ปี 2560

ระยะที่ 8 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปลถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตร
ประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living : BI)
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือการแจก
แจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติอนุมาน ได้แก่ F - test ในกลุ่ม
Repeated measurement

การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย
Content analysis

ผลการวิจัย

ปี 2559

1. ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่ เป็นเพศ หญิง ร้อย
ละ 66.67 อายุเฉลี่ย $50.10 + 20.14$ ปี การวินิจฉัยโรค
ประกอบด้วย Lt.hemiparesis ร้อยละ 42.86 t.hemiparesis
ร้อยละ 33.33 Quadiparesis ร้อยละ 4.76 และ Paraplegia
ร้อยละ 19.05 โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ แขน ขา ซ้ายร้อยละ
42.86 อ่อนแรงแขน ขา ร้อยละ 33.33 ขวามืออ่อนแรง
แขน ขา ร้อยละ 4.76 ทั้งสองข้างอ่อนแรงและเดินไม่ได้
ร้อยละ 19.05

2. การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล
เอ็ดแอล ที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ Stairs (การขึ้นลง
บันได 1 ชั้น) สามารถทำได้ ร้อยละ 33.33 Transfer (ลุก
นั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) และ Mobility
(การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) สามารถทำได้ ร้อยละ
47.62 และ Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) สามารถทำได้ ร้อยละ
52.38

3. Barthel Index of Activities of Daily Living : BI
ของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ ปี 2559 ก่อนการ D/C
หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 ไม่พบ
ความแตกต่างกัน

ปี 2560

1. ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่ เป็นเพศ ชาย ร้อย
ละ 76.00 อายุเฉลี่ย $60.47 + 17.07$ ปี การวินิจฉัยโรค
ประกอบด้วย Lt.hemiparesis ร้อยละ 52.00
Rt.hemiparesis ร้อยละ 36.00 และ Paraplegia ร้อยละ
12.00 โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ แขน ขา ซ้ายอ่อนแรง ร้อย
ละ 52.00 แขน ขา ขวามืออ่อนแรง ร้อยละ 36.00 ขา ทั้งสอง
ข้างอ่อนแรง ร้อยละ 12.00

2. การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์
เธลเอ็ดแอล ที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ Mobility (การ
เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) สามารถทำได้ ร้อยละ
24.00 รองลงมา คือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)
สามารถทำได้ ร้อยละ 28.00 และ Transfer (ลุกนั่งจากที่
นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) สามารถทำได้ ร้อยละ
48.00

3. Barthel Index of Activities of Daily Living :
BI ของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ ปี 2560 ก่อนการ
D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -
value = .000) โดยที่ หลัง D/C เดือนที่ 6 มี BI. สูงที่สุด

ปี 2561

1. ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่ เป็นเพศ ชาย ร้อย
ละ 67.19 อายุเฉลี่ย $53.35 + 18.60$ ปี การวินิจฉัยโรค
ประกอบด้วย Lt.hemiparesis/ Lt.hemiplegia ร้อยละ
46.43 Rt.hemiparesis/ Rt.hemiplegia ร้อยละ 44.05
Quadiparesis/ Quadiplegia ร้อยละ 5.92 และ Paraparesis/
Paraplegia ร้อยละ 3.6 โดยมีอาการสำคัญ ได้แก่ แขน ขา
ซ้ายอ่อนแรง ร้อยละ 46.43 แขน ขา ขวามืออ่อนแรง ร้อยละ
44.05 แขน ขา ทั้งสองข้างอ่อนแรง ร้อยละ 5.92 และขาทั้ง
สองข้างอ่อนแรง ร้อยละ 3.6

2. การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธล
เอ็ดแอล ที่มีปัญหามากที่สุด คือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1
ชั้น) สามารถทำได้ ร้อยละ 22.62 รองลงมาคือ Toilet use

(ใช้ห้องน้ำ) สามารถทำได้ ร้อยละ 36.90 และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) สามารถทำได้ ร้อยละ 48.81

3. Barthel Index of Activities of Daily Living : BI ของผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการ ปี 2561 ก่อนการ D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p - value = .000) โดยที่ หลัง D/C เดือนที่ 6 มี BI. สูงที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยระยะกลาง ส่วนใหญ่ เป็นเพศ ชาย โรคที่วินิจฉัย ประกอบด้วย Lt.hemiparesis Rt.hemiparesis และ Paraplegia โดยมีอาการสำคัญได้แก่ แขน ขา ซ้ายอ่อนแรง แขน ขา ขวามืออ่อนแรง ขา ทั้งสองข้างอ่อนแรง การประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เซลเอ็ดแอล ที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) และ Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ทั้งนี้เนื่องจากผลจากความเจ็บป่วยของโรค ในปี 2559 จึงได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ โดย แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และกำหนดแนวทาง โดยการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพ และกำหนดมาตรฐานการดำเนินงาน ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้มี แนวทางการดูแลแบบ Intensive Rehabilitation จัดรูปแบบคัดกรองผู้ป่วยที่ศักยภาพในการฟื้นฟู และส่งต่อ จาก ร.พ.นครปฐม พัฒนารูปแบบการดูแล IMC ใช้ care map ตาม care protocol ในการดูแลผู้ป่วย IMC และติดตามประเมิน ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(BI)ผู้ป่วย IMC (stroke) ต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า Barthel Index of Activities of Daily Living : BI ของผู้ป่วยระยะกลางที่มา

รับบริการ ปี 2559 ก่อนการ D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 ไม่พบความแตกต่างกัน ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมีพัฒนาฟื้นฟูไม่ดีขึ้น ดังนั้น จึงได้ กำหนดแนวทางการดำเนิน Rehabilitation Hospital แนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง การกำหนดแผนปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง (Care map) 16 สัปดาห์แรก การกำหนดกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง และการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งจากการดำเนินงาน ส่งผลให้ Barthel Index of Activities of Daily Living : BI ของปี 2560 และในปี 2561 ก่อนการ D/C หลังการ D/C เดือนที่ 3 และหลัง D/C เดือนที่ 6 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p - value = .000) โดยที่ หลัง D/C เดือนที่ 6 มี BI. สูงที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดังนั้น สามารถสรุปการพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี เกษรสันต์ (2558) ศึกษารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการใช้รูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจในการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ในภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุดและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เอกสารอ้างอิง

- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2545
- นงนุช เพ็ชรรวง ปนัดดา ปรีชทุณ วิโรจน์ ทองเกลี้ยง. การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2556

ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557

เชมภัค เจริญสุขศิริ สิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ. คุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. Journal of Associated Medical Sciences. Vol. 50 No. 3 September Journal of Associated Medical Sciences 2017 516 - 524

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). บริษัท บอรั่น ทุ บี พับลิชชิง จำกัด. 2562

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บอรั่น ทุ บี พับลิชชิง. 2562.

ปราณี เกสรสันต์. ศึกษารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 25(1) : มกราคม-เมษายน 2558

ปราณี เกสรสันต์. รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557 .

ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, เพชรไสว ล้อมตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน, และคณะ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยความร่วมมือของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 35: 93-95. 2558.

รัชวรรณ สุขเสถียร. การเข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร. 24: 37-43. 2557

วาสนา มุลลี, สุปรียา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล 31: 95-98. 2559

ศตวรรษ อุดรศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิเศษ. ภาระของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3. 2561.

ศิริณี อินทรหนองไผ่. พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. มหาสารคาม : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2546.

สงวน สุทธิเลิศอรุณ. พฤติกรรมกับการพัฒนาตน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษราพิพัฒน์, 2545.

สถาบันประสาทวิทยาและเครือข่าย. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. 2550

สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ แอนด์ พับลิชชิง; 2560.

การวิจัยประเมินผลโครงการสร้างครอบครัวสุขภาพดีวิถีธรรมเพื่อชาวร้อยแก่นสารสินธุ์ไร่ทุ่งไร่โรค

The Evaluation research of Dhamma medicine healthy family building Project for Roi Kaen

Sara Sin without belly and without disease

สม นาสอำนาจ¹ และคณะ

Som nasaarn and orders

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลโครงการสร้างครอบครัวสุขภาพดีวิถีธรรมเพื่อชาวร้อยแก่นสารสินธุ์ไร่ทุ่งไร่โรค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1.บริบทด้านการรับรู้และแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายแพทย์วิถีธรรม 2. ปัจจัยนำเข้าของโครงการ 3. กระบวนการของโครงการ และ 4. ผลผลิตผลลัพธ์ของโครงการ โดยใช้ตัวแบบการประเมินแบบ CIPP Model เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การสำรวจ จากกลุ่มตัวอย่าง 3,871 คน เครื่องมือที่ใช้ โปรแกรมสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีธรรม ชุดสื่อ แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดย สันทนา กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample t-test สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยหาคูณ

ผลการศึกษาพบว่า 1.) บริบทด้านการรับรู้และแรงจูงใจในการเข้าร่วม การรับรู้จาก รพ.สต.ร้อยละ 73.3 และ อสม. ร้อยละ 55.7 แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เพราะต้องการมีสุขภาพดี ร้อยละ 79.9 และต้องการรักษาโรค ร้อยละ 45.0 สุขภาพกลุ่มเป้าหมายแข็งแรงดี ร้อยละ 46.09 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.45 มีโรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่คือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน(ร้อยละ 29.83, 24.05) 2.) ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ความเหมาะสมของหลักสูตร ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, S.D.= .85) เนื้อหาทุกด้านจัดอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรมการประยุกต์โปรแกรมการแพทย์วิถีธรรม ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$ S.D.= .65) ด้านการใช้ประโยชน์ได้จริงกับชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$ S.D.= .83) เนื้อหาทุกด้านมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก 3.) กระบวนการ บริหารโครงการ ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักมีผลงานตามเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 100 การบริหารจัดการจัดการโครงการ 7 ขั้นตอนตามเป้าหมายทำครบทั้ง 40 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยกระบวนการจัดค่ายจัดเป็นฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน รูปแบบการจัดทีมวิทยากร มี 4 รูปแบบแตกต่างกันแต่ละจังหวัด คือ การจัดทีมจังหวัด การจัดทีมโซน การจัดทีมอำเภอ และการจัดเป็นทีมตำบล 4.) ผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบโครงการ ผลผลิต พฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 1.56$ S.D.=.56) ผลลัพธ์ การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าค่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (p-value =0.00) โดยทุกค่าพารามิเตอร์หลังเข้าค่ายมีผลดีกว่าก่อนเข้าค่าย คือ ระดับน้ำตาล ความดันโลหิตสูง รอบเอว คชนิมมวลกาย ค่าไขมันคอเลสเตอรอล แอลดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสุขภาวะโดยรวม ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value=.000) โดยค่าเฉลี่ยหลังค่ายสูงกว่าก่อนเข้าค่าย ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์สุขภาพ (Y) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) คือ การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็น (X_1) การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (X_2) และ รู้เพียรรู้พักให้พอดี X_3 ตามสมการถดถอยหาคูณ ดังนี้ $Y = 3.460 + .020 X_1 + .021 X_2 + .023 X_3$

ผลกระทบ ด้านลดค่าใช้จ่ายและการพึ่งตนเอง โดย ภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, S.D.= .68) มี การใช้ชีวิตพอเพียงปลูกพืชผักสวนครัว ร้อยละ 85.64 การทำอาหารกินเองเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 83.05 ลดค่าใช้จ่ายซื้อเครื่องปรุงเช่น ผงชูรส น้ำปลา ซอส ร้อยละ 81.13 การพึ่งตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 80.35 ลดค่าใช้จ่ายซื้ออาหาร เช่นซื้อเนื้อสัตว์ อาหารถุงสำเร็จรูป ร้อยละ 79.90 และลดค่าใช้จ่ายในการไปหาหมอ คลินิก ร้อยละ 62.08 ด้านสุขภาพผลการเจ็บป่วยลงจากการดูแลสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ร้อยละ 60.04 และลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการซื้อยากินเอง เช่นแก้ปวด ได้ ร้อยละ 59.88 พฤติกรรมการปลูกสมุนไพรที่ใช้ทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็นในครัวเรือนก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 .(p-value =000*) โดย หลังเข้าค่ายมีการปลูกสมุนไพรมากขึ้น

คำสำคัญ: วิจัยประเมินผล, โครงการสร้างครอบครัวสุขภาพดีวิถีธรรม

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ABSTRACT

The Evaluation research of Dhamma medicine healthy family building Project for Roi Kaen Sara Sin without belly and without disease. Were to study 1.) The context of Factors influencing on acknowledge and inspiration in joining the project 2.) Input factors of the project 3.) Process of the project and 4.) Products of the project ,using CIPP model for evaluation to assess data collected from 3,871 persons, tools used including Medias, questionnaires and interviews focus groups .The data were analyzed by descriptive statistics, paired sample t-test, Pearson correlation and multiple regression

The research results revealed that, 1.) The context factors influencing on knowing and inspiration in joining the project from health promotion hospital 73.3% and village health volunteer 55.7%, . Their inspirations includes to be healthy 79.9% and to be cured from diseases 45.0 %”, Health status of their were healthy 46.09% , diseases 45.45% by hypertension 29.83% and diabetic mellitus 24.05% 2. Input factors of the project .The overall suitability of the program was high level ($\bar{X}$ = 3.91, S.D.= .85), content was high level in every aspect as well. The overall satisfaction was high level ($\bar{X}$ =3.85 S.D.= .65) , applicable to dialy life was high level ($\bar{X}$ =3.95 S.D.= 83) and satisfaction was high level for every aspect of contents as well. 3.) Process of the project Overall performance is 100% achieved, administration of (7 steps) project was done in all 40 villages (100%), the program was designed into 5 stations, different designs were used for each province, specialists were assigned into 4 model were provincial team, zone team, district team and sub-district team 4.) Products of the project were as follow: **Output** overall of health behavior was medium level ($\bar{X}$ =1.56 S.D.=.56) Result after using program compare pre and post training evaluated and analysed, there were statistically significant difference of 0.05 (p-value =0.00) in every parameters, with post training shows significant decreases, namely fasting blood sugar, blood pressure, waist circumference, BMI, Cholesterol, LDL and Triglyceride. Pre and post training average score on physical ,social, spiritual and overall well being were evaluated and analysed, there are statistically significant difference of 0.5 (p-value =0.00) with post training shows promising improvement. Factors that could predicted wellness (Y) statistically significant(p<0.05) includes consumption of rebalancing of herbal juice (X1), Detoxification (X3) and sufficient living (X9). The prediction equation was show as follow : $Y = 3.460 + .020 X1 + .021 X3 + .023 X9$

Impact of project; The overall score of influence on decrease daily expenses and being self-sustainable was high level ($\bar{X}$ = 2.55 ,S.D.= .68) , household agriculture 85.64%, healthy home cooked meals 83.05% , reduce expenses on ingredients (MSG and sauces) 81.13% , self-dependence when sick 80.35% , reduce daily expenses on meats, poultry and instant meals 79.90% and money spent in visiting doctors 62.08% . On the aspect of health ; being less sick or lesser complications by daily self-care 60.04% and also decrease money spent on self-prescribed drugs (NSAIDs, analgesics) 59.88% . Pre and Post training practice of growing herbs increase statically significant (p-value =000*)

Keywords : Evaluation research , Dhamma medicine healthy family building Project

บทนำ

จากสถานการณ์การเจ็บป่วยของประเทศไทยมีแนวโน้มที่สูงขึ้นโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจหลอดเลือด และไตวาย จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย พ.ศ.2556 ยังคงพบว่า การตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในประชากรอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป โดยเพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดร้อยละ 11.1 รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 7.7 ส่วนเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

ร้อยละ 14.5 รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 8.8 โรคเบาหวานร้อยละ 8.7 และโรคมะเร็งตับร้อยละ 4.5 ตามลำดับ จากข้อมูลการตายของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นโดย ปี พ.ศ. 2552-2558 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 20.68, 20.47, 22.47, 23.46, 26.91, 27.19 และ 27.88 ต่อประชากรแสนคน โดยเขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับภาพประเทศเท่ากับ 10.39, 10.67, 14.91, 15.09, 17.70, 18.22, 16.10 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สาเหตุหนึ่งของการเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจมาจากผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมสถานะความรุนแรงของโรคได้ โดยเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c < 7% หรือ FBS อยู่ระหว่าง 70-130 mg% เพียงร้อยละ 22.62 จากเป้าหมายที่กำหนดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40.00 ในส่วนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้เพียงร้อยละ 31.54 จากเป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50.00 ในส่วนของประชาชนทั่วไปก็มีปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 7 ความชุกภาว่น้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 23.92, 27.89 และ 28.75 ตามลำดับ¹

ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะต้องแก้ไขตั้งแต่ต้นทาง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากระบบเมตาบอลิก เช่นการแก้ไขปัญหา น้ำหนักเกินและโรคอ้วนคือ การลดการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงและการเพิ่มการออกกำลังกาย ดังคำกล่าวของนวลรัตดา ประเปรียว² ที่ว่าการป้องกันรักษาโรคอ้วนควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ การลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวทั้งหมด หันมาบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็มลง เพิ่มกากใยอาหารด้วยการบริโภคผักและผลไม้มากขึ้น ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่และสิ่งเสพติดต่าง ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหวทางกายและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเกือบทุกวัน และควรค้นหาวิธีในการจัดการกับความเครียด

ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ พบว่า หลายหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้และดำเนินการตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีหลายรูปแบบรวมถึงมูลนิธิแพथิวิธรรมแห่งประเทศไทยที่เป็นหน่วยงานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดกิจกรรมค่ายสุขภาพพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนที่สนใจ ซึ่งการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมมีจุดเด่น คือ การนำจุดดีของการแพทย์ทุกแผนมาบูรณาการด้วยหลักธรรมะและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงจนเกิดเป็นองค์ความรู้และเทคนิคการฝึกปฏิบัติเพื่อแก้ไข

ปัญหาสุขภาพตนเอง ด้วยวิธีที่ประหยัด เรียบง่าย ได้ผลรวดเร็ว สามารถพึ่งพาตนเองได้ ใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก สามารถนำไปประยุกต์ให้เข้ากับวิถีชีวิตได้ และมีความยั่งยืน³ ผลการศึกษาของใจเพชร กล้าจน⁴ พบว่าการแพทย์วิถีธรรม สามารถใช้ได้กับโรคทุกโรค (แต่ไม่ใช่กับทุกคน) การใช้องค์ความรู้แพทยวิถีธรรมในการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเวลา 5 วัน ภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น น้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 81.13 ซึ่งเป็นผลดีต่อการลดโรคเรื้อรังต่าง ๆ และนิศยาภรณ์ สุระสาย⁵ พบว่า ผู้ต้องขังหญิงเรือนจำกลางนครพนมที่ใช้องค์ความรู้การแพทย์วิถีธรรมในการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของระดับดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลองเท่ากับ 25.60 และ 23.90 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลการดูแลสุขภาพด้วยหลักการแพทย์วิถีธรรมด้านเศรษฐกิจของประชากรที่มาเข้าค่ายสุขภาพจำนวน 1,897 คน พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในการตรวจ การรักษาโรค และค่าใช้จ่ายในการกินการใช้สิ่งต่าง ๆ ประจำวันเฉพาะของตนเองร้อยละ 100 (ใจเพชร กล้าจน และจิรวัฒน์ เวชแพศย์, 2554 : 25) ส่งผลด้านจิตใจทำให้ความเครียด ความกังวลในการดำรงชีวิตในสภาพสังคมปัจจุบันลดลงอย่างแน่นอน จังหวัดกาฬสินธุ์ได้พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่ โดยพัฒนาหลักสูตรและประยุกต์การแพทย์วิถีธรรมโดยเทคนิค 9 ข้อ (ยา 9 เม็ด) ตามหลักแพทย์

จึงกล่าวได้ว่านวัตกรรมการดูแลสุขภาพวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะผ่าทางตันด้านสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีลดการพึ่งพิงยา และค่าใช้จ่ายในอนาคต อนึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้ทิศทางการพัฒนาตามยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติในระยะ 20 ปีเริ่มในปี 2560 ได้กำหนดเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁶ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 4 Excellent ในยุทธศาสตร์ People Excellent ได้กำหนดแผนการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และมีตัวชี้วัดคือ ร้อยละครัวเรือนที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 50

จากปัญหา และนโยบาย ดังกล่าว เขตสุขภาพที่ 7 จึงหาอุปการะพัฒนากระบวนการหรือนวัตกรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ภายใต้โครงการสร้างครอบครัวสุขภาพดีวิถีธรรมชาติเพื่อชาวร้อยแก่นสารสินธุ์ไร้พุงไร้โรค

เป้าหมายหลักคือกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความรู้ความเข้าใจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงทน เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง และได้กระบวนการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยง และชุมชนอื่น รวมถึงมีความคงทนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ปฏิบัติตนเหมาะสมตามแนวทางการรักษา เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหาที่ยั่งยืน โดยกระบวนการหลักคือสร้างการรับรู้การมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพ การสร้างและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของวัตถุประสงค์ เพื่อประเมิน

1. เพื่อประเมินบริบทด้านการรับรู้และแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายแพทย์วิถีธรรม
2. เพื่อประเมิน ปัจจัยนำเข้าของโครงการ
3. เพื่อประเมินกระบวนการของโครงการ
4. เพื่อประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ของโครงการ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินเชิงสำรวจ (Survey Research) และ การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) โดยประยุกต์ใช้ตัวแบบการประเมินแบบ CIPP Model จากกลุ่มตัวอย่าง 3,871 คน จากจากการคำนวณ โดยใช้ตารางสุ่มของ Krejcie & Morgan (Krejcie, R.V., and Morgan D.W., 1970) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคัดออก เก็บข้อมูลก่อนเข้าค่าย ระหว่างจัดค่ายและหลังจัดค่าย 6 เดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ทีมวิจัยประเมินผลของเขต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

ชุมชนถึงระดับครัวเรือน สร้างแกนนำครอบครัวให้เป็น “ครอบครัวหมอ” พัฒนาองค์ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ ให้สามารถดูแลตนเองได้ ด้วยหลักการ “หมอที่ดีที่สุดในโลกคือตัวเราเอง คลินิกที่ดีที่สุดคือครัว ยาที่ดีที่สุดคืออาหาร” การขับเคลื่อนและเปลี่ยนแปลงด้วย “พลังมวลหมู่มีตรัสหายดี สิ่งแวดล้อมดี” ด้วยกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและติดตามประเมินผลให้เกิดอย่างเป็นรูปธรรม จนเป็นหมู่บ้านต้นแบบที่ดี นำไปขยายผลในพื้นที่อื่นจนครบทุกชุมชน อันจะส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์สุขภาพ 20 ปีที่กำหนดไว้ ด้วยคำนิยามร่วมของทีมงานบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานมาในปี 2560-2561 เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่เกิดจากโครงการดังกล่าว จึงได้วิจัยประเมินผลโครงการโดยจะได้นำผลการศึกษาไปเป็นบทเรียนการพัฒนาและขยายผลในระยะต่อไป

(Reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach, 1970: 161) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับ แบบประเมินพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพเท่ากับ .894 แบบประเมินความเหมาะสมของของหลักสูตร และความพึงพอใจหลักสูตร เท่ากับ .975 และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample t-test สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยหาค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%(p-value<0.05)

ผลการศึกษา

1 บริบทด้านการรับรู้และแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายแพทย์วิถีธรรม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,871 คน เป็นจังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด ขอนแก่น และมหาสารคาม ร้อยละ 28.94 25.86 25.83 และ 19.37 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.8 อายุเฉลี่ย 57.45 + 11.07 ปี

ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 93 ปี รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 6965.64 + 7981.83 บาท ต่ำสุด 300 บาท สูงสุด 200,000 บาท กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็น อสม.ร้อยละ 39.2 รองลงมา เป็น ประชาชนกลุ่มเลี้ยงร้อยละ 31.9 และกลุ่มป่วยร้อยละ 28.1 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 77.4 ระดับ การศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 70.7 อาชีพทำการเกษตร ร้อยละ 83.9 สุขภาพของผู้กลุ่มเป้าหมายเข้าค่าย แข็งแรงดี ร้อยละ 46.09 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.45 โรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่คือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน(ร้อยละ 29.83, 24.05)

การรับรู้เข้าร่วมกิจกรรม แหล่งรับรู้เกี่ยวกับ กิจกรรมของค่ายวิถีธรรมในครั้งนี้ ส่วนใหญ่รับรู้จาก รพ. สต.ร้อยละ 73.3 และ อสม.55.7 และแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายแพทย์วิถีธรรมเหตุผลที่เข้าร่วมกิจกรรม ค่ายวิถีธรรม เพราะต้องการมีสุขภาพดี ร้อยละ 79.9 และ ต้องการรักษาโรค ร้อยละ 45.0

2. ปัจจัยนำเข้าของโครงการ ความเหมาะสมของ หลักสูตร ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.91, S.D.=.85$) เนื้อหาทุกด้านจัดอยู่ในระดับมากโดย จำแนกตามเนื้อหา คือ การปฏิบัติตามแนวทางนาฬิกาชีวิตระดับมาก ($\bar{X} = 3.69, S.D.=.91$) เนื้อหาร่างกายบอโรค ระดับมาก ($\bar{X} = 3.57, S.D.=.90$) เนื้อหา สาเหตุหลัก ของสภาวะความ เสื่อมและความเจ็บป่วย ระดับมาก ($\bar{X} = 3.64, S.D.=.94$) เนื้อหาหลักการแพทย์วิถีธรรม ระดับมาก ($\bar{X} = 3.68, S.D.=.75$) สมมติบำบัด แบบ SKT ระดับมาก ($\bar{X} = 3.6, S.D.=.79$) ความพึงพอใจต่อหลักสูตรการอบรมการ ประยุกต์โปรแกรมการแพทย์วิถีธรรม ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.85, S.D.= .65$) ด้านการใช้ประโยชน์ได้ จริงกับชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95, S.D.= 83$) เนื้อหาทุกด้านมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก โดย จำแนกตามเนื้อหา คือ เนื้อหาก่อนอบรม ระดับมาก ($\bar{X} = 3.86, S.D.=.69$) เนื้อหานาฬิกาชีวิต ระดับมาก ($\bar{X} = 3.76, S.D.=.90$) เนื้อหาร่างกายบอโรค ระดับมาก ($\bar{X} = 3.57, S.D.=.90$) เนื้อหา สาเหตุหลัก ของสภาวะความ

เสื่อมและความเจ็บป่วย ระดับมาก ($\bar{X} = 3.72, S.D.=.91$) เนื้อหาหลักการแพทย์วิถีธรรม ระดับมาก ($\bar{X} = 3.93, S.D.=.78$) สมมติบำบัด แบบ SKT ระดับมาก ($\bar{X} = 3.88, S.D.=.85$) และความพึงพอใจการบริหารจัดการใน ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92, S.D.=.71$)

3. การประเมินกระบวนการ การบริหารโครงการ ผล การดำเนินตามกิจกรรมของแผนงานครบตามกิจกรรมหลัก ทั้ง 7 ข้อ มีผลงานตามเป้าหมายคิดเป็นร้อยละ 100 การ บริหารจัดการจัดการโครงการ 7 ขั้นตอนตามเป้าหมายทำ ครบทั้ง 40 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 โดยกระบวนการ จัดค่ายจัดเป็นฐานการเรียนรู้ 5 ฐาน รูปแบบการจัดทีม วิทยากร มี 4 รูปแบบแตกต่างกันแต่ละจังหวัด คือ การจัด ทีมอำเภอ การจัดทีมจังหวัด การจัดทีมโซน และการ จัดเป็นทีมตำบล

4 การประเมินผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบ โครงการ

4.1 ผลผลิต พฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรม การแพทย์วิถีธรรม หลังการเข้าค่าย พฤติกรรมสุขภาพภาพ รวมอยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 1.56, S.D.=.56$) ทุกกิจกรรม หลักอยู่ระดับปานกลาง คือ การปฏิบัติตามแนวทางนาฬิกา ชีวิต อยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 1.90, S.D.=.62$) การปฏิบัติ ตามแนวทางการแพทย์วิถีธรรม 9 ข้อ อยู่ระดับ ปานกลาง (9 เม็ด) ($\bar{X} = 1.42, S.D.= .68$) และ การปฏิบัติตามแนวทาง สมมติบำบัด แบบ SKT อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.27, S.D.=.86$) ระดับคะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง การแพทย์วิถีธรรม ระดับดี ร้อยละ 39.9 ปานกลาง ร้อยละ 25.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 34.8

4.2 ผลลัพธ์ การประเมินภาวะสุขภาพ

1) ผลการเปรียบเทียบการประเมินการตรวจ สุขภาพ ก่อนเข้าค่ายและหลังเข้าค่าย \

ตาราง 1 ผลทดสอบการเปรียบเทียบผลการตรวจสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าค่าย

ตัวแปร	ก่อนเข้าค่าย		หลังเข้าค่าย		t	df	p-value
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.			
1.ระดับน้ำตาล	108.69	39.01	104.36	32.31	8.605	3380	.000*
2.ความดันโลหิตสูง	123.49	15.52	119.26	13.52	17.172	3594	.000*
3.รอบเอว	83.10	9.83	82.04	9.08	11.764	3573	.000*
4.BMI	24.34	3.82	24.0	3.74	10.197	3625	.000*
5.คอเลสเตอรอล	198.17	41.27	177.40	42.14	4.327	68	.000*
6.LDL	124.24	31.91	96.82	25.03	3.837	28	.000*
7.ค่าไตรกลีเซอไรด์	189.96	81.12	175.96	80.50	4.470	28	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า ผลการเปรียบเทียบการประเมินการตรวจสุขภาพ ก่อนเข้าค่ายและหลังเข้าค่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (p-value =0.00) โดยทุกค่าพารามิเตอร์หลังเข้าค่ายมีผลดีกว่าก่อนเข้าค่าย คือ ระดับน้ำตาล ความดันโลหิตสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าไขมันคอเลสเตอรอล แอลดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ โดยพบว่า

ผลการเปรียบเทียบรอบเอวก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายมีค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลง ลดได้สูงสุดลด 21 ซม.ต่ำสุด .8 ซม. เฉลี่ย โดยสามารถลดได้ร้อยละ 6.96

ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลง น้ำหนักได้ สูงสุดลด 12 กก.ต่ำสุด 1 กก. โดยคนที่สามารถลดได้ร้อยละ 39.90

ผลการเปรียบเทียบดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ยลดลง โดยคนที่สามารถลดได้ร้อยละ 3.5

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยลดลง สามารถลดลงปกติได้ร้อยละ 7.00

ผลการเปรียบเทียบระดับ น้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าเฉลี่ยลดลง สามารถลดลงปกติได้ร้อยละ 7.8

ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันแอลดีแอล ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายไขมันแอลดีแอล มีค่าเฉลี่ยลดลง สามารถลดลงปกติได้ร้อยละ 37.9

ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันคอเลสเตอรอลก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายไขมันคอเลสเตอรอลมีค่าเฉลี่ยลดลง สามารถลดลงปกติได้ร้อยละ 24.6

ผลการเปรียบเทียบค่าไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายไขมันไตรกลีเซอไรด์ มีค่าเฉลี่ยลดลง สามารถลดลงปกติได้ ร้อยละ 31.0

ผลการเปรียบเทียบค่าไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =.000*) โดยหลังเข้าค่ายไขมันไตร

กลีเซอไรด์ มีค่าเฉลี่ยลดลง สามารถลดลงปกติได้ ร้อยละ 31.0

2.) การประเมินสุขภาวะ ก่อน และหลังการเข้าค่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (P-value=.000) โดยค่าเฉลี่ยหลังค่ายสูงกว่าก่อนเข้าค่าย ผลการทํานายสมการถดถอยหาค่าเบี่ยงเบนการปฏิบัติตามหลักแพทย์วิถีธรรมมี อิทธิพลต่อสุขภาวะ คือ เม็ดที่ 1 การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็นเม็ดที่ 3 การสวนล้างลำไส้ใหญ่ (ดีท็อกซ์) และ เม็ดที่ 9 รู้เพียรรู้พักให้พอดีตามสมการถดถอยพหุคูณ

$$Y = 3.460 + .020 X1 + .021 X3 + .023 X9$$

4.3 การประเมินกระทบผลการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าค่าย โดยภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลง กลุ่มระดับดี เป็นร้อยละ 57.44 ปานกลาง ร้อยละ 20.75 และน้อยร้อยละ 21.81 ภาพรวมการเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, S.D.= .68) โดยการใช้ชีวิตพอเพียงปลูกพืชผักสวนครัว เพื่อกินเอง ทำได้ร้อยละ 85.64 รองลงมาเป็นการทำอาหารกินเองเพื่อสุขภาพตนเองและดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 80.35 ลดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร เช่นซื้อเนื้อสัตว์ อาหารถุงสำเร็จรูปร้อยละ 79.90 และลดค่าใช้จ่ายในการไปหาหมอ คลินิก ร้อยละ 62.08 ด้านสุขภาพลดการเจ็บป่วยลงจากการดูแลสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ร้อยละ 60.04 และลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการซื้อยากินเอง เช่นแก้ปวด ได้ 59.88 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการประเมิน บริบทด้านการรับรู้และแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่ายแพทย์วิถีธรรม แรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมค่าย เพราะต้องการมีสุขภาพดี ร้อยละ 79.9 และต้องการรักษาโรค ร้อยละ 45.0 นั้น จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่สนใจเข้าร่วมโครงการมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงต้องการมีสุขภาพดีและดูแลสุขภาพให้หายจากการเจ็บป่วยซึ่งแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของโรเจอร์ อดัมส์ ประกอบที่ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้และทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและจะตอบสนองในที่สุด มี 4 ปัจจัยคือ 1.) การรับรู้ความรุนแรงที่เป็นเหตุการณ์อันตราย

ร้ายแรง 2.) การรับรู้โอกาสของความเสียหาย 3.) ความคาดหวังต่อการตอบสนองคำแนะนำ 4.) ความคาดหวังในความสามารถของตน ดังนั้นเมื่อกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มป่วยจึงมีความคาดหวังและตั้งใจที่จะเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2 ผลการประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ การประเมินความเหมาะสมของของหลักสูตร และความพึงพอใจต่อการอบรมหลักสูตรการประยุกต์ใช้การแพทย์วิถีธรรมที่พบว่า ความเหมาะสมของหลักสูตร ภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 3.91$, S.D.= .85) ความพึงพอใจต่อหลักสูตรอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.85$ S.D.= .65) ความพึงพอใจการบริหารจัดการในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.92$ S.D.=.71) จึงชี้ให้เห็นว่ากระบวนการจัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักสูตรการประยุกต์ใช้การแพทย์วิถีธรรมตอบสนองความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายโดยหลักสูตรที่จัดจะเน้นการฝึกปฏิบัติและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของวิทยากร จิตอาสา และผู้เข้าค่ายในแต่ละวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยและแนวคิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ พร้อมเพรียงกันเป็นหมู่ใหญ่ สามารถทำให้เกิดพลังในการเปลี่ยนแปลงได้สูงขึ้นกว่าการปฏิบัติเพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของอิดยังวัน ขงย่วน และคนอื่นๆ เรื่องผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก พบว่า กิจกรรมสุนทรียสนทนาและการสนทนากลุ่ม กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ช่วยสร้างความตระหนักรู้ถึงสาเหตุและแนวทางการควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย หลังจากเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน น้ำหนักตัว รอบเอว และดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001) เช่นเดียวกับการศึกษาของใจเพชร กล้าจน และจิรวัฒน์ เวชแพศย์ (2554 : 26) พบว่า หลักการแพทย์ทางเลือกวิถีพุทธ (แพทย์วิถีธรรม) ทุกคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นการพึ่งพาตนเอง

3 ผลการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบ โครงการ ที่พบว่า

3.1. ผลผลิต พฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรม การแพทย์วิถีธรรม หลังการเข้าค่าย พฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=1.56$ S.D.=.56) ซึ่งให้ให้เห็นว่า หลังการเข้าค่ายมีการติดตามพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง และสามารถปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่คือ เม็ดที่ 1 การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็น (ร้อยละ 81.6) เม็ดที่ 8 ใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล(ร้อยละ 77.5) เม็ดที่ 9 รู้เพียรรู้พักให้พอดี ทั้งการใช้ชีวิต การทำงาน การปฏิบัติธรรมการอยู่การกิน (ร้อยละ 76.7) เม็ดที่ 7 การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารสดจัดเป็นหลัก(ร้อยละ 74.5) และเม็ดที่ 6 การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ (ร้อยละ 64.5) ซึ่งเป็นไปหลัก 3 อ.คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ของกระทรวงสาธารณสุข (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กระทรวงสาธารณสุข, 2556)ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้มีสุขภาพดี ส่วนหลักการแพทย์วิถีธรรมหรือวิถีพุทธ หัวใจหลักคือด้านอารมณ์หรือจิตใจ ตามที่ใจเพชร กล่าว (2558 : 243) รองลงมือนำการปรับสมดุลร้อนเย็นเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีการแพทย์วิถีธรรมเชื่อว่า ภาวะร่างกายและจิตใจที่มีความร้อนและความเย็นในระดับที่สมดุลพอดี จะส่งผลให้เกิดความแข็งแรง (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2558 : 21)

3.2 ผลลัพธ์ การประเมินภาวะสุขภาพ ที่พบว่า ผลการเปรียบเทียบการประเมินการตรวจสุขภาพ ก่อนเข้าค่าย และหลังเข้าค่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($p\text{-value} = 0.00$) โดยทุกค่าพารามิเตอร์ หลังค่ายมีผลดีกว่าก่อนเข้าค่าย คือ ระดับน้ำตาล ความดันโลหิตสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าไขมันคอเลสเตอรอล แอลดีแอล และไตรกลีเซอไรด์ จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}=.000$) โดยค่าเฉลี่ยหลังค่ายสูงกว่าก่อนเข้าค่าย และผลเปรียบเทียบความแตกต่างรูปแบบการจัดทีมวิทยากรกับสุขภาพ

ระหว่างจังหวัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value}=.000$)

3.3 ผลกระทบ จากกระบวนการจัดค่ายปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นและมีสุขภาพที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้ให้เห็นว่า จากผลการใช้หลักวิถีธรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายได้รับประทานสมุนไพรและอาหารปรับสมดุลที่ให้พลังงานต่ำ ได้ฝึกเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน และได้ออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วและใช้แรงบำเพ็ญกุศลอย่างเพียงพอ ร่างกายได้ปรับสมดุลขับพิษทำให้เซลล์ฟื้นฟูตัวมาทำงานปกติ สอดคล้องกับ ดินแสงธรรม กล่าว¹⁰ (2561) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีธรรมต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระดับดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นันทิชา แปะกระโทก¹¹ พบว่าการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ใช้เวลา 2 เดือน ผู้ที่มีภาวะอ้วนสามารถป้องกันการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและสามารถลดน้ำหนักได้ด้วยการเพิ่มการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายร่วมกับการลดการบริโภคอาหาร รู้จักเลือกรับประทานอาหารอย่างฉลาด เพื่อลดพลังงานทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องการศึกษาของนิตยาภรณ์ สุระสาย¹² ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมต่อสุขภาพของผู้ต้องขังหญิง โดยให้ผู้ต้องขังหญิงฝึกปฏิบัติตามหลักการแพทย์วิถีธรรม 28 สัปดาห์ พบว่าระดับดัชนีมวลกายของผู้ต้องขังหญิงก่อนและหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาที่เน้นการเปลี่ยนแปลงในด้านโภชนาการและกิจกรรมที่เพียงพอ จะช่วยระงับการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายได้ของคณะเอ็นซีดี ริส¹³ เรื่องแนวโน้มของค่าดัชนีมวลกายทั่วโลกเพิ่มขึ้นใน 4 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและความอ้วนในเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี เพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคและทุกประเทศ ส่งผลกระทบด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ไป

ตลอดชีวิต การศึกษานี้กล่าวว่าปี พ.ศ. 2565 โรคอ้วนในเด็ก และวัยรุ่นจะสูงเกินระดับความหนักปานกลางและรุนแรง สอดคล้องกับกาญจนา ศักดิ์ขจร¹³ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพต่อค่าดัชนีมวลกายของ อสม. 26 คน มีการบรรยายให้ความรู้ประกอบสไลด์เรื่องพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักด้วยหลัก 3 อ และเรื่องภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคอ้วน ทำให้ตระหนักถึงโรคร้ายแรงที่จะตามมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องพลังงานแคลอรีของอาหารแต่ละประเภท วิธีคำนวณแคลอรี และความรู้ในการออกกำลังกายอย่างง่าย ๆ ให้อสม.นำไปปฏิบัติ 4 สัปดาห์ พบว่าก่อนการทดลองมี ดัชนีมวลกาย 27.31 หลังการทดลอง 26.94 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

จากการศึกษาผลกระทบด้านลดค่าใช้จ่ายและการพึ่งตนเอง ที่พบว่าภาพรวมการเปลี่ยนแปลงมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($\bar{X} = 2.55$, $S.D. = .68$) โดยการใช้ชีวิตพอเพียงปลูกพืชผักสวนครัว เพื่อกินเอง ทำให้ร้อยละ 85.64 รองลงมาเป็น การทำอาหารกินเองเพื่อสุขภาพ 83.05 การลดค่าใช้จ่ายซื้อเครื่องปรุงเช่น ผงชูรส น้ำปลา ซอส ร้อยละ 81.13 การพึ่งตนเอง เมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย สามารถดูแลสุขภาพตนเองและดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ ร้อยละ 80.35 ลดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร เช่น ซื้อเนื้อสัตว์ อาหารถุงสำเร็จรูป ร้อยละ 79.90 และลดค่าใช้จ่ายในการไปหาหมอ คลินิก ร้อยละ 62.08 ด้านสุขภาพลดการเจ็บป่วยลงจากการดูแลสุขภาพ หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ร้อยละ 60.04 และลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการซื้อยากินเอง เช่น แก้วปวด ได้ 59.88 ตามลำดับ ด้านพฤติกรรมปลูกสมุนไพรที่ใช้ทำน้ำสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็นในครัวเรือนที่พบว่าพฤติกรรมปลูกสมุนไพรก่อนและหลังเข้าค่ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดย หลังเข้าค่ายมีการปลูกพืชสมุนไพร มากกว่าก่อนเข้าค่าย

ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการจัดค่ายอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีกระบวนการติดตามต่อเนื่องโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายและอสม.จิต

อาสาทำให้ประชาชนมีการพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ชี้ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิยะการ แสงหัวช้าง¹⁵ และ ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการความรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($t = 2.5$, $p < .05$) และการปฏิบัติตน ($t = 4.24$, $p < .01$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($t = 30.85$, $p < .01$) และการปฏิบัติตน ($t = 6.62$, $p < .01$) เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คงฤทธิ์ วันจรรยา¹⁶ ได้ศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมสูงกว่าก่อนทดลองและการใช้โปรแกรมเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมที่เกิดจากความตั้งใจและสมัครใจ¹⁷

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดีจากสนับสนุนของผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในทุกกระดับ คณะผู้วิจัยขอบพระคุณ นายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 และผู้บริหารของเขตสุขภาพที่ 7 ทุกท่าน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 จังหวัดคือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 7 ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และอีกหลายๆ ท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม คณะทำงานขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- 1.โครงการสุขภาพคนไทย. (2557). ภาวะโรคและผลกระทบ : สุขภาพคนไทย 2557. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 2.นวลรัตดา ประเปรียว. (2555). ผลการให้ ความรู้และการปรึกษาด้านโภชนาการ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกายและภาวะ โภชนาการ ใน ผู้รับบริการภาวะอ้วนลงพุงที่ โรงพยาบาล อำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 3.สำนักการแพทย์ทางเลือก. (2555). หลักสูตรการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติ เพื่อการพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.
- 4.ใจเพชร กล้าจน. (2558). จิตอาสาแพทย์วิถีพุทธเพื่อมวลมนุษยชาติ. วิทยานิพนธ์ ปรัชญาคุณูปบัณฑิต สาขาวิชา ยุทธศาสตร์การพัฒนากุมาร (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- 5.นิตยาภรณ์ สุระสาย. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมและสุขภาพของผู้ต้องขังหญิง เรือนจำกลางนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ สาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- 6.กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2561).แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579)
7. Ronald w. Rojers.(1975) “A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change1”. The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied Volume 91, 1975:93-114
8. อี้ดชัยวัน ขง่วน, ณรงยี ดวงจันทร์ และสิริฉัตร เจริญแพทย์. (2555,พฤษภาคม-สิงหาคม). “ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาในการสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก.” พุทธชนราชเวชสาร. 29(2):242-250
9. รุสมีนา นิมะ. (2557). ประสบการณ์การจัดการภาวะอ้วนของหญิงมุสลิม. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
10. ดินแสงธรรม กล้าจน(2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีธรรมต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ในค่ายสุขภาพสวนป่านาบุญ อำเภอคอนสาร จังหวัดมุกดาหาร.วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาทรณสุขศาสตร์ คณะกรรมการบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์
11. นันทิชา เปะกระโทก. แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเพื่อลด ภาวะอ้วนลงพุง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กรกฎาคม 2560]. เข้าถึงได้ จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1423731001.pdf
- 12 NCD Risk Factor Collaboration (NCD- RisC). (2016). “Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults”. Lancet. 390(10113) : 2627–2642
- 13.กาญจนา ศักดิ์ชาธร. (2558). ผลของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ในอาสาสมัครสาทรณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. ปริญญาสาทรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครินทร์.

- 14.แสงดาว ถิ่นหารวงษ์.(2558,มกราคม-มิถุนายน).การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในวิชาชีพ วรรณคดีสำหรับเด็ก. วารสารมนุษยสังคมปริทัศน์ 17 (1):1-11
- 15.วิยะการ แสงหัวช้าง.(2556,ตุลาคม-ธันวาคม).ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง”.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 30 (4):273
- 16.คงฤทธิ วันจัญญ.(2556).การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงทนของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมจังหวัดกาฬสินธุ์.วิทยานิพนธ์ ปรัชญาคุณวุฒิบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา.มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์.
17. Baker, H.E., Milner, N.A., and Campbell, D.A. (2015). “Walking Programs to Promote Weight Loss among Obese and Overweight Individuals : Walking Buses for Adults”. Public Health. 129(6) : 822–824.

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ

**Effect of Long Term Care Model Development among Elderly Dependents Apply of Life Course Approach in
Amnat charoen province.**

ฤดีวรรณ วงศ์เจริญ¹

Ruedeewun Wongchareon

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 345 คน จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างประมาณเฉลี่ย กรณีทราบประชากร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREF-HAI วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample T-test พบว่า

อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 93.24 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 มีอายุเฉลี่ย 78.48 ± 9.04 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.5 มีบุตรหลาน เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.3 โดยระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 80.6 ภายหลังได้รับการดูแลระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพประกอบด้วย 1) การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ ได้แก่ การคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อย การคัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล 2) รูปแบบการดูแลระยะยาวตามเส้นทางชีวิตสุขภาพ เป็นการดูแลเฉพาะกลุ่มภายหลังการประเมินซึ่งแยกเป็น 6 กลุ่มย่อย โดยการดูแลของ Care Manager, Care Giver และ Family Care Giver ที่ผ่านการอบรม ให้การดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่จะเปลี่ยนแปลงตามเส้นทางชีวิตสุขภาพ ภายหลังการได้รับการดูแลพบว่า ร้อยละ 99.4 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการติดตามเยี่ยมดูแล ทำให้ผู้สูงอายุกลับมาช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในเกณฑ์กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 36.2 ภาพรวมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตในระดับมากกว่าคนทั่วไป เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.3 จากเดิมที่ไม่มีผู้ที่มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวที่ทั้ง 4 ด้าน โดยดัชนีทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .001$ เช่นกัน ดังนั้น จึงควรขยายผลรูปแบบไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาวะพึ่งพิง เส้นทางชีวิตสุขภาพ

Abstract

The action research aimed to study the model and results of the development of long-term care model for the elderly dependents with the life course approach in 370 peoples at Amnatcharoen province. The sample size was calculated by estimation of population mean, in case of knowing the population. Data were collected using the satisfaction assessment form which showed a reliability of 0.86. The assessment of the activities daily living, Thai happiness index with 15 items, and the quality of life assessment for the elderly WHOQOL-BREF-THAI were using in this research. Data analysis were using descriptive and inferential statistics with paired sample t-test.

The results found that the response rate was 93.24%. The majority of the elderly dependents was female 66.1%, average age 78.48 ± 9.04 years old, had primary education 92.5%, had a cousin as caregivers 82.3%, mostly dependency less than 5 years 80.6%. After receiving long-term care with a life course approach which consisting of 1) screening and evaluation of the elderly, including important and common diseases, the elderly disease (geriatric syndrome) and elderly

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

competency assessment. 2) long-term care model based on the life course approach. It is a group-specific care after assessment which is divided into 6 sub-groups, with care of trained care manager, care giver and family care giver. They will have provided an appropriate care for the condition of the disease that will change according to a life course approach. After receiving care, it was found that 99.4% were satisfied which allowing the elderly to return to help themselves and becoming a active aging group 36.2%. The elderly's happiness overall was increasing to 20.3% which greater than the general population. Most of them have a good quality of life which increased from before receiving long-term care model in all 4 part. The 3 indexes after the experiment were statistically increased ($p\text{-value} < .001$). Therefore, this model should expand to use in other areas.

Keywords: Long Term Care for Elderly, Elderly Dependents, Life Course Approach

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย มีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่เกณฑ์ 'สังคมสูงวัย' (Aged Society) โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงวัยถึงร้อยละ 10 และเพิ่มเป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2558² และปี พ.ศ. 2562 เพิ่มเป็นร้อยละ 17.46 และจะเป็นปีแรกที่มีผู้สูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)³ ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก โดยคาดว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574² ทั้งนี้อายุที่ยืนยาวขึ้นมักตามมาด้วยสมรรถภาพทางกายที่ลดลงจนก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิง แม้จะไม่มีภาวะโรคภัยไข้เจ็บก็ตาม

จะเห็นได้จากที่ผู้สูงอายุระบุตัวตนเองมีโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุวัยปลายเป็นโรคความดันเลือดสูง มากกว่าร้อยละ 60 ผู้สูงอายุวัยต้นเป็นโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 15 ผู้สูงอายุชายมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 36.8 และพบร้อยละ 42.3 ของผู้สูงอายุหญิง อีกทั้งยังมีอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 56 และจะเป็นปัญหาหนักขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง โดยคาดว่าปี พ.ศ. 2559 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 617,000 คน และเพิ่มเป็น 1,350,000 คน ในปี พ.ศ. 2580 นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐาน ซึ่งจากข้อมูลฐานปี พ.ศ. 2557 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุ

ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในปี พ.ศ. 2559 และ 2580 เท่ากับร้อยละ 3.8 และ 6.7 ตามลำดับ จะเห็นได้จากที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการขึ้นลงบันได ร้อยละ 10 มีปัญหาการกลืนอาหารหรือปัสสาวะ เกยหกล้มร้อยละ 6-7 (ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุวัยปลายมีฟันไม่ครบ 20 ซึ่งร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน⁴ รวมทั้งมีความเปราะบางทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมสูงกว่าวัยอื่นๆ⁴

ในขณะที่ผู้สูงอายุมีความต้องการพึ่งพิงสูงขึ้น แต่กลับพบว่า ขนาดครัวเรือนลดลงเหลือเพียง 3 คน ในปี พ.ศ. 2559 และพบผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2545 พบผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวร้อยละ 6 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 9 และผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้ ร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุวัยปลาย ต้องการคนดูแล ขณะที่ร้อยละ 4 ไม่สามารถหาคนดูแลได้ คาดว่าในปี พ.ศ. 2567 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง จะเพิ่มเป็นสองเท่าของปี พ.ศ. 2552 ที่มีจำนวน 140,000 คน⁵ ในขณะที่ครัวเรือนและชุมชน มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาระบบสาธารณสุข ที่ทำให้โครงสร้างความสัมพันธ์และระบบการเกื้อหนุนกันในครัวเรือนและชุมชนเปลี่ยนไป จึงจำเป็นต้องมีระบบการดูแล

ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบเดิม เป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว สถานบริการระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้มีการ

พัฒนาเท่าที่ควร⁷ ขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลางถึงพึ่งพิงทั้งหมดของครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไปอยู่ที่ 81,537 บาทต่อปี⁸ แต่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปี ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสม โดยต้องบูรณาการแบบองค์รวม⁹ แบบเชิงรุกโดยครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน เน้นระบบการดูแลต่อเนื่องทุกมิติ¹⁰ เชื่อมโยงจากโรงพยาบาล ถึงชุมชน และในสถาบัน⁵

จังหวัดอำนาจเจริญ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 11.75 และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี (ร้อยละ 12.44, 12.90, 13.50 และร้อยละ 13.84 ในปี พ.ศ. 2556-2559 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 7.75 ในปี พ.ศ. 2559 และร้อยละ 6.62 ในปี พ.ศ. 2560 ตามลำดับ ดังนั้น จึงได้นำระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาใช้ในปี พ.ศ.2559 จำนวน 9 ตำบล และเพิ่มเป็น 37 ตำบล (ร้อยละ 66.07) ในปี พ.ศ. 2560 โดยรูปแบบการดูแลในระดับปฐมภูมิ เน้นการทำงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ ระดับทุติยภูมิ มีคลินิกผู้สูงอายุ และระดับตติยภูมิ ที่เน้นบริการเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดภาวะทุพพลภาพระยะยาว อย่างไรก็ตาม รูปแบบดังกล่าว ยังไม่สามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาได้อย่างเท่าทัน จะเห็นได้จากที่ผลการคัดกรองความเสี่ยง ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ร้อยละ 49.07 มีความเสี่ยงถึงเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.91 เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 50.83 เสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.82 มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 22.77 เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ร้อยละ 4.46 มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 9.42 มีความผิดปกติของสมรรถภาพสมอง ร้อยละ 2.77 มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.82¹¹ ทั้งนี้ ปัจจุบันเชื่อว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เป็นผลมาจากสภาวะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตที่ผ่านมา (Life Course Approach)¹² ดังนั้น ระบบการดูแลจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยในอดีตและคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สอดคล้องกับเส้นทางชีวิตสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อนำรูปแบบเส้นทางชีวิตสุขภาพมาใช้เป็นกรอบการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้สามารถกำหนดโปรแกรมที่ตอบสนองต่อปัญหาที่อาจคุกคามสุขภาพของบุคคลในแต่ละช่วงวัย ซึ่งจะทำให้การดำเนินการประสบความสำเร็จในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) หนึ่งวงรอบเพื่อให้ได้รูปแบบ แล้วนำไปใช้ และทำการวิจัยประเมินผลตามตัวชี้วัดของแผนงาน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Approach) โดยมีกระบวนการในการศึกษาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผลการดำเนินงานในภาพรวม (สถานการณ์ผู้สูงอายุ โรคที่สำคัญ และพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มอาการสูงอายุ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผลการดำเนินงานตำบล Long Term Care) ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความสุข ตามตัวชี้วัดความสุขคนไทย และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ยาว โดยเก็บข้อมูลจากรายงาน และออกนิเทศงานทุกอำเภอ พร้อมกับสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทาง

ชีวิตสุขภาพ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ และตัวแทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน ตัวแทน Care Manager อำเภอละ 1 คน และตัวแทน Care giver อำเภอละ 1 คน รวม 40 คน โดยดำเนินการดังนี้

1. สะท้อนผลการศึกษาศถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความต้องการ และสภาพการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในขั้นตอนที่ 1 ต่อผู้เข้าร่วมประชุม

2. ระดมความคิดเห็นเพื่หารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ โดยครอบครัวและชุมชน โดยประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1) ทบทวนอดีต ปัจจุบันการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ของแต่ละหน่วยงาน โดยการเล่าประสบการณ์

2) ระดมความคิดเห็นแบบ World Café โดยให้ทุกคนหมุนเวียนไปให้ข้อเสนอใน 3 กลุ่ม ได้แก่ รูปแบบการดูแลโดยครอบครัว ชุมชน และสถานบริการ ทั้งด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลระดับต่างๆ

3) นำเสนอต่อภาพรวม และให้ความเห็นร่วมเพื่อสรุปรูปแบบการจัดการ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้เส้นทางชีวิตสุขภาพ

4) กำหนดบทบาทของแต่ละหน่วย ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. Care Manager และ Care Giver

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ โดยกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด และถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ ผ่านหนังสือสั่งการและการประชุมคณะกรรมการบริหารระดับจังหวัด ติดตามผลการดำเนินงานผ่านระบบ Health Data Center และมีกระบวนการติดตามให้คำแนะนำทั้งผ่านโทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกตการณ์ปฏิบัติและสะท้อนผล
โดยดำเนินการดังนี้

1) การนิเทศติดตามสนับสนุน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำ 2 ครั้ง/ปี

2) จัดเวทีจัดเวทีประชุมสรุปผลการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ และตัวแทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน ตัวแทน Care Manager อำเภอละ 1 คน และตัวแทน Care giver อำเภอละ 1 คน รวม 40 คน เพื่อร่วมกันทบทวนแนวทางผลการปฏิบัติ สรุปประเด็นที่จะใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยครอบครัวและชุมชน ที่สอดคล้องกับแนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ มีกำหนดระยะเวลา 1 วัน

3) ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ที่พัฒนาแล้ว

4) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ เช่น ผลการดำเนินงานในภาพรวม ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลระยะยาว ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระดับความสุข ตามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ

และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 796 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากรศึกษา ดังนี้

กลุ่มผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Care giver จากทุกอำเภอ

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่จังหวัดอำนาจเจริญ และได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้คะแนนระหว่าง 0-11 คะแนน

2) อาศัยอยู่ในพื้นที่มาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

1) ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลประจำ รวมถึง Care giver

2) ไม่มีความประสงค์ให้บุคคลภายนอกเข้าดูแล

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1). กลุ่มผู้เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ และตัวแทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน (ประธานชมรมระดับจังหวัด และเลขานุการชมรม) ตัวแทน Care Manager อำเภอละ 1 คน (โดยการคัดเลือกของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ) และตัวแทน Care giver (โดยการคัดเลือกผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง) อำเภอละ 1 คน รวม 40 คน

2.2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้การคำนวณหาขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบจำนวนประชากร โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 796 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025}=1.96$)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร เท่ากับ .05

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงครามของ หทัย พันธุ์พงษ์ศรี (2560) มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพก่อนและหลังการได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัว ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และดูแลตนเองไม่ได้ โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยการแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$\frac{796(1.96)^2(0.48)^2}{0.1^2(796-1)+(1.96)^2(0.48)^2}$$

$$n = 336.5$$

ได้คำนวณเพื่อร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน โดยการสุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1) สํารวจจำนวน และนํารายชื่อ ผู้ป่วยที่เรียงแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเรียงลำดับตาม ลำดับหมู่บ้าน

2) หาช่วงของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ ถ้า $I < 1.5$ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายและถ้า $I > 1.5$ ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (วินัส พิษวนิชย์, 2547) เมื่อ I = ช่วงของการเลือกตัวอย่าง N = จำนวนประชากรทั้งหมด n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

จะได้ช่วงการสุ่มเท่ากับ 2.15 ซึ่งเป็นไปตามสัดส่วน จึงกำหนดเป็น 3 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่าง

เป็นระบบ(Systematic Random Sampling) โดยจับฉลาก
หา Random Start(R) ได้ค่า R เป็นประชากรตัวอย่างแรก
จากนั้นจากเลือกข้ามไปครั้งละ 3 จนกระทั่งได้ตัวอย่าง
ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามและ
แบบบันทึก ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็น

แบบสอบถามแบบเลือกตอบตามข้อเท็จจริงของกลุ่มอย่าง
ในด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ผู้ดูแล โรค
ประจำตัว ระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิง ปัญหาสุขภาพ จำนวน
10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลและ
พยาบาล เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (rating
scale) 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวัน (Barthel ADL Index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20
คะแนน แบ่งระดับ ได้ดังนี้

ระหว่าง 0 - 4 คะแนน หมายถึง ติดเตียง

ระหว่าง 5 - 11 คะแนน หมายถึง ติดบ้าน

ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ติดสังคม

2) แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น
15 ข้อ (THI - 15) เป็นแบบวัดมาตราส่วน Rating scale โดย
มีเกณฑ์ให้คะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้				กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			
ตอบ	ไม่เลย	ให้	5 คะแนน	ตอบ	ไม่เลย	ให้	1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้	4 คะแนน	ตอบ	เล็กน้อย	ให้	2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน	ตอบ	ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้	2 คะแนน	ตอบ	มาก	ให้	4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้	1 คะแนน	ตอบ	มากที่สุด	ให้	5 คะแนน

คะแนนความเครียด 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด

คะแนนความเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย

คะแนนความเครียด 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง

คะแนนความเครียด 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก

คะแนนความเครียด 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

การแปลผลการประเมิน ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย
ฉบับสั้นใหม่ 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 60 คะแนน เมื่อ
ผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้
คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่
กำหนดดังนี้

51-60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคน
ทั่วไป (Good)

44-50 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคน
ทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิต
ต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-
BREF-HAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะ
วิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report
subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง
สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามที่มีความหมาย
ทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ
คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5
ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ โดยแต่ละกลุ่มให้คะแนนดังนี้

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด รายด้าน และภาพรวม ดังนี้

องค์ประกอบ	การมี คุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	คุณภาพ ชีวิต ที่ดี
ด้านสุขภาพ กาย	7 – 16	17 – 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 - 30
ด้าน สัมพันธภาพ ทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 - 15
ด้าน สิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิต โดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 - 130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเนื้อหาความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามคำเสนอแนะก่อนนำไปเก็บข้อมูล การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ที่แก้ไขปรับปรุงไปทำการทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในคำถามของผู้ตอบ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .86

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ในครั้งนี้คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ซึ่งได้รับการพัฒนาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทั้งในระดับโรงพยาบาล ชุมชน และสาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Care Manager และ Care giver จากทุกอำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ความสุขและคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ความสุขและคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการแยกแยะ และจัดหมวดหมู่ สังเคราะห์มาเป็นข้อมูลที่ตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัยโดยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 10/2561 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2561 และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้มีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำมาใช้วิเคราะห์

ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้นและในระหว่างการตอบแบบสอบถามถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการยุติหรือถอนตัวผู้วิจัยยินยอมยุติและให้ถอนตัวได้ตามความต้องการและยกเลิกการเก็บข้อมูลนั้นเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการศึกษา

ผลการวิจัย

1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ มีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ปี.2558-2561 ร้อยละ 13.50 13.84 14.66 และ 15.27 ตามลำดับ ช่วงอายุของประชากรสูงอายุ ในปี 2561 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี (8.93%) ช่วงอายุ 70-79 ปี (4.39%) และ 80 ปีขึ้นไป (1.93%)

ผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ ได้รับการคัดกรองโรคที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ พบว่า มีความเสี่ยง / เสี่ยงสูง ที่จะเป็น โรคความดันโลหิตสูง 38.84% โรคเบาหวาน 6.76% มีความเสี่ยงสูง / สูงมาก/สูงอันตราย ที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 48.02% การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes) พบว่า ผลการคัดกรองสมรรถภาพสมอง(AMT) มีการรู้คิดผิดปกติ (abnormal cognitive function) 1.35% การคัดกรองภาวะซึมเศร้า มีความผิดปกติ 0.52% การคัดกรองภาวะหกล้ม พบความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 3.83% ภาวะโภชนาการ สมส่วน 68.42% ค่อนข้างอ้วน 17.95% ภาวะข้อเข่าเสื่อม พบมีความเสี่ยงเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 4.93% การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม 98.25% และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง 1.75%

2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความพร้อมในด้านการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุกลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) พร้อมทั้ง อาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและท้องถิ่น ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนส่งเสริมการพึ่งพาตนเองทางด้านเศรษฐกิจ ด้วยการพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ มีกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพดังนี้

1) การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ ดำเนินการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) และประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล โดยจำแนกกิจกรรมที่ต้องดำเนินการในชุมชน และในหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในแต่ละระดับที่จะรองรับการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) จะจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มปกติหรือไม่มีภาวะเสี่ยง กับกลุ่มผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ส่วนการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล จะแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาวคือ กลุ่มติดบ้าน และติดเตียง ซึ่งจะได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้า และปัญหาการกลืน เพื่อจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มย่อย และจัดระบบการดูแลส่งต่อผู้สูงอายุ เข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ 2 กลุ่มโรค คือ โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคสมองเสื่อม เพื่อชะลอการเกิดโรคให้ช้าลง และป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้วไม่ให้มีสภาพลุกลาม

2) รูปแบบการดูแลระยะยาวตามเส้นทางชีวิตสุขภาพ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) จะจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มนั้น ในกลุ่มปกติหรือไม่มีภาวะเสี่ยง จะให้การดูแลตามแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน รักษา พึ่งพิงตามระบบปกติ เพื่อชะลอการเปลี่ยนแปลงตามเส้นทางชีวิตสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนกลุ่มผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยงจะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ หรือส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อทำการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม พร้อมทั้งประเมินสาเหตุที่เกิดขึ้นในอดีต เพื่อการวางแผนแก้ไขเป็นรายบุคคล ส่วนการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และปัญหาการกลืน เพื่อจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มย่อย จะได้รับการดูแลโดย Care Manager, Care Giver และ Family Care Giver ที่ผ่านการอบรม ให้การดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่จะเปลี่ยนแปลง

ตามเส้นทางชีวิตสุขภาพ และกำหนดเป็นนโยบาย บรรจุเป็นแนวปฏิบัติในกลุ่มปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3 ผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ

1) คุณลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอัตราตอบกลับร้อยละ 93.24 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.1 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 40.0 มีอายุเฉลี่ย 78.48 ± 9.04 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.5 มีบุตรหลาน เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 67.2 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.6 โดยระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 80.6 ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่เกิดจากกระบวนการชราที่สำคัญคือ ปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 85.2 ซึ่งความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ ส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะกลับมามีสุขภาพที่ดีได้อีก ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.5

2) ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลระยะยาว กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลระยะยาวทุกข้อ โดยข้อที่รู้สึกพึงพอใจมากที่สุดคือ รู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลจาก อสม. ผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 99.4 ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ รู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการช่วยเหลือด้านอาชีพ จากหน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 75.9

3) ผลประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภายหลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแล

ระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ทำให้ผลการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น จากก่อนทดลองที่มีกลุ่มติดเตียงร้อยละ 21.2 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 78.8 ทำให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ในเกณฑ์กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 36.2 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 43.2 แต่ยังคงมีกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 20.6 ดังตารางที่ 1

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิง จังหวัดอำนาจเจริญ

ระดับ ความสามารถใน การทำกิจวัตร ประจำวัน	ก่อนพัฒนา รูปแบบ (n(%))	หลังพัฒนา รูปแบบ (n(%))
ติดเตียง	73 (21.2)	71 (20.6)
ติดบ้าน	272 (78.8)	149 (43.2)
ติดสังคม	0 (0.0)	125 (36.2)

4) แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (THI-15) ภายหลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตในระดับมากกว่าคนทั่วไป เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.3 จากก่อนการทดลองที่ไม่มีผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับนี้ ซึ่งจากเดิมเกือบทั้งหมดคือ ร้อยละ 97.4 มีเท่ากับคนทั่วไป ดังตารางที่ 2

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละของระดับความสุขคนไทย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอำนาจเจริญ

ระดับความสุข	ก่อนพัฒนารูปแบบ(n (%))	หลังพัฒนารูปแบบ(n (%))
มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (Good)	0 (0.0)	70 (20.3)
มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair)	336 (97.4)	239 (69.3)
มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)	9 (2.6)	36 (10.4)

5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ภายหลังผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ เมื่อพิจารณาทางด้านและภาพรวม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับเพิ่มขึ้น โดยในด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาวที่ทั้ง 4 ด้านส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านสิ่งแวดล้อมมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีสูงสุด ร้อยละ 71.3 ขณะที่ทางด้านสุขภาพกาย มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในระดับต่ำสุด ร้อยละ 16.2 ดังตารางที่ 3

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละของผลประเมินระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอำนาจเจริญ รายด้านและภาพรวม

องค์ประกอบ	ก่อนพัฒนารูปแบบ(n (%))			หลังพัฒนารูปแบบ(n (%))		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย	89(25.8)	244(70.7)	12(3.5)	25(7.2)	264(76.5)	56(16.2)
ด้านจิตใจ	54(15.7)	219(63.5)	72(20.9)	4(1.2)	112(32.5)	229(66.3)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	69(20.0)	250(72.5)	26(7.5)	7(2.0)	143(41.4)	195(56.5)
ด้านสิ่งแวดล้อม	40(11.6)	234(67.8)	71(20.6)	2(0.6)	97(28.1)	246(71.3)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	41(11.9)	263(76.2)	41(11.9)	4(1.2)	213(61.7)	128(37.1)

6) เปรียบเทียบผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ พบว่า ดัชนีทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.001 เช่นกัน

ตาราง 5 เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ

ตัวแปร	Mean Difference	S.D.	95% CI	t	df	p-value
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.25	2.78	1.95 – 2.54	14.97	344	<.001
ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุ	9.92	4.87	9.40 – 10.43	37.81	344	<.001
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	11.69	5.44	11.11 – 12.26	39.92	344	<.001

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1) การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ ดำเนินการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) และประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล โดยจำแนกกิจกรรมที่ต้องดำเนินการในชุมชน และในหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งจะสัมพันธ์กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในแต่ละระดับที่จะรองรับการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) จะจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มปกติหรือไม่มีภาวะเสี่ยง กับกลุ่มผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ส่วนการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล จะแบ่งผู้สูงอายุออกเป็นติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลระยะยาวคือ กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจะได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และปัญหาการกลืน เพื่อจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มย่อย

2) รูปแบบการดูแลระยะยาวตามเส้นทางชีวิตสุขภาพ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) จะจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มนั้น ในกลุ่มปกติหรือไม่มีภาวะเสี่ยง จะให้การดูแลตามแนวทางการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูตามระบบปกติ เพื่อชะลอการเปลี่ยนแปลงตามเส้นทางชีวิตสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ส่วนกลุ่มผิดปกติหรือมีภาวะเสี่ยงจะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ หรือส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อทำการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสม พร้อมทั้งประเมินสาเหตุที่เกิดขึ้นในอดีตเพื่อการวางแผนแก้ไขเป็นรายบุคคล ส่วนการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล กลุ่มติดบ้านและติดเตียง ที่ได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และปัญหาการกลืน เพื่อจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มย่อย จะได้รับการดูแลโดย Care Manager (CM), Care Giver (CG) และ Family Care Giver (FCG) ที่ผ่านการอบรม ให้การดูแลที่เหมาะสมกับสภาวะของโรคที่จะเปลี่ยนแปลงตามเส้นทางชีวิตสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า เมื่อจำแนกกลุ่มย่อย จะทำให้การดูแลรายบุคคลได้สอดคล้องกับปัญหา โดยเป็นการดูแลระยะยาว ทั้งจากเจ้าหน้าที่ในฐานะ CM อสม. ในฐานะ CG และผู้ดูแลในครอบครัวในฐานะ FCG ซึ่งสอดคล้องกับสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ¹⁵ ศึกษาแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน พบว่าสภาพข้อเท็จจริงในชุมชน ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และต้องมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งต้องอาศัยเครือข่ายความร่วมมือจากภาครัฐ ท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม และข้อเสนอที่ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ อนุธรรมเจริญ¹⁶ ที่กล่าวว่า การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะกลาง/ระยะยาว ควรต้องมีการพัฒนาให้เป็นระบบ มีการเชื่อมโยงกันในพื้นที่ตั้งแต่ ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อพ้นระยะเฉียบพลัน การดูแลระยะกลาง และการดูแลระยะยาว ทั้งในชุมชนและในสถาบัน รวมถึงกลไกในการสนับสนุนและกำกับในพื้นที่ และศศิพัฒน์ ขอดเพชร¹⁶ ศึกษาการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย พบว่า การบูรณาการบริการสำหรับผู้สูงอายุเป็ การจัดระบบสนับสนุนอย างด ๑เนื่อง ระหว ๑างสถาบัน บุคคลที่ใ ๑บริการและครอบครัว เพื่อใ ๑ผู้ ๑สูงอายุเข ๑าถึงบริ การอย ๑างมี คุณ ภาพ มีประสิทธิภาพ และความพึงพอใจ โดยการสร ๑างระบบการเข้าถึงบริการ สร ๑างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย และรูปแบบการดำเนินงานแบบเครือข่าย

ทั้งนี้ การให้ความสำคัญกับหลักสูตรการพัฒนาผู้ดูแล เป็นปัจจัยมีความสำคัญที่สนับสนุนให้การดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบครั้งนี้ มีทั้งการอบรมพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Care Manager; CM) อบรมผู้ดูแลในชุมชน (Care Giver; CG) และอบรมผู้ดูแลในครอบครัว (Family Care Giver; FCG) ซึ่งเป็นการประยุกต์หลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำวัตรประจำวัน สุขภาพจิตของชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลระยะยาวที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิดานัน จันทรโธ และ พงศ์พิชญ บุญญา¹⁷

ศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะผู้ดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ คือ 1) การแนะนำปัญหา 2) การระบุประเด็นปัญหา 3) การตั้งสมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา 4) กำหนดงานที่ต้องดำเนินการ 5) การแสวงหาความรู้ 6) การตัดสินใจหาทางแก้ปัญหา 7) ขันวิเคราะห์และประเมินผลการทำงาน และ 8) สรุปความรู้ที่ได้รับจากการแก้ปัญหา

2. คุณลักษณะทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นผู้สูงอายุวัยกลางมีอายุระหว่าง 70-79 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงตั้งแต่เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง โดยระยะเวลาที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งจากอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มดังกล่าว จะทำให้ต้องการของลูกหลานอีกอย่างน้อย 8.3 ปี จากอายุคาดเฉลี่ยเพศหญิงเมื่ออายุ 80 ปี หรือ มากถึง 22.8 ปี จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อ 60 ปี¹ ทั้งนี้ การมีชีวิตอยู่ในภาวะพึ่งพิงครั้งนี้ เป็นภาวะที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.6 ร่วมกับปัญหาสุขภาพจากกระบวนการชราที่สำคัญคือ ปัญหาการเคลื่อนไหว ร้อยละ 85.2 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาไปข้างหน้า 4.5 ปี ในผู้สูงอายุเยอรมันของ Tom Crocker, et al¹⁸ พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะพึ่งพิง ได้แก่ พาร์กินสัน (HR: 6.40 vs. 2.68) และภาวะสมองเสื่อม (HR: 5.70 vs. 2.27) โดยพบว่า ผู้ป่วยทางระบบประสาท จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ 79 ดังนั้น การดูแลโดยลำพังจากครอบครัว ย่อมเป็นภาระอย่างมาก และทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด หรือปัญหาซึมเศร้าตามมาได้ จึงจำเป็นต้องมีภาคีเครือข่าย ทั้งท้องถิ่น ท้องที่ และภาครัฐทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาช่วยเหลือทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนด้านสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบุตรหลาน เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 82.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ วโรคม เสมอเชื้อ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 67.70

3. เปรียบเทียบผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้แนวคิด

เส้นทางชีวิตสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาว ภายใต้แนวคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ พบว่า ดัชนีทั้ง 3 ด้านเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value <.001 เช่นกัน สอดคล้องกับ การศึกษาของ กัตติกา ธนะขำ และคณะ²⁰ ศึกษาการพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ มีเครือข่ายเพื่อน การเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะ สูงกว่าการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.15 และการศึกษาของ ปัทมทัต ดันบุญเสริม²¹ ที่เน้นการพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร่วมกับการพัฒนาบุคลากรเพื่อดูแลผู้สูงอายุ การจัดการความรู้ ซึ่งคล้ายกับรูปแบบในครั้งนี้ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($\beta = 0.46$) ส่วนการศึกษาของยศ วัชรกุลป์ และคณะ²² ศึกษาประสิทธิผลของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาจังหวัดอุดรธานี พบว่า การให้บริการการดูแลระยะยาวทั้งในรูปแบบปกติ และภายใต้โครงการการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานด้วยตนเองได้มากขึ้น โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการภายใต้โครงการการดูแลระยะยาว (Long Term Care; LTC) มีคะแนน Barthel ADL เฉลี่ย ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ประมาณ 1 คะแนน ซึ่งสรุปยืนยันได้ว่า การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะ คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และ อุไรรัชต์ บุญแท้ และคณะ²³ หลังได้รับการดูแลจากเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

ขึ้น (Mean=3.43,SD=0.42) กว่าก่อนได้รับการดูแล (Mean=3.26,SD=0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความสัมพันธ์ทางสังคม ยกเว้นด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่แตกต่าง

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาดัชนีสุขภาพแต่ละด้าน จะพบประเด็นที่สำคัญ ที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า แม้ทุกด้านจะเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลจาก CM, CG และ FCG แต่จะเห็นได้ชัดเจนว่า ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เป็นด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากที่สุด ขณะที่ปัจจัยภายในคือ มิติด้านกาย ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการชรา (Aging Process) สอดคล้องกับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ที่พบว่า แม้ว่าจากเดิมตามเกณฑ์คัดเข้าจะเป็นกลุ่มติดบ้าน กับติดเตียง แต่หลังการได้รับการดูแลระยะยาว ส่วนหนึ่งกลับมามีสุขภาพที่ดี ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มมากขึ้นก็ตาม แต่ปัจจัยส่วนหนึ่งเนื่องจากกลุ่มติดบ้าน ที่คัดเข้ามีระดับคะแนนระหว่าง 9-11 จำนวนมาก ซึ่งสามารถส่งเสริมให้กลับมามีคะแนนสูงขึ้นได้ ขณะที่กลุ่มติดเตียง ก่อนได้รับการดูแลพบร้อยละ 21.2 ภายหลังการได้รับการดูแลระยะยาว ลดลงเหลือร้อยละ 20.6 ซึ่งลดลงน้อยมาก และคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจ ซึ่งเป็นมิติที่อ่อนไหว เปลี่ยนแปลงได้ง่าย เพราะผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จนเสียความสามารถในการดูแลตนเอง รู้สึกเป็นภาระ ไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ดังนั้น การได้รับการเยี่ยมดูแลต่อเนื่องระยะยาวจาก CM, CG และ FCG ย่อมทำให้สภาพจิตใจกลับมาดีขึ้นอีกครั้ง จะเห็นได้จากที่หลังได้รับการดูแลระยะยาวมีคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 20.9 เป็น ร้อยละ 66.3 ขณะที่กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับไม่ดีลดลงจาก 15.7 เป็นร้อยละ 1.2 ซึ่งสอดคล้องกับดัชนีชี้วัดความสุข ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสุขภาพจิตที่ดี เพิ่มขึ้นไปอยู่ในระดับมากกว่าค่าทั่วไป ร้อยละ 20.3 จากก่อนการได้รับการดูแลระยะยาวที่ไม่มีผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับนี้

ข้อยุติ

จากการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้นโยบายเส้นทางชีวิตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จนได้รูปแบบที่ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ และการจัดบริการดูแลระยะยาว ตามกลุ่มที่จำแนกจากผลการประเมินคัดกรองสุขภาพ ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้นโยบายเส้นทางชีวิตสุขภาพ จะต้องพัฒนาทีมสุขภาพให้มีศักยภาพในการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อจำแนกกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็นแต่ละด้าน พร้อมทั้งประเมินสาเหตุตลอดเส้นทางชีวิต และพยากรณ์สิ่งที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต เพื่อการวางแผนดูแลบุคคลที่เหมาะสม

1.2 การดูแลระยะยาว จำเป็นต้องครอบคลุมทั้งด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลด้านสวัสดิการอื่นๆ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาขาดผู้ดูแล ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่พักอาศัย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ และหน่วยงานด้านพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ภาครัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแบบ Population base

2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อถอดบทเรียนปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำมาจัดทำเป็นคู่มือ หลักสูตรการอบรม Family Care Giver ให้ครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้

2.2 ควรศึกษารูปแบบเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้แนวความคิดเส้นทางชีวิตสุขภาพ เพื่อลดปัญหาภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ต้องขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่ให้การสนับสนุน พร้อมกัน

นี้ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ
และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อำนวยความสะดวก
สะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณชุมชนที่ศึกษาที่

กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นจริง ที่จะประโยชน์ต่อการพัฒนา
งานในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2006. Bangkok: TQP; 2007.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok: TQP; 2016.
3. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Mahidol Population Gazette 2019; 28: 1-2.
4. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2010. Bangkok: TQP; 2012
5. Samrit Srithamrongsawat, Kanitta Bundhamcharoen. Synthesis of Long-term Care System for the Elderly in Thailand. Bangkok: TQP Company Limited, 2553; 6-9.
6. Chai Pohsita, Suchada Thaweessit. (editor). Thai Families in the Social and Demographic Transitions. Nakhorn Pathom: Population and Social Printing, 2009.
7. Siriphan Sasat, Tassana Chuvatthanapakorn, Thaunjai Phakdeephrom, Phenchana Lertrataa, Phongphan Arunsang. A study of institutional long-term care for older persons in Thailand. Nonthaburi: Health System Research Institute, 2009.
8. Worawet Suwanrada, et al. Preliminary research report long-term care systems to enhance security for old age. (Copies), 2010.
9. Bunlu Siripanich. Minutes of the primary service conference Subject: Development of the elderly care system. Nonthaburi: Office of Community Based Health Care Research and Development, 2009.
10. Sirinthorn Chansirikanchana. The situation of knowledge about the elderly work, integrated in the care of the elderly in the community, systems, principles and practices. Nonthaburi: Office of Community Based Health Care Research and Development, 2009.
11. Amnatchareon Province of Public Health Office. Annual Report 2017. Amnatchareon; Amnatchareon Province of Public Health Office, 2017.
12. Hathai Phanpong Wong. The study of caring for elderly people who are dependent on the family doctor team Tambon Health Promotion Hospital Samut Songkhram Province. Samut Songkhram: Samut Songkhram Province of Public Health Office, 2017.
13. Venus Peachaawnit, Somchit Wattanachayakun, Benjamas Tulayanitikul. Basic statistics for social scientists with data analysis using Microsoft Excel. Bangkok: Faculty of Science and Technology, Thammasat University, 2004.
14. Samrit Srithamrongsawat, Kanitta Bundhamcharoen, Siriphan Sasat, Kwanjai Amnatsatsue. Community Care Model for Older People in Thailand. journal PCFM 2009; 1(2): 22-31.
15. Sasiphat Yodpetch. The Integrations of Long term Care System for the Elderly in Thailand. Bangkok; J Print Printing 2: 2552.
16. Sitanan Chanto, Phongpisanu Bunda. Effects of Elderly Dependents Long Term Care Giver Skill Development Model in the Community Based, Watbot District, Phitsanulok Province. The 1st National Conference Research and Innovation Knowledge Transformation toward Thailand 4.0. 7-8 December 2017. School of Science, Mae Fah Luang University: 1-18.

17. Tom Crocker, John Young, Anne Forster, Lesley Brown, Seline Ozer, Darren C. Greenwood. The effect of physical rehabilitation on activities of daily living in older residents of long-term care facilities: systematic review with meta-analysis. *Age and Ageing* 2013; 42: 682–688.
18. Kattika Thanakwang, Jiraporn Kespichayawattana, Chanokporn Jitpanya. Factors related to health promotion behaviors among older persons: a meta-analysis. *Nursing Science Journal of Thailand* 2010; 28(3): 60-8.
19. Warodom Samerchua, Pharat Pariyad, Chompunut Singmanee, Benjamas Suksatit. Factors Related to Quality of Life Among Caregivers of Dependent Elderly People, Mueang Phayao District, Phayao Province. *Community Health Development Quarterly*, Khon Kean University 2019; 7(1): 159-79.
20. Pannathat Tanboonserm. Policy Implementation of Quality of Life of the Elderly of the Local Governments in the Lower Central Region 1. *Journal of Rangsit Graduate Studies in Business and Social Science* 2018; 4(1): 127-136.
21. Yos Vajragupta, Wannapha Kunakornvong, Phasith Phatchana, Savinee Suriyan-ratakorn. An Effectiveness Analysis of the Long-Term Care Plans in Udon Thani Province. *Journal of Health Systems Research* 2018; 12(4): 608-624.
22. Urirach Boontae, Churairat Duangchan, Staporn Tawchantuk, Sarunrattana Polin. Elder's Health Status and Quality of Life under the Health Care Provided by Community Network and Simulated Families. *Journal of Nursing and Health Care* 2560; 35(3): 175-85.

การพัฒนาาระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จังหวัดหนองบัวลำภู

Development of Surveillance and Health Care Systems of Psychiatric Patients Lacking Medication

Nongbua Lamphu Province

รวมพล เหล่าหัวาน¹Ruamphol Laowarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ เกี่ยวกับสถานการณ์คุณภาพกระบวนการของทีมหมอครอบครัว ความสามารถในการจัดกระทำของผู้ป่วย ศักยภาพของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและผลลัพธ์การดำเนินงาน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ศึกษาในจังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2562 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว จำนวน 107 คน ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จำนวน 132 คน ผู้ดูแล จำนวน 132 คน และเครือข่าย จำนวน 170 คน โดยใช้แบบสอบถามในด้านคุณภาพกระบวนการ $\alpha = 0.97$ ความสามารถในการจัดกระทำของผู้ป่วย $\alpha = 0.91$ ศักยภาพผู้ดูแล $\alpha = 0.89$ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha = 0.84$ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, T- Tests และการสรุปเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ด้านนโยบายและปัจจัยนำเข้า หลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวมีความเหมาะสม (ค่าต่าง $\text{mean} = 2.50$) และนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (ค่าต่าง $\text{mean} = 2.21$) กระบวนการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวหลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการนำกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง P-D-C-A มาใช้ (ค่าต่าง $\text{mean} = 2.47$) ตรวจสอบและปรับปรุงกิจกรรมการปฏิบัติตามแผน และสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (ค่าต่าง $\text{mean} = 2.13$) ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการควบคุมอาการทางจิตกำเริบ (ค่าต่าง $\text{mean} = 1.52$) ความสามารถในการจัดกระทำของผู้ป่วยจิตเวช หลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) พบมากที่สุดด้านการรับประทานยา การจัดเก็บและทำความสะอาดเครื่องนอน (ค่าต่าง $\text{mean} = 0.97$) ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงานหลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวมีความเหมาะสม (ค่าต่าง $\text{mean} = 2.50$) คุณภาพการดูแลหลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างต่อเนื่อง (ค่าต่าง $\text{mean} = 4.33$) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนหลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับ อปท. เพื่อเสนอความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของชุมชน (ค่าต่าง $\text{mean} = 2.58$) ผลงานผ่านเกณฑ์ชี้วัด จำนวน 8 ตัวในทั้งหมด 9 ตัว ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 4.79 (เกณฑ์ ร้อยละ 5.5) สรุป หลังดำเนินการระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยานี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา มีความสามารถในการจัดกระทำมากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : การพัฒนา, ระบบเฝ้าระวัง, ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา

ABSTRACT

This research aimed to study comparison between before and after the operation were as situation and quality of the operation process of family care team (FCT), psychiatric patient's daily ability, potential of caregivers (CG), network participation and mental health results. This cross-sectional descriptive research in Nong Bua Lam Phu province between July - August 2019. Samples include 107 FCT, 132 psychiatric patient's lacking medication, 132 CGs and 170 network. Tools used questionnaires were as process quality $\alpha = 0.97$, symptoms and patient's daily ability $\alpha = 0.91$, potential of CG $\alpha = 0.89$ and network participation $\alpha = 0.84$. Using statistics were percentage mean standard deviation, T- Tests and content analysis.

¹ พบ., วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชกรรมป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุวรรณคูหา
MD., (Dip. Preventive Medicine, Community Mental Health), Director of Suwannakhuha hospital

Results shown that the situation about policies and inputs after performing the overall operation was increased more than before performing statistically significant ($p < 0.001$), the most appointment of FCT was appropriate (means difference= 2.50) and the policy was consistent with the current situation (means difference=2.21). Overall after operation of FCT was increased more than before statistically significant ($p < 0.001$), the most of implementing development process of P-D-C-A (means difference=2.47) were inspection and improvement of plan compliance activities and create network participation (means difference=2.13). Overall after of psychiatric symptoms with high risk of violence was increased more than before statistically significant ($p < 0.001$), the most of recurrent psychiatric symptoms control (means difference=1.52). Overall after of psychiatry patient's daily ability was increased more than before statistically significant ($p < 0.001$), the most of medication, storage and bedding clean (means difference=0.97). Overall after of CG's potential of working was increased more than before statistically significant ($p < 0.001$), the most of FCT was appropriate appointment (means difference=2.50). Overall after CG's potential quality was increased more than before statistically significant ($p < 0.001$), the most increase of home visiting to psychiatric patients (means difference=4.33). Overall after of community mental health network participation was increased more than before statistically significant ($p < 0.001$), the most was participation of coordination with local administrative organizations to present the needs of community psychiatric patient care (means difference=2.58). Mental health results were based on 8 indicators of total 9, not pass was percentage of psychiatric patients accessing services increased by only 4.79% (5.5% of criteria). Conclusion: this overall operation of development of surveillance and health care systems of psychiatric patients lacking medication was improving for psychiatry patient's daily ability increased more than before.

Key words: Development, Surveillance System, Psychiatric Patients Lacking Medication

บทนำ

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในทุกช่วงของชีวิต มีหลักฐานสำคัญบ่งชี้ว่า ปัจจัยทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางจิต จะสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด อาชญากรรม และการออกจากโรงเรียนกลางคัน การขาดปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการมีปัจจัยเสี่ยงมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น⁽¹⁾ นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ต่อตัวผู้ป่วย เช่น ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีโรคร่วมทางกาย รุมเร้า ตกงาน และถูกกีดกันในสังคม ประเทศไทยตลอดปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการรักษาแล้ว 2 ล้าน 6 แสนกว่าคน หัวใจสำคัญที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบ คือ 1) ต้องรับประทันยาต่อเนื่อง แม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้ว ความผิดปกติที่เคยมี เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนจะไม่มีแล้วก็ตาม ก็ยังไม่ได้แปลว่าหายขาด 2) ไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด และ 3) ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง หากปฏิบัติตามที่กล่าวมา จะไม่มีปัญหาอาการกำเริบ และมีโอกาสหายสูง ปัญหาหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชอาการกำเริบ บางรายมีอาการรุนแรงขึ้นกว่าเดิม อันดับ 1 คือการขาดยา จากสาเหตุไม่ยอมรับประทานยา ซึ่งขณะนี้มียารักษาสมัยใหม่มีผลข้างเคียงน้อยกว่าชนิดเดิม ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยไม่ให้

ความร่วมมือในการใช้ยาหรือใช้สารเสพติดร่วมด้วย ยังจะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำมากขึ้น⁽¹⁾

เขตสุขภาพที่ 8 ข้อมูลระบาดวิทยาการอัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรตามทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ. 2557-2559 จังหวัดเลยมากที่สุด อัตรา 7.74, 16.25, 14.36 เฉลี่ย 12.77 ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับ 7.82 ต่อปี รองลงมา จังหวัดบึงกาฬ อัตรา 5.99, 11.35, 11.79 เฉลี่ย 9.70 และ จังหวัดอุดรธานี อัตรา 5.31, 9.97, 10.09 เฉลี่ย 8.45 ตามลำดับ⁽²⁾ จังหวัดหนองบัวลำภู ที่ผ่านมามีปัญหาการรักษาผู้ป่วยจิตเวช คือ การมารับรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการมาตรวจตามแพทย์นัด จึงทำให้ขาดการรักษา รวมถึงการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ด้านผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ยังเข้าถึงบริการที่ค่อนข้างลำบาก ทำให้เกิดปัญหาการขาดโอกาสในการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการเจ็บป่วยหรือผู้ที่เริ่มมีความผิดปกติทางจิต ในญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งการกลับเป็นซ้ำจำเป็นต้องกลับมารักษาทำให้เกิดการเสื่อมถอยของสมรรถภาพในด้านต่างๆ ลดลง ญาติต้องรับภาระในการดูแล และสูญเสียค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ญาติและคนในชุมชนเกิดความเบื่อหน่าย หวาดกลัว และรู้สึกเป็นภาระ⁽³⁾

สถิติการขาดนัดของผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดหนองบัวลำภู ปี พ.ศ. 2558 – 2560 พบร้อยละ 81.04, 78.02

และ 79.10 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินติดตามที่เป็นระบบอย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินความก้าวหน้าของโรคในผู้ป่วยจิตเวชแต่ละราย ตลอดจนทำให้มีผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับการประเมินสมรรถภาพ ได้รับการประเมินความเสี่ยงอาการรุนแรงทางจิต ความร่วมมือในการใช้ยาและสมรรถภาพในกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการสร้างความมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนระหว่างแกนนำชุมชน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁽⁴⁾

ทั้งนี้ จังหวัดหนองบัวลำภูได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จังหวัดหนองบัวลำภู โดยจัดทำแผนการดำเนินงานสาขาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด ขับเคลื่อนด้วยทีมหมอบรรเทา (FCT : family care team) และศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC : continuous of care center) พร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงยาจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบบัญชียาจิตเวช พัฒนาระบบการกระจายยาสำคัญในการบำบัดโรคจิตเวช และเชื่อมงานบริการรับส่งต่อผู้ป่วย พัฒนาระบบการจัดบริการด้านจิตเวชในปัจจุบันมุ่งให้มีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะเวลาที่สั้นลงและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดำเนินชีวิตโดยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง ช่วยลดอาการกลับเป็นซ้ำ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ ได้จัดทำโครงการคลินิกจิตเวชเคลื่อนที่ขึ้นเพื่อให้บริการตรวจรักษาผู้ที่มีอาการทางจิตและจิตเวชในระดับอำเภอ ให้สามารถเข้าถึงบริการที่ถูกต้อง เหมาะสม ได้รับการบริการจากแพทย์เฉพาะทางใกล้บ้านและประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง ตลอดจนเกิดเครือข่ายการประสานงาน การส่งต่อในระดับอำเภอ และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการและญาติ อันจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และคุณภาพกระบวนการดำเนินงานของทีมหมอบรรเทา
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชขาดยาระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ
3. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ
4. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ
5. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพจิตระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ สถานการณ์ของระบบเฝ้าระวังและคุณภาพกระบวนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยาของบุคลากรทีมหมอบรรเทา ลักษณะอาการและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

ตัวแปรตาม คือ ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงานสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research) สถานที่ศึกษาในจังหวัดหนองบัวลำภู เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2562

ศึกษาประชากร ขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 107 คน ที่เลือกมาศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 3 คน (แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน และ พยาบาลจิตเวช 1 คน) และพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวชใน รพ.สต. แห่งละ 1 คน
2. ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จำนวน 132 คน เลือกมาศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยจิต

เวช ในจังหวัดหนองบัวลำภู และจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน รพสต. ปี พ.ศ. 2561

3. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชขาดยา จำนวน 132 คน คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชขาดยา ในข้อ 2

4. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 170 คน ได้แก่ แก่นนำชุมชน ผู้บริหาร อปท. และ อสม.

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษาคือผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามการจำแนกโรคแบบสากล International Classification of Disease, ICD10 อยู่ในกลุ่ม F 20.0- F 20.9 ที่มีปัญหาการขาดยาและรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

2. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้

3.ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยจิตเวชเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้หรือย้ายออกไปอยู่ที่อื่น

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยน้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการท่ววิจัย
เป็นแบบสอบถาม มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) จำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 คุณภาพกระบวนการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว $\alpha = 0.97$ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 นโยบายและปัจจัยนำเข้าระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยา

ส่วนที่ 2 กระบวนการปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยา

ชุดที่ 2 แบบประเมินผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลอาการผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วยจิตเวช 10 ด้าน ปรับมาจากแบบติดตามผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน^(๕)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชด้านความสามารถ ในกิจกรรมประจำวัน $\alpha = 0.91$ จำนวน 45 ข้อ ปรับมาจาก⁽⁶⁾

ชุดที่ 3 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามนี้มีจำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน $\alpha = 0.89$ จำนวน 7 ข้อ ปรับจาก⁽⁷⁾

ส่วนที่ 3 ศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช $\alpha = 0.95$ จำนวน 17 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha = 0.84$ จำนวน 15 ข้อ สำหรับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แก่นนำชุมชน และ อสม. ปรับจาก⁽⁸⁾

ชุดที่ 5 แบบบันทึกผลงานตามการบรรลุตัวชี้วัดของระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวช ตามตัวชี้วัดผลลัพธ์งานสุขภาพจิต⁽³⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุม ความตรงของเนื้อหา รวมทั้งความเหมาะสมของภาษา และนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนอื่น จำนวน 30 คน เพื่อหาความสอดคล้องแล้วหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่นแบบสอบถามมากกว่า 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนาเป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูล โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างก่อน-หลัง โดยใช้ T-Tests ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการศึกษา

หลังดำเนินการสถานการณ์ด้านนโยบายและปัจจัยนำเข้าโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการแต่งตั้ง
ทีมหมอบรรลุมีความเหมาะสม (ค่าต่าง mean=2.50) และ

นโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน (ค่าต่าง
mean=2.21)

ตาราง เปรียบเทียบกระบวนการปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชฯ (N= 107)

กระบวนการปฏิบัติงาน	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ค่า ต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การสื่อสารสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง	2.26	0.75	3.81	0.89	1.55	<0.001
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอบรรลุ	2.51	0.57	4.24	0.93	1.73	<0.001
3. การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน	1.88	0.74	3.90	1.01	2.02	<0.001
4. การนำกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง P-D-C-A มาใช้	1.66	0.81	4.13	0.97	2.47	<0.001
5. ระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช มีความ เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1.87	0.89	3.37	0.70	1.5	<0.001
6. การวางแผนแบบมีส่วนร่วมทั้งระดับบริหารและ ปฏิบัติการ	2.19	0.71	4.01	0.93	1.82	<0.001
7. การปฏิบัติตามแผนสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความ รุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช	2.27	0.79	4.06	0.97	1.79	<0.001
8. การจัดทำแผนประเมินความเสี่ยงอาการรุนแรงในผู้ป่วย จิตเวชฯเชิงรุกถึงพื้นที่ชุมชน	2.64	0.71	4.08	1.06	1.44	<0.001
9. การปฏิบัติงานตามมาตรการที่กำหนดโดยทีมหมอบรรลุ	2.78	0.94	4.57	0.55	1.79	<0.001
10. ตรวจสอบและปรับปรุงกิจกรรมการปฏิบัติตามแผน ของระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช	2.33	0.86	4.46	0.79	2.13	<0.001
รวมเฉลี่ย	2.23	3.00	4.06	3.97	1.83	<0.001

กระบวนการปฏิบัติงานของทีมหมอบรรลุหลัง
ดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการนำ
กระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง P-D-C-A มาใช้ (ค่าต่าง

mean=2.47) ตรวจสอบและปรับปรุงกิจกรรมการปฏิบัติ
ตามแผน และสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (ค่าต่าง
mean=2.13)

ตาราง 3 ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 10 ด้าน (N= 132)

ลักษณะผู้ป่วยจิตเวช	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ค่า ต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. อาการทางจิตกำเริบ	2.72	0.79	1.20	0.44	1.52	<0.001

2. การกินยาไม่ต่อเนื่อง/ไม่สม่ำเสมอ/ไม่กิน	2.06	0.44	1.14	0.35	0.92	<0.001
3. ผู้ดูแล/ญาติ	2.51	0.68	1.39	0.49	1.12	<0.001
4. การทำกิจวัตรประจำวัน	2.80	0.76	1.32	0.52	1.48	<0.001
5. การประกอบอาชีพ	2.33	0.50	1.19	0.41	1.14	<0.001
6. สัมพันธภาพในครอบครัว	1.77	0.96	1.45	0.58	0.32	<0.001
7. สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย	2.56	0.69	1.37	0.48	1.19	<0.001
8. การสื่อสารการแสดงพฤติกรรม	1.80	0.76	1.29	0.50	0.51	<0.001
9. ความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น	2.25	0.50	1.27	0.51	0.98	0.083
10. การดื่มสุรา สารเสพติด	2.05	0.29	1.18	0.40	0.87	<0.001
รวมเฉลี่ย	2.29	4.38	1.27	2.70	1.02	<0.001

หลังดำเนินการลักษณะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง พบว่าโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ (ค่าต่าง mean=1.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มากที่สุดด้านการควบคุมอาการทางจิตกำเริบ

(ค่าต่าง mean=1.52) การทำกิจวัตรประจำวัน (ค่าต่าง mean=1.48) และสิ่งแวดล้อม (ค่าต่าง mean=1.19) ตามลำดับ

ตาราง 4 เปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช (N=132)

รายการประเมินผู้ป่วย	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ค่าต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านทักษะการดูแลตนเอง	1.74	7.14	2.71	4.52	0.97	<0.001
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	1.48	3.91	2.46	2.50	0.98	<0.001
ทักษะทางสังคม	1.40	2.72	2.68	3.46	1.28	<0.001
ทักษะการทำงาน	1.59	4.69	2.70	3.24	1.11	<0.001
ทักษะการพักผ่อน	1.77	5.11	2.76	4.35	0.99	<0.001
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	1.75	5.51	2.65	4.55	0.90	<0.001

หลังดำเนินการความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ทักษะการดูแลตนเอง (Personal Life Skills) (ค่าต่าง mean=0.97) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (Domestic Skills) (ค่าต่าง

mean=0.98) ทักษะทางสังคม (Social Skills) (ค่าต่าง mean=1.28) ทักษะการทำงาน (Work Skills) (ค่าต่าง mean=1.11) ทักษะการพักผ่อน (Leisure Skills) (ค่าต่าง mean=0.99) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (Community Living Skills) (ค่าต่าง mean=0.90)

ตาราง 5 ศักยภาพของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=132)

ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ค่าต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านบทบาทการทำงาน	3.75	9.49	6.18	5.34	2.43	<0.001

ด้านคุณภาพการดูแล	29.18	5.19	43.33	3.99	14.15	<0.001

ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงานหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ค่าต่าง mean=2.43) ด้าน

คุณภาพการดูแลหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ค่าต่าง mean=14.15)

ตาราง 6 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน (N=170)

การมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ค่าต่าง	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช	2.10	2.35	3.99	2.57	1.89	<0.001
การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท. แกนนำ และ อสม.	2.40	2.52	4.39	2.42	1.99	<0.001
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล	2.42	2.47	4.26	2.42	1.84	<0.001

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนพบว่าหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ด้านการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหาผู้ป่วยจิตเวช (ค่าต่าง mean=1.89)

การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท. แกนนำ และ อสม. โดยรวม (ค่าต่าง mean=1.99) การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลโดยรวม (ค่าต่าง mean=1.84)

ตาราง 7 ผลงานตามตัวชี้วัดเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช ข้อมูล วันที่ 30 กันยายน 2561

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลงาน	ผ่านเกณฑ์
1. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น	$\geq$ ร้อยละ 5.5	4.79	ไม่ผ่าน
2. อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช	น้อยกว่าร้อยละ 2.5	2.02	ผ่าน
3. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายมารับบริการต่อเนื่อง	ร้อยละ 80	92.98	ผ่าน
4. อัตราการฆ่าตัวตาย	ไม่เกิน 6.5 ต่อแสนประชากร	0.12	ผ่าน
5. ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการจัดการรายการกรณีอาการสงบอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือน	ร้อยละ 80	92.98	ผ่าน
6. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวช refer ย้อนกลับภายใน 6 เดือน	ร้อยละ 2	2.02	ผ่าน
7. ผู้ป่วย SMI-V และ Re-admit ได้รับการจัดการรายการและติดตามต่อเนื่องในชุมชนตามเกณฑ์	ร้อยละ 80	100	ผ่าน
8. ไม่มีผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง SMI-V ก่อเหตุซ้ำ	ร้อยละ 0	0	ผ่าน
9. ร้อยละของเครือข่ายผู้รับบริการมีความพึงพอใจ	ร้อยละ 83	85	ผ่าน

ผลงานผ่านเกณฑ์ชี้วัด จำนวน 8 ตัวในทั้งหมด 9 ตัว ไม่ผ่านเกณฑ์คือ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเพียง ร้อยละ 4.79 (เกณฑ์ ร้อยละ 5.5)

สรุป หลังดำเนินการระบบเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชขาดยานี้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา มีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนดำเนินการ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ด้านนโยบายและปัจจัยนำเข้า หลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการแต่งตั้งทีมหมอกรอบครัวมีความเหมาะสมและนโยบายมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน กระบวนการปฏิบัติงานของทีมหมอกรอบครัวหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการนำกระบวนการพัฒนาต่อเนื่อง P-D-C-A มาใช้ ตรวจสอบและปรับปรุงกิจกรรมการปฏิบัติตามแผนและสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย แต่ถึงแม้ว่าจะจะเป็นกุญแจในการช่วยเหลือหลายๆ คน แต่หลายคนได้พบหนทางในการฟื้นฟูโดยไม่ต้องใช้ยาจิตเวช หลายคนรายงานว่าชีวิตดีขึ้นโดยปราศจากยาจิตเวช แต่ละคนนั้นแตกต่างกัน แต่บางครั้งมีที่ผู้รับมือกับอาการ “จิตเวช” ได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยปราศจากยา วัฒนธรรมที่ไม่ใช่ทางตะวันตกที่หลากหลายนั้น มักจะตอบสนองต่อและเข้าใจประสบการณ์นี้ต่างกันไป⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ภายหลังจากพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำ และอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลง ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และระดับความสามารถในชีวิตประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาของอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีการผิดปกติทางจิต ทั้งนี้เกิดมาจากกระแสของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เกิดปัญหาเด็กติดเกม ยาเสพติด และอาชญากรรม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาจนำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิต

จากผลการศึกษาพบว่า ลักษณะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการควบคุมอาการ

ทางจิตกำเริบ ความสามารถในการจัดการประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช หลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้มุมมองของแต่ละคนที่ตระหนักว่าสุขภาพจิตและอารมณ์ได้รับอิทธิพลจากบริบทที่แตกต่างกัน การจัดระเบียบสังคมและชุมชนจึงอาจมีผลกระทบอย่างมากต่อโอกาสที่จะช่วยให้แต่ละคนเลือกมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง ความสงบสุขภายในบ้านจึงเป็นผลดีต่อการรักษาอย่างยั่งยืน⁽¹²⁾ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการติดตามผู้ป่วยจิตเวชขาดยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตกำเริบ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการประจำวันเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾ ทำการศึกษาการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ที่พบว่าการทำนายการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่องที่ทำนายเนื่องจากเป็นปัจจัยความเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่คำนึงถึงผลของการรักษา⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 6 เท่าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษาพบว่า ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงานหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการแต่งตั้งทีมหมอกรอบครัวมีความเหมาะสมคุณภาพการดูแลหลังดำเนินการโดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เข้าใจความต้องการของกันละกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของครอบครัวจึงเป็นการดูแลที่สำคัญบ่อยครั้งที่ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับความบีบคั้นทางอารมณ์ ความรู้สึกสูญเสีย และรู้สึกเป็นตราบาป กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยการดูแลจิตใจและร่างกาย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการจัดการอาการทางจิต และการศึกษาของ⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับ

พยาบาล เจ้าหน้าที่ เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้

จากผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนหลังดำเนินการ โดยรวมค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับ อปท. เพื่อเสนอความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของชุมชน ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการวางแผนการพัฒนาการบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย และมีการนำองค์กร การจัดการทรัพยากร การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบท สามารถวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽¹⁷⁾ มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตนเอง ในระบบหลักประกันสุขภาพ⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าการพัฒนางานจิตเวชชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำกระบวนการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู ไปปรับใช้โดยมีการกำหนดมาตรการที่เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการวางแผนการพัฒนาการบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย และมีการนำองค์กร การจัดการทรัพยากร การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบท สามารถวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลยุทธ์ดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน

2. ให้การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชขาดยา จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการมีผู้ดูแล

ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การได้รับความช่วยเหลือถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ความเหนื่อยล้า วิตกกังวลและภาวะเครียดของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายญาติในการดูแลป้องกันปัญหาโรคจิตเวช ทำให้ญาติมีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดี ส่งผลให้อัตราการกำเริบของโรคจิตเภทลดลงอย่างได้ผล

3. หน่วยงานภาครัฐ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติตามนโยบายได้เข้ามามีส่วนร่วม หรือมีบทบาทต่อการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติในทุกขั้นตอนตั้งแต่ช่วงก่อน ระหว่าง และหลังการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติเพื่อความเข้าใจในการถ่ายทอดนโยบายและการแปลความนโยบาย (policy translation) ในทุกระดับของการปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่น

1. การพัฒนากระบวนการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชขาดยา ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน จะทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการวางแผนการพัฒนาการบริการสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างตรงเป้าหมาย และมีการนำองค์กร การจัดการทรัพยากร การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่มีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทสภาพแวดล้อม สามารถวางแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน ควรมีส่วนร่วมดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยหน่วยบริการสาธารณสุขควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายท้องถิ่น สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการดำเนินงานของเครือข่าย

ข้อเสนอแนะการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

- การวิจัยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ด้านการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตให้สอดคล้องกันกับโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังชนิดอื่น ๆ ที่

จะสามารถเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงและการให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้ตามความเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2561] <ออนไลน์>จาก <https://www.dmh.go.th>
2. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ. อัตราฆ่าตัวตายในประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤษภาคม 2560] <ออนไลน์>จาก <https://www.suicidethai.com>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561.
4. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลหนองบัวลำภู, 2561.
5. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนรินทร์. คู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนสำหรับเครือข่าย, 2559.
6. สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ. วิกิคอมมอนส์, 2560.
7. นงคราญ สมฤทธิ์. ศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการกำกับดูแลผู้ป่วยวันโรคโดยการใช้ระยะสั้น ภายใต้การสังเกตโดยตรงอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558.
8. ชลิตดา จันทร์งาม, เทพอุทิศ กวีสิทธิ์, กฤษณ์ ขุนลึก. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาดี อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา, 2559: 55-67.
9. Hall W. คู่มือการลดอันตราย จากการหยุดยั้งจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). The Icarus Project และ Freedom Center. Creative commons, 2555. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2561] <ออนไลน์>จาก <http://creativecommons.org>
10. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่าย โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1): 67-81.
11. อมราพร สุรการ และ ณัฐวุฒิ อรินทร์. การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) 2557; 6: 176-84.
12. พนม เกตุมาน. คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2561] <ออนไลน์>จาก <http://www.psychlin.co.th>
13. Morinigo L, Arriola RA, Romano BT, Fernandes AC, Shetty H, Broadbent M, et al. Risk assessment and suicide by patients with schizophrenia in secondary mental healthcare: a case-control study. BMJ Open 2016; 6: e0111-9.
14. Thomson EF and Hollister B. Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. Hindawi, 2016: 1-11.

15. วิไล นานา. การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของการพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561; 32(1): 1-12.
16. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง. วารสารพยาบาลทหารบก 2561; 19: 239-247.
17. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอน 116 วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.
18. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล่งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ 2559; 3(1): 24-35.
19. Walker L, Moodie R, Herrman H. **Promoting mental health and wellbeing.** In R. Moodie & A. Hulme (Eds.), Hands-on health promotion, 2004: 238-248.

**ความเชื่อมั่นในหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารและการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพตามหลักธรรมาภิบาล
ของสถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ**

**CONFIDENCE ON GOOD GOVERNANCE OF BOARD OF ADMINISTRATION AND ACTION
PLAN FOR HEALTH BASED ON GOOD GOVERNANCE IN A HEALTH EDUCATION
INSTITUTION**

อวิรุทธิ์ สิงห์กุล¹, นุชชีตา สามแม²

Awirut Singkun, Nuseeta Samae

บทคัดย่อ

การประเมินการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร และความคิดเห็นต่อกิจกรรม/โครงการของหน่วยงานที่ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ปีการศึกษา 2559 รวมทั้งสิ้น 102 คน ในเดือน พฤษภาคม 2560 โดยมีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 82.35

ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล ของผู้อำนวยการ และคณะกรรมการบริหาร อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.15 และ 3.98 คะแนน โดยเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการสูงกว่าคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และพบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีความเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร เท่ากับ 4.14 คะแนน ส่วนบุคลากรสายวิชาการ มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 3.97 คะแนน ซึ่งบุคลากรสายสนับสนุนมีความเชื่อมั่นสูงกว่าบุคลากรสายวิชาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ บทบาททางการบริหาร ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และคุณวุฒิทางการศึกษาของบุคลากรสายวิชาการ และสายสนับสนุน เชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ไม่แตกต่างกัน การประเมินกิจกรรม/โครงการตามความคิดเห็นของบุคลากร พบว่า หน่วยงานจัดกิจกรรม/โครงการได้สอดคล้องตามหลักธรรมาภิบาลทั้ง 10 ประการ สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาความสำเร็จของการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล

คำสำคัญ: ธรรมาภิบาล ผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร

Abstract

This cross – sectional study aims to explore the personnel's belief in good governance management of the board of administration in academic year 2016. The self – administered questionnaire was used to collect the data among 102 participants with 82.35% response rate.

The results found that the personnel's belief in good governance management of the director was 4.15 and board of administration was 3.98 respectively ($p\text{-value} < .01$). The score of good governance management among the back office personnel was 4.14 that significant higher than those academic personnel 3.97 ($p\text{-value} < .05$). The organization applied all components of good governance to organization's activities or programs. The further study should be conducted to evaluate the effective of applying good governance to the mission of organization.

Keywords: Good governance, director, board of administration

¹ เกษตรกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

² นักทรัพยากรบุคคล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทนำ

หลักการบริหารที่ดี (Good governance) ผู้บริหารควรบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล 10 ประการ ได้แก่ การยึดหลักประสิทธิผล (Effectiveness) การยึดหลักประสิทธิภาพ (Efficiency) การยึดหลักการมีส่วนร่วม (Participation) การยึดหลักความโปร่งใส (Transparency) การยึดหลักตอบสนอง (Responsiveness) การยึดหลักการรับผิดชอบ (Accountability) การยึดหลักนิติธรรม (Rule of Law) การยึดหลักกระจายอำนาจ (Decentralization) การยึดหลักความเสมอภาค (Equity) และการยึดหลักการมุ่งเน้นฉันทามติ (Consensus Oriented) ซึ่งการใช้หลักธรรมาภิบาลทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงาน และเป็นกลไกในการควบคุมติดตามและตรวจสอบ เป็นการสร้างสำนึกที่ดีในการบริหารงาน และการทำงาน พร้อมทั้งจัดระบบให้มีการปฏิบัติตามสำนึกที่ดีในการบริหารงาน⁽⁵⁾

การพัฒนาองค์กรของหลายหน่วยงานได้มีการนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร⁽¹¹⁾ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้นำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีเป้าหมายโดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนและประเทศชาติ ให้มีความสำคัญกับประสิทธิภาพในการบริหารให้มีความสำคัญกับผลสำเร็จหรือผลงาน โดยมีการประเมินผลการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีตัวชี้วัด (Key performance indicator, KPI) ที่ถูกกำหนดไว้ก่อนการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจ ช่วยให้ระบบการบริหารมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ส่งเสริมให้บุคลากรมีความตระหนักถึงความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability) ต่อประชาชนและองค์กรมากขึ้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนมีช่องทางมีส่วนร่วม⁽¹⁾ การเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการพัฒนางานร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผลส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาคุณภาพองค์กร⁽²⁾ นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพองค์กรให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน จะต้องมีความชัดเจนในเชิงนโยบาย การมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินการ รวมทั้งมีผู้รับผิดชอบหรือกลไกในการผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง การพัฒนาองค์กรในปัจจุบันจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนา

กระบวนการภายใน เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กร หน่วยงานมีผู้บริหารที่มีภารกิจในการบริหารตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ผู้บริหารจะต้องใช้ความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และหลักการในการพัฒนาไปสู่ความเป็นมืออาชีพ เพื่อให้การปฏิบัติงานต่างๆ ขององค์กรเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้⁽⁷⁾

ภาวะผู้นำของผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นสนับสนุนและส่งเสริมพลังบุคลากรที่จะเป็นพลังขับเคลื่อนองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ การประเมินความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารจึงมีความสำคัญ ที่จะส่งเสริมสัมพันธภาพในหน่วยงาน และเสนอผลการศึกษาค้นคว้าผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาสนับสนุนการวางแผนพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการบริหารและการดำเนินงานตามพันธกิจและเป้าประสงค์ของหน่วยงาน พร้อมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในการบริหารของบุคลากรต่อผู้บริหารทุกระดับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินความเชื่อมั่นในการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร
3. เพื่อประเมินกิจกรรม/โครงการของหน่วยงานที่ดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลตามความคิดเห็นของบุคลากร

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานประจำ ในปีการศึกษา 2559 ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหาร ตามคำสั่งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ที่ 201/2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน

2559 จำนวน 19 ราย อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนที่ไม่ใช่คณะกรรมการบริหาร จำนวน 83 คน รวมทั้งสิ้น 102 คน ยินดีเข้าร่วมการศึกษาและตอบแบบสอบถาม จำนวน 84 คน คิดเป็น ร้อยละ 82.35

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากบริบทของหน่วยงาน ส่วนที่ 2 ได้ทบทวนวรรณกรรม และประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพการบริหารงานและคุณลักษณะของอธิการบดี⁽¹⁰⁾ แบบประเมินการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าภาควิชาบริหารและพัฒนาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์⁽⁶⁾ แบบประเมินผู้บริหารสูงสุด⁽³⁾ แบบประเมินการวัดระดับความเชื่อมั่นด้านธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหารกองการเจ้าหน้าที่⁽⁴⁾ ส่วนที่ 3 เป็นการศึกษารายละเอียดกิจกรรม/โครงการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2560 รวมถึงกิจกรรม/โครงการที่ดำเนินการโดยหลักสูตรหรือกลุ่มงานต่างๆ 40 กิจกรรม/โครงการ ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แต่ไม่ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) เนื่องจากไม่มีกลุ่มตัวอย่างนอกจากประชากรที่ศึกษาที่ทราบบริบทขององค์กร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ตามลักษณะของตัวแปร

ส่วนที่ 2 – 3 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งเป็น 5 ระดับ มากที่สุด (4.21 – 5.0) มาก (3.51 – 4.20) ปานกลาง (2.61 – 3.50) น้อย (1.81 – 2.60) และ น้อยที่สุด (1.00 – 1.80)

เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเชื่อมั่นของบุคลากรตามปัจจัยทั่วไป ต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ใช้สถิติ Paired t – test , Independent t – test และ One way ANOVA

การวิจัยนี้ ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ 77/2560 จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.5 อายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 64 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.23 ปี เป็นบุคลากรสายสนับสนุน ร้อยละ 53.0 และสายวิชาการ ร้อยละ 47.0 ไม่ได้เป็นคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน ร้อยละ 78.3 เป็นคณะกรรมการบริหาร ร้อยละ 21.7 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.0 และปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 26.5 คุณวุฒิทางการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.6

ตาราง 1 ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร

ประเด็นความเชื่อมั่น	ผอ.*		กกบ.**	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. หลักประสิทธิผล	4.21	0.60	4.01	0.50
มุ่งเน้นผลการปฏิบัติราชการที่บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร	4.30	0.62	4.12	0.55
มีการกำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่เป็นระบบชัดเจน	4.18	0.68	4.01	0.56
ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง	4.27	0.61	4.02	0.61
นำผลการประเมินมาปรับปรุงและพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ	4.07	0.77	3.89	0.63
2. หลักประสิทธิภาพ	4.16	0.65	4.00	0.55
มีการควบคุม กำกับกระบวนการปฏิบัติงาน	4.23	0.70	4.09	0.59

ตาราง 1 ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร

ประเด็นความเชื่อมั่น	ผอ.*		กทบ.**	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
มีกระบวนการปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิคหรือเครื่องมือที่เหมาะสม	4.02	0.76	3.87	0.64
บริหารทรัพยากรที่มีอยู่อย่างประหยัด คุ่มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด	4.11	0.82	3.93	0.75
สามารถปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์กร	4.30	0.62	4.11	0.54
3. หลักการตอบสนอง	4.10	0.76	4.04	0.62
มีความสามารถดำเนินงานภายในระยะเวลาที่กำหนด	4.12	0.72	4.10	0.64
สามารถสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจ และตอบสนองความคาดหวังหรือความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	4.07	0.92	3.99	0.69
4. หลักการรับผิดชอบ	4.23	0.64	4.02	0.60
รับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่และผลงานตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	4.33	0.66	4.15	0.65
รับผิดชอบในการตอบสนองความคาดหวังของสาธารณชน	4.17	0.69	3.98	0.68
แสดงความสำนึกรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณชน	4.19	0.75	3.94	0.65
5. หลักความโปร่งใส	4.13	0.71	3.97	0.63
มีกระบวนการปฏิบัติงานอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา สามารถชี้แจงการปฏิบัติงานหรือการตัดสินใจได้	4.24	0.72	4.00	0.68
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูลอันไม่ต้องห้ามตามกฎหมายได้อย่างเสรี	4.06	0.77	3.93	0.68
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรู้ขั้นตอนหรือกระบวนการปฏิบัติงานและสามารถตรวจสอบได้	4.08	0.76	3.98	0.65
6. หลักการมีส่วนร่วม	4.06	0.80	3.89	0.77
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมรับรู้ ทำความเข้าใจ แสดงความคิดเห็น และสะท้อนปัญหาต่อองค์กร	4.11	0.81	3.91	0.77
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมเสนอแนวทางตัดสินใจ แก้ปัญหา และพัฒนาองค์กร	4.01	0.86	3.86	0.78
7. หลักกระจายอำนาจ	4.08	0.85	4.08	0.85
มีการมอบอำนาจการตัดสินใจและการดำเนินการให้แก่บุคลากร	4.06	0.91	3.90	0.80
มีการถ่ายโอนอำนาจ การตัดสินใจ การใช้ทรัพยากร ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ	4.10	0.84	3.91	0.76
8. หลักนิติธรรม	4.13	0.75	3.92	0.71
ใช้อำนาจ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ กฎหมายในการบริหารงานด้วยความเป็นธรรม	4.19	0.77	3.98	0.75
คำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยไม่เลือกปฏิบัติ	4.06	0.83	3.87	0.73
9. หลักความเสมอภาค	4.06	0.84	3.94	0.76
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับการปฏิบัติหรือบริการอย่างเท่าเทียมกัน	4.06	0.84	3.94	0.76
10. หลักการมุ่งเน้นฉันทามติ	4.14	0.75	4.02	0.68
มีการหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหาฉันทามติ	4.13	0.76	4.02	0.68
มีกระบวนการแสวงหาฉันทามติเชิงเหตุและผล (ฉันทามติไม่จำเป็นต้องหมายถึง	4.15	0.77	4.02	0.70

ตาราง 1 ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร

ประเด็นความเชื่อมั่น	ผอ.*		กกบ.**	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
ความเห็นพ้องโดยเอกฉันท์)				
รวม	4.15	0.65	3.98	0.56
ผลประเมินผู้บริหาร	$\bar{x} = 4.06$, S.D. = 0.56			

*ผอ หมายถึง ผู้อำนวยการ, **กกบ หมายถึง คณะกรรมการบริหาร (ในตาราง 2, 3 และ 4)

จากตาราง 1 ความเชื่อมั่นด้านในหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร อยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.06 คะแนน เมื่อประเมินความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร และ

ของคณะกรรมการบริหารพบว่าระดับความเชื่อมั่นในระดับมาก เท่ากับ 4.15 คะแนน และ 3.98 คะแนน ตามลำดับ

ตาราง 2 ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร

ประเด็นความเชื่อมั่น	สายวิชาการ				สายสนับสนุน			
	ผอ.		กกบ.		ผอ.		กกบ.	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. หลักประสิทธิผล	4.06	0.55	4.01	0.42	4.34	0.62	4.02	0.58
2. หลักประสิทธิภาพ	4.10	0.58	3.98	0.42	4.23	0.71	4.01	0.66
3. หลักการตอบสนอง	3.96	0.68	4.03	0.48	4.22	0.82	4.06	0.73
4. หลักการรับผิดชอบ	4.15	0.62	4.00	0.45	4.31	0.66	4.04	0.72
5. หลักความโปร่งใส	3.94	0.63	3.89	0.51	4.30	0.75	4.03	0.72
6. หลักการมีส่วนร่วม	3.88	0.75	3.76	0.74	4.22	0.83	3.99	0.78
7. หลักกระจายอำนาจ	3.88	0.79	3.88	0.79	4.23	0.87	4.23	0.87
8. หลักนิติธรรม	3.91	0.76	3.87	0.63	4.32	0.71	3.97	0.79
9. หลักความเสมอภาค	3.92	0.81	3.97	0.68	4.18	0.87	3.91	0.84
10. หลักการมุ่งเน้นจันทามติ	3.99	0.74	4.01	0.67	4.28	0.75	4.03	0.70
รวม	4.00	0.58	3.94	0.45	4.27	0.69	4.01	0.65

จากตาราง 2 พบว่าบุคลากรสายวิชาการ มีความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน ในระดับมาก โดยมีความเชื่อมั่นเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 คะแนน และ 3.94 คะแนน ตามลำดับ โดยมีความเชื่อมั่นสูงสุดต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ในหลักการรับผิดชอบ (4.15 คะแนน) รองลงมา คือ หลัก

ประสิทธิภาพ (4.10 คะแนน) และหลักประสิทธิผล (4.06 คะแนน) ตามลำดับ สำหรับความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหาร พบว่า บุคลากรสายวิชาการเชื่อมั่นในหลัก หลักการตอบสนอง (4.03 คะแนน) รองลงมา คือ หลักประสิทธิผล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ หลักการมุ่งเน้นจันทามติ (4.01 คะแนน)

ส่วนบุคคลการสาขาสันับสนุน มีความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหารในระดับมากที่สุด (4.27 คะแนน) และคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน ในระดับมาก (4.01 คะแนน) โดยเชื่อมั่นสูงสุดต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ในหลักประสิทธิผล (4.34 คะแนน) รองลงมา คือ หลักนิติธรรม (4.32 คะแนน) และหลักการรับผิดชอบ

(4.31 คะแนน) สำหรับความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหาร พบว่า เชื่อมั่นในหลักกระจายอำนาจ (4.23 คะแนน) รองลงมา คือ หลักการตอบสนอง (4.06 คะแนน) และ หลักการรับผิดชอบ (4.04 คะแนน) ตามลำดับ

ตาราง 3 ความเชื่อมั่นของผู้ที่เป็นและไม่เป็นคณะกรรมการบริหาร ต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร

ประเด็นความเชื่อมั่น	คณะกรรมการบริหาร				ไม่ใช่คณะกรรมการบริหาร			
	ผอ.		กกบ.		ผอ.		กกบ.	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. หลักประสิทธิผล	4.17	0.58	4.04	0.51	4.20	0.63	4.03	0.49
2. หลักประสิทธิภาพ	4.08	0.53	3.91	0.49	4.19	0.64	4.00	0.48
3. หลักการตอบสนอง	4.20	0.59	4.21	0.47	4.04	0.82	3.98	0.60
4. หลักการรับผิดชอบ	4.27	0.63	4.05	0.43	4.20	0.68	4.01	0.61
5. หลักความโปร่งใส	4.02	0.71	3.98	0.50	4.17	0.71	4.01	0.60
6. หลักการมีส่วนร่วม	4.07	0.70	4.00	0.73	4.06	0.84	3.89	0.78
7. หลักกระจายอำนาจ	4.07	0.84	4.07	0.84	4.07	0.86	4.07	0.86
8. หลักนิติธรรม	4.20	0.68	4.11	0.66	4.09	0.79	3.89	0.70
9. หลักความเสมอภาค	4.13	0.92	4.21	0.89	4.07	0.82	3.98	0.64
10. หลักการมุ่งเน้นฉันทามติ	4.20	0.68	4.25	0.70	4.13	0.76	3.97	0.67
รวม	4.14	0.57	4.05	0.50	4.14	0.68	3.97	0.54

จากตาราง 3 คณะกรรมการบริหารหน่วยงาน มีความเชื่อมั่นต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน ในระดับมาก โดยมีความเชื่อมั่นเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 คะแนน และ 4.05 คะแนน ตามลำดับ โดยมีความเชื่อมั่นสูงสุดต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ในหลักการรับผิดชอบ (4.27 คะแนน) รองลงมา คือ หลักการตอบสนอง หลักนิติธรรม และหลักการมุ่งเน้นฉันทามติ (4.20 คะแนน) สำหรับความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหาร พบว่า เชื่อมั่นในหลักการมุ่งเน้นฉันทามติ (4.25 คะแนน) รองลงมา คือ หลักความเสมอภาค และหลักการตอบสนอง (4.21 คะแนน)

ส่วนบุคคลการที่ไม่ใช่คณะกรรมการบริหาร หน่วยงาน มีความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน ในระดับมาก (4.14 คะแนน และ 3.97 คะแนน) โดยมีความเชื่อมั่นสูงสุดต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ในหลักประสิทธิผล และ หลักการรับผิดชอบ (4.20 คะแนน) รองลงมา คือ หลักประสิทธิภาพ (4.19 คะแนน) สำหรับความเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของคณะกรรมการบริหาร พบว่า เชื่อมั่นในหลักกระจายอำนาจ (4.07 คะแนน) รองลงมา คือ หลักประสิทธิผล (4.03 คะแนน) และหลักการรับผิดชอบ หลักความโปร่งใส (4.01 คะแนน) ตามลำดับ

ตาราง 4 เปรียบเทียบความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล

ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร	$\bar{x}$	S.D.	p-value
เชื่อมั่นต่อผู้อำนวยการ	4.15	0.65	.000
เชื่อมั่นต่อคณะกรรมการบริหารหน่วยงาน	3.98	0.56	

จากตาราง 4 ความเชื่อมั่นของบุคลากรที่มีต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ และคณะกรรมการบริหาร เท่ากับ 4.15 และ 3.98 คะแนน

ตามลำดับ โดยเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ สูงกว่าเชื่อมั่นต่อคณะกรรมการบริหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความเชื่อมั่นของบุคลากรจำแนกตามปัจจัยทั่วไป ต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร

ปัจจัยทั่วไป	ผู้อำนวยการ			คณะกรรมการบริหาร		
	$\bar{x}$	S.D.	p-value	$\bar{x}$	S.D.	p-value
เพศ						
ชาย	4.18	0.68	.407	3.85	0.58	.206
หญิง	4.13	0.63		4.05	0.53	
การปฏิบัติงาน						
สายวิชาการ	4.00	0.58	.031	3.94	0.44	.027
สายสนับสนุน	4.27	0.69		4.01	0.65	
บทบาทการบริหาร						
เป็นคณะกรรมการบริหาร	4.14	0.57	.258	4.05	0.50	.756
ไม่ได้เป็นคณะกรรมการบริหาร	4.14	0.68		3.97	0.54	
ระยะเวลาปฏิบัติงาน						
ต่ำกว่า 5 ปี	4.12	0.63	.569	4.09	0.49	.263
5 – 10 ปี	4.05	0.72		3.77	0.58	
11 – 15 ปี	4.10	0.29		4.02	0.18	
มากกว่า 15 ปี	4.32	0.69		4.03	0.68	
คุณวุฒิทางการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4.45	0.72	.072	4.06	0.67	.527
ปริญญาตรี	3.99	0.58		3.97	0.48	
ปริญญาโท	4.14	0.62		3.88	0.57	
ปริญญาเอก	4.15	0.67		4.40	0.74	

จากตาราง 5 ความเชื่อมั่นของบุคลากรตามปัจจัยทั่วไป ต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหาร พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีความเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของ

ผู้อำนวยการ และต่อคณะกรรมการบริหาร เท่ากับ 4.27 และ 4.01 คะแนน ส่วนบุคลากรสายวิชาการมีความเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ และความเชื่อมั่นต่อ

คณะกรรมการบริหาร เท่ากับ 4.00 และ 3.94 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งบุคลากรสายสนับสนุนเชื่อมั่นต่อธรรมาภิบาลของผู้บริหารสูงกว่าบุคลากรสายวิชาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ส่วนปัจจัยด้านเพชบทยาทางการบริหาร ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และคุณวุฒิทางการศึกษา ไม่มีผลต่อความเชื่อมั่นของบุคลากร

ความคิดเห็นต่อการดำเนินกิจกรรม/โครงการของวิทยาลัยตามหลักธรรมาภิบาล ผลการประเมินกิจกรรม/โครงการของหน่วยงาน ที่บุคลากรมีความเห็นว่าเป็นกิจกรรม/โครงการที่สอดคล้องกับหลักธรรมาภิบาล 10 ประการ โดยจะนำเสนอเฉพาะกิจกรรม/โครงการที่คะแนนสูงสุด ดังนี้ **หลักประสิทธิผล** คือ การระบุนุคคล/กลุ่มงาน ที่รับชอบกิจกรรม/โครงการตามแผนปฏิบัติการ (4.26 คะแนน) **หลักประสิทธิภาพ** คือ แผนปฏิบัติการประจำปีมีกิจกรรม/โครงการที่ตอบสนองพันธกิจของหน่วยงาน (4.25 คะแนน) **หลักการตอบสนอง** คือ การจัดตั้งร้านค้าสวัสดิการเพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นของนักศึกษา (4.27 คะแนน) **หลักการรับผิดชอบ** คือ หน่วยงานสนับสนุนการจัดโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพถวายเป็นพระราชกุศลแด่ในหลวงรัชกาลที่ 9 (4.31 คะแนน) **หลักความโปร่งใส** คือ การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างและงบทดลองทางการเงินทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน (4.13 คะแนน) **หลักการมีส่วนร่วม** คือ การสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันภายในองค์กร โดยจัดกิจกรรมกีฬาสามัคคีสามัคคีปีใหม่ (4.24 คะแนน) **หลักกระจายอำนาจ** คือ การควบคุมกำกับ ติดตามงานปฏิบัติงาน ตามโครงสร้างการบริหารงานของหน่วยงาน (4.15 คะแนน) **หลักนิติธรรม** คือ ประกาศหน่วยงาน เรื่อง กำหนดการลา การมาปฏิบัติงานสายและการออกปฏิบัติงานก่อนเวลาราชการ (4.35 คะแนน) **หลักความเสมอภาค** คือ สนับสนุนอาจารย์และบุคลากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมในการจัดกิจกรรมการประกวดถวายอาลัยในหลวงรัชกาลที่ 9 (4.31 คะแนน) **หลักการมุ่งเน้นฉันทามติ** คือ การกำหนดอัตลักษณ์หน่วยงานคุณธรรม “ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจ” (4.32 คะแนน)

สรุปและอภิปรายผล

ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลต่อผู้บริหารในภาพรวม ระดับความเชื่อมั่นเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 คะแนน โดยเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร และของคณะกรรมการบริหาร ในระดับมากเท่ากับ 4.15 คะแนน และ 3.98 คะแนน ซึ่งเชื่อมั่นต่อผู้บริหารสูงกว่าคณะกรรมการบริหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ในทัศนะของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า ครูที่อยู่ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ต่างกัน มีทัศนะต่อการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นเรื่องปกติของบุคคลที่ความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ต่อความเชื่อมั่นในธรรมาภิบาลของผู้บริหาร และของคณะกรรมการบริหาร ซึ่งบุคลากรสายสนับสนุนมีความเชื่อมั่นต่อหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารสูงกว่าบุคลากรสายวิชาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ซึ่งความเชื่อมั่นด้านการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร ผู้บริหาร และคณะกรรมการบริหาร ตลอดจนปัจจัยทั่วไปของบุคลากรที่มีต่อความเชื่อมั่นในหลักธรรมาภิบาลในแต่ละด้าน ผลการศึกษามีทั้งประเด็นที่สอดคล้อง และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของต่างหน่วยงาน ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินตามความคิดเห็นภายใต้บริบทของการปฏิบัติงานร่วมกันในองค์กร ซึ่งผู้บริหารในแต่ละหน่วยงานจะมีคุณลักษณะ และภาวะผู้นำที่ต่างกัน ตามมุมมองของผู้ร่วมงานและผู้ได้บังคับบัญชา

ผลการประเมินการจัดกิจกรรม/โครงการขององค์กร พบว่ามีความสอดคล้องและครอบคลุมหลักธรรมาภิบาลทั้ง 10 ประการ⁽⁹⁾ ศึกษาการนำหลักธรรมาภิบาลไปปฏิบัติขององค์กรบริหารส่วนตำบลจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งพบว่าการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล ได้แก่ หลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักความพร้อมรับผิด และหลักความคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าว ได้ศึกษาองค์ประกอบของธรรมาภิบาลเพียง 5 ด้าน

ส่วนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ได้แก่ ควรมีการเสริมแรงให้อาจารย์และบุคลากรส่งเสริมและรักษา

สุขภาพตนเอง และหน่วยงานควรมีปฏิทินกิจกรรม (Year plan) หรือ Google calendar ให้นุคลากรทุกคน เพื่อวางแผนในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือช่วยกิจกรรมต่างๆ ส่วนการจัดสวัสดิการตรวจสอบสุขภาพยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มบุคลากร สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับคณะกรรมการบริหาร เห็นว่ากรรมการบางคนขาดประชุมบ่อย หรือเข้าประชุมแต่ไม่ได้แสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนา หรือการแก้ไขปัญหาของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

ความเชื่อมั่นของบุคลากรต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหาร เชื่อมโยงต่อหลัก ธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการสูงกว่าคณะกรรมการบริหาร ดังนั้นคณะกรรมการบริหาร ควรเร่งสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรให้มากขึ้น ควรมีการชี้แจง แนวทางการบริหารงาน และนโยบายสู่บุคลากรทุกระดับ ผลการศึกษาในครั้งนี้

สามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาล และส่งเสริมความตระหนักของคณะกรรมการบริหารในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าประสงค์ของหน่วยงานต่อไป

สำหรับการศึกษาค้างต่อไป ควรมีการศึกษาคำพึงพอใจของบุคลากรต่อการบริหารภายใต้หลักธรรมาภิบาล การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาแนวคิดและทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ การประยุกต์ใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารงาน ประสิทธิภาพของการใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารต่อความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร ประสิทธิภาพของการใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงานหรือเป้าประสงค์ขององค์กร เปรียบเทียบหลักธรรมาภิบาลแต่ละด้านกับความสำเร็จของการปฏิบัติงานหรือตัวชี้วัดระดับบุคคล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. ปธาน สุวรรณมงคล. การบริหารงานภาครัฐกับการสร้างธรรมาภิบาล. สถาบันพระปกเกล้า. กรุงเทพฯ, 2558.
2. พงศกร ศรีสมยา และคณะ. “กระบวนการพัฒนาคุณภาพกับการประเมินความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองลำพูน”. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11(3): หน้า 49, 2561.
3. มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครบุรี. แบบประเมินผู้บริหารสูงสุด ปีการศึกษา 2550. สำนักวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครบุรี. 2550.
4. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การวัดระดับความเชื่อมั่นด้านธรรมาภิบาล ของคณะกรรมการบริหารกองการเจ้าหน้าที่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554. รายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
5. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หลักการพื้นฐานของธรรมาภิบาล. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ, 2555.
6. มหาวิทยาลัยนเรศวร. การบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของหัวหน้าภาควิชาบริหารและพัฒนการศึกษา. รายงานวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก, ม.ป.ป.
7. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. คู่มือคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. 2553.
8. ธวัชชัย นิลประดับ และคณะ. “การบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของผู้บริหารในทัศนะของครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากทมมหานคร”. วารสารวิจัยราชภัฏพระนครสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 11(1). 2559.
9. ฌูปัลลภ ญาณมโนวิศิษฐ์. “การนำหลักธรรมาภิบาลไปปฏิบัติขององค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดฉะเชิงเทรา”. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.). 21(1). 2558.
10. Connell O. Darren. (2016). Leadership styles and improved governance outcomes. URL https://www.governanceinstitute.com.au/media/879960/leadership_styles_governance_improved_outcomes_may_2016.pdf สืบค้นเมื่อ (15 กรกฎาคม 2560).
11. Gisselquist, Rachel. (2012). Good Governance as a Concept, and Why This Matters for Development Policy. URL https://www.researchgate.net/publication/239810900_Good_Governance_as_a_Concept_and_Why_This_Matters_for_Development_Policy สืบค้นเมื่อ (1 สิงหาคม 2560).

คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย

Quality of Life and Factors Associated with Quality of Life among Patients with End Stage of Renal Disease in Health Regional 8, Thailand

ธีรศักดิ์ พาจันท์¹, สุพัฒน์ อาสนะ², ประทีป กาลแก้ว², วรณนภา สระทองหน³

Teerasak Phajan, Supat Assana, Prateep Kankhwao Wannanapa Srathonghon,

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เขตสุขภาพที่ 8 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จำนวน 360 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (KDQOL-36-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Multiple logistics regression ที่ระดับ 0.05 นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (CI) และ p-value

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.28 มีอายุเฉลี่ย 54.08 ปี (S.D.= 12.57) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.39 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.83 มีฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ค่าสุด 500 บาท สูงสุด 100,00 บาท ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 77.22 มีโรคร่วมเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.78 สูบบุหรี่ ร้อยละ 24.72 ผู้ป่วยใช้วิธีการบำบัดทดแทนไต โดยฟอกเลือด (HD) และ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ร้อยละ 20.00 และ 80.00 ตามลำดับ มีฐานของระยะเวลาการป่วย เท่ากับ 3 ปี ค่าสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี และไม่สามารถไปพบแพทย์เองได้ ร้อยละ 61.11

ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เท่ากับ 52.35 คะแนน (S.D.=10.98) (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) คุณภาพชีวิต จัดอยู่ในระดับต่ำและต่ำมาก ร้อยละ 34.17 และ ร้อยละ 42.78 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ วิธีการบำบัดทดแทนไต (Adjusted OR=6.22 95%CI= 3.45 -11.21; P-value <0.001) ความสามารถในการไปพบแพทย์ด้วยตนเอง (Adjusted OR=2.06, 95%CI= 1.19 - 3.52; P-value = 0.009) และการสูบบุหรี่ (Adjusted OR=2.25 ,95%CI= 1.13 - 4.49 ; P-value = 0.020) ดังนั้น ควรวางแผนการป้องกันความเสี่ยงที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This research aimed to assess the quality of life and determine the factors associated among patients with end-stage renal disease in Health Regional 8, Thailand. The study involved 360 patients selected by applying multistage random sampling. In this study, Quality of Life for Chronic Kidney Disease (KDQOL-36-SFTM) version 1.3 questionnaire was used. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistics regression at 0.05 level of significance, the adjusted odds ratio presented, 95 % Confidence Interval and p-value.

The results showed that 50.28% were females and the average age was 54.08 years old (S.D.=12.57). Also, 65.83% of the population completed primary education; 77.22% has universal health coverage; 32.78% suffers from illness both diabetes mellitus and hypertension, and 24.72% are smokers. Moreover, 50.28% of the respondents receive hemodialysis treatment, and 80.00% accept continuous ambulatory peritoneal dialysis. Furthermore, the median duration of having renal disease was equal to 3 years (minimum of 1 year and maximum of 20 years) and 61.11% were unable to see a doctor alone. As revealed, patients with end-stage renal disease have an average quality of life of 52.35 years old (S. D=10.98), from a total score of 100. It was classified as low and lowest groups, 34.17 and 42.78 percent, respectively. The

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Corresponding author, email: tphajan@gmail.com

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³ หัวหน้างาน, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุตรดิตถ์

factors significantly associated with reported good quality of life (p -value <0.05) were (1) hemodialysis treatment (Adjusted OR=6.22 95%CI= 3.45 -11.21; P -value <0.001); (2) capability to see a doctor alone (Adjusted OR=2.06, 95%CI= 1.19 - 3.52; P -value = 0.009); and (3) smoking (Adjusted OR=2.25 ,95%CI= 1.13 - 4.49 ; P -value = 0.020). Recommendations are made for risk prevention strategies and promotion of good quality of life.

Keyword: Quality of life, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), Hemodialysis (HD)

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ ติดต่อกันเป็นระยะเวลาานมากกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดความผิดปกติของโครงสร้างการทำงานของไต¹ รายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่า 10% ของประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) และเสียชีวิตนับล้านในแต่ละปีเนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² โดยสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตประมาณ 70,000 คน และมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 – 15,000 คนต่อปี³

จากสถานการณ์ปี พ.ศ.2550-2552 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thai SEEK Study) ได้สำรวจประชาชน 3,459 คน พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 17.56 โดยคาดการณ์ว่า คนไทย 65 ล้านคนจะพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประมาณ 7.06 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 200,000 คน ในปี 2554 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้งบประมาณสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประมาณ 3,000 ล้านบาท และคาดการณ์ว่าจะใช้งบประมาณกว่า 17,000 ล้านบาทหากไม่มีการดำเนินการใดๆ ปี 2558 ประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์ของโรค (incident rate) คือ 201.03 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สัดส่วนการมีชีพผู้ป่วย CAPD:HD คือ ร้อยละ 64:36 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี คือ ร้อยละ 79:21 อัตราการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต เปรียบเทียบกับอัตราความชุกของการเกิดโรคภาพรวมประเทศ พบร้อยละ 85.64 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 8 อุดรธานี. ร้อยละ 87.54

โดยมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะสุดท้ายอีกจำนวนหนึ่งเลือกการรักษาแบบประคับประคองแทน⁴

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง เมื่อพบชิสภาพการดำเนินของโรคเข้าสู่ภาวะโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease: ESRD) ทำให้เกิดการ คั่งของของเสียและภาวะน้ำเกินตามมา ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต อาจด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อจำกัดแตกต่างกันไป เช่น การปลูกถ่ายไต เป็นวิธีรักษาไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้ผลดีที่สุด แต่เป็นวิธีการค่อนข้างซับซ้อน และหาเนื้อเยื่อของผู้บริจาคไตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยไม่ได้⁵ ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) ต้องทำในโรงพยาบาล โดยแพทย์และพยาบาล สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง มีค่าใช้จ่ายสูง⁶ สำหรับการรักษา ด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง (CAPD) ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยญาติเป็นผู้ดูแล ทำอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน ห่างกันครั้งละ 6 ชั่วโมง สะดวก ประหยัดจึงเป็นที่ยอมรับและนิยมกันมาก แต่ก็มีข้อจำกัดคือ หากผู้ป่วยและญาติควบคุมเทคนิคการติดเชื้อไม่ดี ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง⁷ และยังเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 7-10⁸ จะเห็นได้ว่าพยาธิสภาพของโรค วิธีการบำบัดรักษาส่งผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไตวายก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ เครียด การดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ในสังคมเปลี่ยนไป อันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

คุณภาพชีวิต เป็นความผาสุก ความรู้สึกที่เป็นสุข ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ซึ่งสะท้อนจากการรับรู้หรือการตอบสนองในสิ่งที่บุคคล การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง เป็นกลุ่มคนที่มีภาวะความเครียดจากพยาธิสภาพของโรคที่เรื้อรังมาเป็นระยะเวลายาวนาน และมีแนวโน้มจะทรุดลงตามระยะเวลาการเกิดโรค อันส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนไป ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเป็นประเด็นที่สำคัญ เพื่ออธิบายคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลไปใช้วางแผนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive research) มุ่งศึกษาประเด็นคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เขตสุขภาพที่ 8

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต โดยฟอกเลือด (HD) และ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบ 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดเลย จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดหนองคาย จังหวัดบึงกาฬและจังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนครและจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 2,968 คน⁴ คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร⁹ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดประชากร (Proportional to

size) จำแนกรายจังหวัดตามข้อมูลผู้ป่วย CAPD และ HD ของแต่ละจังหวัด จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (KDQOL-36-SFTM) เวอร์ชัน 1.3 ฉบับภาษาไทย¹⁰ ประกอบด้วย

1. **ด้านสุขภาพทั่วไป (SF-36)** จำนวน 9 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การทำงานทางกายภาพ (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 ความมีชีวิตชีวา กระปรี้กระเปร่า (Vitality) ด้านที่ 8 สุขภาพทั่วไป (General health) และด้านที่ 9 Respected transition

2. **สุขภาพด้านโรคไต (SF-36)** จำนวน 16 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 บทบาททางด้านร่างกาย (Role physical) ด้านที่ 2 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health) ด้านที่ 3 สุขภาพทั่วไป (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 การนอนหลับ (Sleep) ด้านที่ 15 Access และด้านที่ 16 คุณภาพชีวิต (Quality of life)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 50 คะแนน) ระดับต่ำ (50-59 คะแนน) ระดับปานกลาง (60-69 คะแนน) ระดับสูง (70-79 คะแนน) และระดับสูงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ข้างต้นในการอธิบายระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะ

สุดท้ายในภาพรวมและจำแนกตามวิธีการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกเลือด (HD) และ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) และในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เพื่อความชัดเจนและเกิดประโยชน์สูงสุดในการแก้ปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย ผู้วิจัยจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คุณภาพชีวิตดี (60 -100 คะแนน) และคุณภาพชีวิตไม่ดี (<60 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไป และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย นำเสนอความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติ Multiple logistics regression ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval (CI) และ p-value

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6005002 เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวในการเข้าร่วมโปรแกรม ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และผู้วิจัยยืนยันว่าจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 360 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.28 มีอายุเฉลี่ย 54.08 ปี (S.D.= 12.57) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.39 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.83 มีฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 5,000 บาท/เดือน ต่ำสุด 500 บาท สูงสุด 100,000 บาท ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ร้อยละ 77.22 มีโรคร่วมเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.78 สูบบุหรี่ ร้อยละ 24.72 ผู้ป่วยใช้วิธีการบำบัดทดแทนไต โดยฟอกเลือด (HD) และ ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ร้อยละ 20.00 และ 80.00 ตามลำดับ มีฐานของระยะเวลาการป่วย เท่ากับ 3 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 20 ปี และไม่สามารถไปพบแพทย์เองได้ ร้อยละ 61.11

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย พบว่า ในภาพรวม ผู้ป่วยไตวายมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก ร้อยละ 42.78 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.17 โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 52.35 คะแนน (S.D.=10.98) โดยผู้ป่วยที่ฟอกเลือด (HD) มีคุณภาพชีวิตต่ำมากและต่ำ ร้อยละ 26.39 และ 20.83 ตามลำดับ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 59.43 คะแนน (S.D.= 12.60) สำหรับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) คุณภาพชีวิตต่ำมากและต่ำ ร้อยละ 46.88 และ 37.50 ตามลำดับ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 50.58 คะแนน (S.D.= 9.79) ผู้วิจัยจัดกลุ่มคุณภาพชีวิต เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ คุณภาพชีวิตดี (60 -100 คะแนน) และคุณภาพชีวิตไม่ดี (<60 คะแนน) เพื่อความชัดเจนและเกิดประโยชน์สูงสุดในการแก้ปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 23.06 (95% CI=18.80 – 27.75) และ มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 76.94 (95% CI =72.24 – 81.19)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariable analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของตัวแปรอื่น ๆ เพื่อคัดกรองตัวแปรที่มีค่า p-value < 0.25 เข้าโมเดลในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) ในขั้นต่อไป

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ความสัมพันธ์รายคู่; Bivariable analysis)
(n= 360)

ปัจจัย	จำนวน	% คุณภาพชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value
เพศ				
ชาย	179	24.58	1	0.495
หญิง	181	21.55	0.84 (0.51-1.37)	
อายุ				
>= 60 ปี	135	20.74	1	0.420
<60 ปี	225	24.44	1.23(0.73-2.06)	
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	339	21.83	1	0.032
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	42.86	2.68(1.10-6.61)	
ประกอบอาชีพเกษตรกร				
ใช่	129	17.05	1	0.045
ไม่ใช่	231	26.41	1.74(1.01-3.01)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
<10000 บาท	288	19.44	1	0.001
>=10,000 บาท	72	37.50	2.48(1.42-4.34)	
ระยะเวลาเจ็บป่วย				
> 5ปี	85	20.00	1	0.445
<=5 ปี	275	24.00	1.26(0.69- 2.29)	
วิธีการบำบัดทดแทนไต				
ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)	288	15.63	1	<0.001
ฟอกเลือด (HD)	72	52.78	6.03(3.44-10.58)	
การสูบบุหรี่				
สูบ	89	17.98	1	0.192
ไม่สูบ	271	24.72	1.49(0.81-2.75)	
โรคประจำตัวเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง				
ใช่	118	14.41	1	0.007
ไม่ใช่	242	27.27	2.23(1.23-4.01)	
ความสามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง				
ไม่สามารถไปเองได้	220	17.27	1	0.001

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ความสัมพันธ์รายคู่; Bivariable analysis)

(n= 360)

ปัจจัย	จำนวน	% คุณภาพชีวิตดี	Crude OR (95% CI)	p-value
สามารถไปเองได้	140	32.14	2.26(1.37- .73)	

จากตาราง พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย ดังนี้ เพศ (OR= 0.84; 95% CI: 0.51-1.37; p-value =0.495) อายุ(OR= 1.23; 95% CI: 0.73-2.06; p-value =0.420) ระดับการศึกษา (OR= 2.68; 95% CI: 1.10 - 6.61; p-value =0.032) ประกอบอาชีพเกษตรกร (OR= 1.74; 95% CI: 1.01 - 3.01; p-value =0.045) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (OR= 2.48; 95% CI: 1.42 - 4.34; p-value = 0.001) ระยะเวลาเจ็บป่วย (OR= 1.26; 95% CI: 0.69- 2.29; p-value = 0.445) วิธีการบำบัดทดแทนไต (OR= 6.03; 95% CI: 3.44 -10.58; p-

value < 0.001) การสูบบุหรี่(OR= 1.49 ; 95% CI: 0.81-2.75; p-value = 0.192) โรคประจำตัวเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง (OR= 2.23; 95% CI: 1.23 - 4.01; p-value = 0.007) และความสามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง (OR= 2.26; 95% CI: 1.37 - 3.73; p-value = 0.001)

3.2 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร

(Multivariable analysis) ใช้สถิติ Multiple logistic regressions ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination)

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย (ความสัมพันธ์คราวละหลายตัวแปร; Multivariable analysis) (n= 360)

ปัจจัย	จำนวน	% คุณภาพชีวิตดี	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
วิธีการบำบัดทดแทนไต					
ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)	288	15.63	1	1	<0.001
ฟอกเลือด (HD)	72	52.78	6.03(3.44 -10.58)	6.22(3.45 -11.21)	
ความสามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง					
ไม่สามารถไปเองได้	220	17.27	1	1	0.009
สามารถไปเองได้	140	32.14	2.26(1.37 - 3.73)	2.06(1.19 - 3.52)	
การสูบบุหรี่					
สูบ	89	17.98	1	1	0.020
ไม่สูบ	271	24.72	1.49(0.81- 2.75)	2.25(1.13 - 4.49)	

จากตาราง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ วิธีการบำบัดทดแทนไต ความสามารถ

ไปพบแพทย์ด้วยตนเอง และการสูบบุหรี่ โดยมีขนาดของความสัมพันธ์ (Magnitude of effect) ดังนี้

วิธีการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือด (HD) มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 6.22 เท่าของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) (95%CI= 3.45 -11.21; P-value <0.001)

ความสามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยไตวายที่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.06 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง (95%CI= 1.19 - 3.52; P-value = 0.009)

การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยไตวายที่ไม่สูบบุหรี่ มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.25 เท่าของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ (95%CI= 1.13 - 4.49 ; P-value = 0.020)

สรุปและอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย พบว่าในภาพรวม ผู้ป่วยไตวายมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำมาก ร้อยละ 42.78 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.17 โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 52.35 คะแนน (S.D.=10.98) โดยผู้ป่วยที่ฟอกเลือด (HD) มีคุณภาพชีวิตต่ำมากและต่ำ ร้อยละ 26.39 และ 20.83 ตามลำดับ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 59.43 คะแนน (S.D.= 12.60) สำหรับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) คุณภาพชีวิตต่ำมากและต่ำ ร้อยละ 46.88 และ 37.50 ตามลำดับ โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 50.58 คะแนน (S.D.= 9.79) ทั้งนี้เป็นเพราะการบำบัดทดแทนไตทั้ง 2 วิธีต้องทำบ่อยครั้ง แต่ครั้งใช้เวลานาน ประกอบกับ สภาพร่างกายผู้ป่วยอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้ง่าย ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม จึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายอยู่ในระดับต่ำ¹¹

- วิธีการบำบัดทดแทนไต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย โดยผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือด (HD) มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 6.22 เท่าของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ทั้งนี้เป็นเพราะ การบำบัดทดแทนไตโดย

ล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยญาติเป็นผู้ดูแล ทำอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน ห่างกันครั้งละ 6 ชั่วโมง สะดวก ประหยัด หากผู้ป่วยและญาติควบคุมเทคนิคการติดเชื้อไม่ดี ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง⁷ ล้างไตทางช่องท้องวันละ 3 - 4 ครั้ง ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วยข้อจำกัดของโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งรูปลักษณะที่เปลี่ยนไปเช่น ผิวล้ำขึ้น ผิวง่ายหายบวม หน้าท้องบวม เส้นเลือดที่แขน ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยง การเข้าสังคมจึงทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง¹² หากใช้วิธีล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ควรตระหนักและมาตรการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเนื่องจากผู้ป่วย CAPD มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่ม HD

- ความสามารถในการไปพบแพทย์ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย โดยผู้ป่วยไตวายที่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.06 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง (95%CI= 1.19 - 3.52; P-value = 0.009) เนื่องจากคนที่สามารถไปพบแพทย์ได้ด้วยตนเองบ่งบอกถึงพยาธิสภาพของโรคยังช่วยเหลือตนเองได้ มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทำให้ผ่อนคลายไม่เครียด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.38, p<.01$)¹³

- การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวาย โดยผู้ป่วยไตวายที่ไม่สูบบุหรี่ มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.25 เท่าของผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ (95%CI= 1.13 - 4.49 ; P-value = 0.020) เนื่องจากการสูบบุหรี่จะส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงทำให้ไตสูญเสียคุณสมบัติการกรองและการดูดซึมดูดซึมกลับสารต่างๆ จะส่งผลต่อหน่วยไตต้องรับภาระการกรองเพิ่มขึ้นจึง เกิดไตเสื่อมตามมา¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสูบบุหรี่จำนวนมากส่งเสริมให้หลอดเลือดแข็ง จะส่งผลต่อการเสื่อมของไตเร็วขึ้นและพบว่าเพศชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อม เป็น 2.94 เท่า ของเพศชายที่ไม่สูบบุหรี่ ส่วนเพศหญิงสูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อม เป็น 4.30 เท่า ของเพศหญิงที่ไม่สูบบุหรี่¹⁵

ข้อเสนอแนะ

1. เสริมทักษะ เทคนิคการปลดเชื้อให้กับญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) เพื่อ ควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงสนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมให้ เหมาะสม

2. ควรสร้างเสริมให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มนี้มี คุณภาพชีวิตต่ำ ดังนั้นควรเยี่ยมเสริมพลังและดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

3. ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายตระหนักถึง ผลกระทบของบุหรี่และงดการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ ส่งผลให้หลอดเลือดแข็ง ทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ที่ ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม ขอบคุณสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 8 อุดรธานี ที่ สนับสนุนทุนในการวิจัย และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิริน ธร จังหวัดขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนการ ทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อธิณี พุทธิมนตรี. ประสิทธิภาพของ โปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยไต วายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ดิ กัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพล ศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2549.
2. The National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney diseases: evaluation, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002. 39(2), S1- 226.
3. พงศธร คชเสนี. การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. ค้นจาก <http://www.nephrothai.org/images/การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน.pdf>. เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2560.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี. รายงานการบริหารจัดการเครือข่ายโรคที่มีอัตราตายสูงและโรค เฉพาะปี 2558. อุดรธานี: สำนักงาน. 2559.
5. โสภณ จิรสิริธรรม. การเปลี่ยนไต. ใน: อุษณา ลูวิระ, พรณนบุฬา ชูวิเชียร สุพัฒน์ วาณิชยการ, บรรณาธิการ. การ บำบ ัดทดแทนภาวะไตวายกรุงเทพฯ: ยูนิตี้พับลิเคชั่น. 2537. 32-7.
6. เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. Textbook of peritoneal dialysis. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด. 2551.
7. กิตติมา จันทรโอ และสุธิดา โดพันธานนท์. การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่อง ท้องปกติที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง และคณะ (บรรณาธิการ), Textbook of Peritoneal Dialysis (หน้า307-309). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. 2551.
8. ศิริรักษ์ อนันต์ณัฐศิริ. การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องชนิดถาวร. ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ), การล้างช่อง ท้อง อย่างถาวรสองฝั่งโขง (หน้า 75-81). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2549.
9. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวิตติด. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา. 2550.
10. ขนิษฐา หอมจีน, & พรณทิพา ศักดิ์ทอง. การแปลและทดสอบกระบวนการคิดของแบบสอบถามคุณภาพ ชีวิตในโรค ไต ฉบับภาษาไทย เวอร์ชัน 1.3. วารสาร เกษตรกรรม ไทย, 2553. 2(1), 3-14.

- 11.จรัส สระขวัญ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560. 28 (2). หน้า
- 12.ยุวดี ชีระศิลป์, เศษ ลิขิตอนันตพงศ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
- 13.กัทธิดา อุดิและณัฐนิช จันทจิร โกวิท. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง.สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550. 25(3), 172-177.
- 14.Yen, M., Huang, J. J., & Teng, H. L. Education for patients with chronic kidney disease in Taiwan: a prospective repeated measures study. Journal of clinical nursing, (2008). 17(21), 29272934. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02348. xJCN2348 [pii].
- 15.Hallan SI and Orth SR. Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. Kidney Int. 2011. 80(5):516-23.

การพัฒนางานกายภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นจากการ ทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดศรีสะเกษ

Development Physical Therapy Programe For Reducing Work – related musculoskeletal disorders (WMSDs) of employees in the workplace in Sisaket Province

ครูตา มีธรรม¹

Truta Meetham¹

บทคัดย่อ

การวิจัยการพัฒนางานกายภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการครั้งนี้ เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในการออกแบบสถานีการทำงาน ทำท่าในการทำงานร่วมกับกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาบาดเจ็บจากโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นจากการทำงานและนำไปสู่การพัฒนางานกายภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้แก่ พนักงานที่ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ จำนวน 60 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2562 โดยการสัมภาษณ์ แบบคัดกรองผู้ป่วยด้วยโรกระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ และแบบประเมินทางกายศาสตร์ เช่น REBA, ROSA และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ สถิติอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย พบว่า 1) พนักงานคลังสินค้า 1.1) การประเมินท่าทางการทำงาน ด้วยเครื่องมือ REBA ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงาน พบว่า คะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานลดลงจากค่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.033) 1.2) ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่า สมรรถภาพแรงบีบมือ สมรรถภาพแรงเหยียดขา และสมรรถภาพการงอตัว หลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายดีกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.016, 0.025 และ 0.014) 2) พนักงานในสำนักงาน 2.1) การประเมินท่าทางการทำงาน ด้วยเครื่องมือ ROSA ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงาน พบว่า คะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานลดลงจากค่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.022) 2.2) ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่า สมรรถภาพแรงบีบมือ และสมรรถภาพแรงเหยียดขา หลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายดีกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = 0.021 และ 0.026) ส่วน สมรรถภาพการงอตัวในพนักงานในสำนักงาน ที่ไม่มีความแตกต่าง (p - value = .059) 3.ระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่าระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานคลังสินค้า และพนักงานสำนักงานน้อยกว่าก่อนปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.002 และ 0.042 ตามลำดับ 4. ระดับความรุนแรงอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย พบว่าระดับความรุนแรงอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายน้อยกว่าก่อนปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งพนักงานในคลังสินค้า (p-value = 0.034) และพนักงานในสำนักงาน (p-value = 0.014)

คำสำคัญ : การพัฒนางานกายภาพบำบัด , โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

¹ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ABSTRACT

The Development of physical therapy for For Reducing Work – related musculoskeletal disorders (WMSDs) of employees in the workplace in Sisaket Province was Action Research. Investigated to studied and applied by Ergonomics principle to station design, jobs position together with physical therapy for musculoskeletal problem solving from work and leads to Development of physical therapy for reduce abnormal of musculoskeletal system diseases by jobs of staff in the work place.

Sample size were 60 staff who work in the workplace. Data were collected between January – July 2019 by Interview and Screening of patients with bone and musculoskeletal diseases from occupations and Ergonomic assessment form such as REBA , ROSA and Physical fitness test by specialist. Data were analyzed by Descriptive statistic namely Mean , Standard Deviation and percentage. Inferential statistic namely Wilcoxon signed rank test.

The research found that 1) Warehouse workers 1.1) Features assessment by REBA tools before and after of features change finding after of features change risk score were reduce from before had statistical significance at the level of .05 (p-value = 0.033) 1.2) Physical fitness data before and after of features and Body management activities change finding Hand strength Leg strength And flexure performance after features and Body management activities change were better than before features and Body management activities change had statistical significance at the level of . 05 (p-value = 0.016 , 0.025 and 0.014) 2) Office staff 2.1) Features assessment by ROSA tools before and after of features change finding after of features change risk score were reduce from before had statistical significance at the level of .05 (p-value = 0.022) 2.2) Physical fitness data before and after of features and Body management activities change finding Hand strength And Leg strength after features and Body management activities change were better than before features and Body management activities change had statistical significance at the level of . 05 (p-value = 0.021 and 0.026) as for flexure performance had no difference. 3) Pain level of musculoskeletal system before and after work station renovation and body management finding musculoskeletal system after work station renovation and body management of warehouse workers had no pain increase 3 person and office staff no one pain at the highest level. Pain level of musculoskeletal system after work station renovation and body management of Office staff and Warehouse workers less than before improvements had statistical significance at .05 level. 4) Pain level in the musculoskeletal system and Severity pain level in the musculoskeletal system before and after work station and physical activity improvements finding after work station and physical activity improvements of Office staff and Warehouse workers pain level and Severity pain level in the musculoskeletal system better than before improvements had statistical significance at .05 level. Warehouse workers (p-value = 0.034) and Office staff (p-value = 0.014)

Keyword : The Development of physical therapy , musculoskeletal system diseases by jobs (Work – related musculoskeletal disorders – WMSDs)

บทนำ

โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work – related musculoskeletal disorders – WMSDs) เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการที่มีความผิดปกติจากการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ เอ็นหรือเส้นประสาท ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานโดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล สภาพร่างกายหรือลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลบางประการ เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญ หรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดเนื่องจากการทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกายหรือภาวะอ้วน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ 2) ปัจจัยที่เกิดจากสภาพการทำงาน ถือ

ได้ว่าเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ท่าทาง (Posture) ระยะเวลา (Duration) แรง (Force) และ จังหวะการทำงาน (Pace of work) และ ปัจจัยภายนอกที่มากระทบ ประกอบด้วย เสียง (Noise) อุณหภูมิ (temperature) แรงสั่นสะเทือน (vibration) แสงสว่าง (Light) สีและสัญลักษณ์ความปลอดภัย (color and Safety Sign) ความชื้น (Humidity) ความเร็วลม (Air Velocity) ระยะห่างระหว่างบุคคลและความสูงระดับข้อศอก (Space requirement and Elbow level) การจัดเก็บสิ่งของ (House Keeping) ขนาดของอุปกรณ์เครื่องมือ (Size of Hand

Tools/Equipment) การยกของและการเคลื่อนย้ายสิ่งของ (Handling /Moving) อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเครื่องมือ (Safety Guarding) อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) และการบริหารจัดการ และจิตสังคม (Organization and Psychosocial Factors)^(1,2,3,4)

ทั้งนี้ ปัญหาการยศาสตร์ที่พบมากในสถานประกอบการจากการรวบรวมสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานกองทุนประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พบว่า ปัญหาด้านการยศาสตร์นี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ได้แก่ 1) การประสบอันตรายจากการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก 2) การประสบอันตรายจากท่าทางการทำงาน 3) อาการเจ็บป่วยจากการเคลื่อนย้ายของหนัก 4) อาการเจ็บป่วยจากท่าทางการทำงาน⁽⁵⁾ การยศาสตร์ เป็นเรื่องการศึกษาสภาพการทำงานที่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อม การทำงานเป็นการพิจารณาว่าสถานที่ทำงานดังกล่าว ได้มีการออกแบบหรือปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานอย่างไร เพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยในการทำงาน และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานได้ด้วย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า เพื่อทำให้งานที่ต้องปฏิบัติดังกล่าว มีความเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงาน แทนที่จะบังคับให้ผู้ปฏิบัติงานต้องทนฝืนปฏิบัติงานนั้น ๆ ตัวอย่างง่าย ๆ ตัวอย่างหนึ่งได้แก่การเพิ่มระดับความสูงของโต๊ะทำงานให้สูงขึ้น เพื่อพนักงานจะได้ไม่ต้องก้มโน้มตัวเข้าใกล้ชิ้นงาน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการยศาสตร์ หรือ นักการยศาสตร์ (Ergonomist) จึงเป็นผู้ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน สถานที่ทำงาน และการออกแบบงาน^(2,3,4)

จากข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากการทำงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษพบว่าโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในปี 2559-2561 จำนวน 7,488, 10,247 และ 5,247 ราย รองลงมาเป็นการบาดเจ็บจากการทำงาน จำนวน 3,160, 3,853 และ 4,488 ราย จากข้อมูลกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัด รพ.ศรีสะเกษพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอก 5 อันดับโรคที่มารับบริการในปี 2559-2561 เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อมากที่สุด

โดยในปี 2561 พบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดหลังจำนวน 1,316 ราย ปวดไหล่ 900 ราย ปวดคอ 406 รายและกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ Myofascial pain 390 ราย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ท่าทางที่ไม่ถูกต้อง เก้าอี้ไม่ออกแบบมาอย่างไม่เหมาะสม การที่ตั่งนั่งนิ่งๆติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน (Static Sitting Posture) การใช้คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ จะส่งผลให้กล้ามเนื้อกลุ่มที่ใช้ในการนั่งและการทรงตัวทำงานหนักมากขึ้นทำให้มีอาการปวดคอ ปวดไหล่ การก้มยกของในท่าที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อในแนวกระดูกสันหลังส่วนล่าง (Lumbar Spine) ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานแล้ว ยังอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายในระยะยาวอีก

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานในด้านดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในการออกแบบสถานประกอบการปฏิบัติงาน ท่าทางในการทำงานร่วมกับกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาคอเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work – related musculoskeletal disorders – WMSDs)
2. เพื่อศึกษาลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work – related musculoskeletal disorders – WMSDs)
3. เพื่อศึกษาและประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในการออกแบบสถานประกอบการปฏิบัติงาน ท่าทางในการทำงานร่วมกับกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาคอเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน
4. เพื่อศึกษาการพัฒนาสุขภาพบำบัดเพื่อลดความผิดปกติของโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการ

วิธีการวิจัย

การพัฒนาสุขภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาคอเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work – related musculoskeletal disorders – WMSDs)

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางานกายภาพบำบัดในการแก้ไข
ปัญหาบาดเจ็บจากโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิด
เนื่องจากการทำงาน มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิง
ปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนในการศึกษา
แบ่งเป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาภาวะสุขภาพและลักษณะการ
ปฏิบัติงานของผู้ป่วยโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิด
เนื่องจากการทำงาน (Work – related musculoskeletal disorders
– WMSDs)

ระยะที่ 2 การปรับปรุงรูปแบบการพัฒนางาน
กายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาบาดเจ็บจากโรกระบบ
กล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน

ระยะที่ 3 สรุปผลการใช้รูปแบบการพัฒนางาน
กายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาบาดเจ็บจากโรกระบบ
กล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน

ระยะที่ 4 ผลการประยุกต์ใช้หลักการศาสตร์ใน
การออกแบบสถานีการปฏิบัติงาน ท่าทางในการทำงาน
ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาบาดเจ็บจาก
โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พนักงานที่ประกอบอาชีพในสถาน
ประกอบการที่สมัครเข้าร่วมโครงการ ทั้งหมดจำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานที่ประกอบอาชีพในสถาน
ประกอบการ ที่มีภาวะเสี่ยงเป็นโรกระบบกล้ามเนื้อและ
กระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน (Work – related
musculoskeletal disorders – WMSDs) จากข้อมูลสภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการ Office syndrome บริษัทแห่ง
หนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 60 คนโดยคัดกรองจาก
ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน ปัจจัยเสี่ยงทางการศาสตร์
ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน และข้อมูล
เกี่ยวกับอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เกณฑ์คัด
เข้าผู้ป่วย 1) เป็นพนักงานของสถานประกอบการที่ป่วยเป็น
โรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน
(Work – related musculoskeletal disorders – WMSDs) 2) มี
ระยะเวลาในการทำงานอย่างน้อย 32 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3) มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกผู้ป่วย 1)
ประวัติการได้รับอุบัติเหตุรุนแรงถึงขั้นผ่าตัดหรือส่งผลต่อ
อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อบริเวณกระดูก
สันหลังในปัจจุบัน 2) มีไข้และน้ำหนักตัวลด

3) ความผิดปกติของระบบประสาท การกลืนอาหารและ
ปัสสาวะรบกวนกันมีข้อเท้าตก 4) ถอนตัวออกจากการวิจัย
ระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบคัดกรองผู้ป่วยด้วยโรกระบบกระดูกและ
กล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ ของสำนักโรคจากการ
ประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และแบบสัมภาษณ์พนักงาน
ประยุกต์จาก Standardized Nordic Questionnaire (Kuorinka et
al., 1987) อ้างใน จารุพร ดวงศรี (2559)⁽⁶⁾ มีรายละเอียดดังนี้
แบบสัมภาษณ์อาการปวดของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เพื่อ
ชี้บ่งตำแหน่งของร่างกายที่เป็นสาเหตุของปัญหาความ
ผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยมีแผนที่ภาพของ
อวัยวะต่างๆบนร่างกาย ให้ระบุอาการผิดปกติ คือ คอ บ่า/
ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง ข้อศอก มือ/ข้อมือ สะโพก/
ต้นขา หัวเข่า และเท้า/ข้อเท้า ซึ่งผู้ตอบจะระบุว่า มีปัญหา
โครงร่างและกล้ามเนื้อใด ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาในช่วงก่อน 7
วันแต่ไม่เกิน 12 เดือน และในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยการ
ใช้ The numeric rating scale (NRS) คือการใช้ตัวเลขมาบอก
ระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้ตัวเลขตั้งแต่ 0, 1, 2
,...,10 อธิบายให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจว่า 0 หมายถึงไม่มีอาการ
ปวด และ 10 คือปวดมากที่สุดให้ผู้ปฏิบัติงานบอกถึงตัวเลขที่
แสดงถึงความปวดบริเวณนั้น ๆ วิธีวัดจากบาทลงบนจุด
คะแนนที่ตรงกับความปวด ตั้งแต่ 0 ถึง 10 และวัดระดับความ
รุนแรงของอาการ severity stages (ระดับ1-3) 1= มีอาการใน
ช่วงเวลาทำงาน พักแล้วหาย 2= มีอาการในช่วงเวลาทำงาน
พักแล้วไม่หาย 3= มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย
และไม่สามารถทำงานได้

2. แบบประเมินทางการศาสตร์ เช่น REBA, ROSA
(ประเมินจากตัวแทนในแต่ละ station ที่มีลักษณะงานคล้ายกัน)

2.1 การประเมินความเสี่ยงของท่าทางในการ
ทำงานโดยวิธี REBA (Rapid Entire Body Assessment) เป็น
วิธีการประเมินท่าทางในการทำงานที่พัฒนามาจากหลักการ

ของ RULA โดย Hignett และ McAtamney เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยจะเหมาะสมกับการประเมินท่าทางการทำงานที่มีการใช้งานทั้งร่างกาย ทั้งในรูปแบบการทำงานที่เคลื่อนที่และหยุดนิ่ง ซึ่งในการประเมินโดย REBA นั้นจะมีการพิจารณาปัจจัยหลัก ๆ ที่เกี่ยวข้อง 4 ปัจจัยคือ 1) ท่าทางในการทำงาน; 2) ลักษณะการใช้กล้ามเนื้อในการทำงาน (static or repetitive work); 3) ปริมาณแรงที่ใช้; และ 4) การจับยึดวัตถุแบบประเมินโดย REBA นั้นเริ่มโดยการสังเกตและวิเคราะห์งาน (Job Analysis) หลังจากนั้นจึงทำการเลือกท่าทางที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงมากที่สุดในการทำงานมาทำการประเมิน ผลการประเมินท่าทางการทำงานโดยใช้ REBA แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 (เล็กน้อยจนละทิ้งได้): คะแนนรวม 1 ท่าทางยอมรับได้ ระดับ 2 (น้อย): คะแนนรวม 2-3 ต้องมีการปรับปรุง ระดับ 3 (ปานกลาง): คะแนนรวม 4-7 ควรได้รับการปรับปรุง ระดับ 4 (สูง): คะแนนรวม 8-10 ต้องได้รับการปรับปรุงโดยเร็ว ระดับ 5 (สูงมาก): คะแนนรวม 11-15 ต้องได้รับการปรับปรุงโดยทันที

2.2 แบบประเมิน ROSA เป็นแบบประเมินความเสี่ยงทางกายศาสตร์ซึ่งประยุกต์มาจากแบบประเมิน ROSA ของ Sonne และคณะ (2012) ⁽⁷⁾ ได้รับการออกแบบมาเพื่อประเมินท่าทางการทำงานกับคอมพิวเตอร์ โดยพิจารณาส่วนของเก้าอี้ หน้าจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ เมาส์ และเป็นพิมพ์ ร่วมกับระยะเวลาในการทำงาน ซึ่งในการศึกษานี้ใช้ผลของ ROSA ในการระบุโอกาสในการสัมผัสสิ่งคุกคามทางกายศาสตร์ ผลคะแนนของการประเมินจะมีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 10 คะแนน ROSA ที่น้อยกว่า 5 หมายถึงยังไม่จำเป็นต้องมีการประเมินหรือศึกษาเพิ่มเติม คะแนนมากกว่า 5 แปลว่า เป็นจุดที่มีความเสี่ยงสูงและควรจะมีการวิเคราะห์สถานการณ์งานเพิ่มเติม เพื่อการปรับปรุง และลดภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้น

3. กล้องถ่ายภาพและบันทึกวิดีโอขณะผู้ประกอบอาชีพกำลังปฏิบัติงาน เพื่อประเมินวิเคราะห์ท่าทางการทำงาน

4. การวัดสมรรถภาพกล้ามเนื้อ (Muscular Fitness) ได้แก่ การวัดความแข็งแรง (Muscular Strength) ประกอบด้วย การทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength) การวัดความอ่อนตัว (Flexibility Testing) การวัดแรงเหยียดขา (Leg Dynamometer Test)

5. การจัดอบรมให้กับผู้บริหารและพนักงานในสำนักงาน การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ระหว่างสถานประกอบการและเจ้าหน้าที่ดำเนินงานสาธารณสุข และนักกายภาพบำบัด ปรับปรุงแก้ไขปัญหาด้านการใช้ต้นทุนต่ำและปฏิบัติได้จริง และจัดทำสื่อ คู่มือและแนวทางปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติทดสอบสมมุติฐาน ได้แก่ Wilcoxon signed rank test ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย Content analysis

ผลการวิจัย

1. ผลการปรับปรุงรูปแบบการพัฒนางานกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาบาดเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน ประกอบด้วย

1.1 พนักงานคลังสินค้า การปรับเปลี่ยนลักษณะงานในแผนกคลังสินค้าและกิจกรรมการบริหารร่างกายในพนักงานคลังสินค้าดังต่อไปนี้ 1) ปรับเปลี่ยนลักษณะงาน ลักษณะงานเดิมเป็นลักษณะงานก้มเขยยกก่อนสินค้า และบิดเอี้ยวตัวมากกว่า 90 องศา ลักษณะงานใหม่จึงจัดให้วางส่งสินค้าในระยะเอื้อมมือ และจัดตำแหน่งให้หันคู่ขนานไปกับรางส่งสินค้า พนักงานจึงลดการบิดเอี้ยวตัวขณะยกสินค้า ซึ่งปรับเปลี่ยนตามหลักการยศาสตร์ลดระยะการเอื้อมมือ 2) กิจกรรมการบริหารร่างกาย โดยการประยุกต์ใช้ยางยืดในการช่วยออกกำลังกาย ทำบริหารกล้ามเนื้อหัวใจไหลแบบยืน แบบนั่ง และทำบริหารกล้ามเนื้อหลัง ปรับท่าทางการทำงาน ท่าของที่ถูกต้อง

1.2 พนักงานในสำนักงาน การปรับปรุงสถานียานและกิจกรรมการบริหารร่างกายในสำนักงาน บริษัทแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ดังต่อไปนี้ 1) การปรับปรุงสถานียานสถานียานเดิมเก้าอี้ไม่สามารถปรับระดับได้ และไม่มีวัสดุรองเท้า วัสดุรองข้อมือในขณะที่ใช้เมาส์ ในการทำงาน สถานียานใหม่จึงจัดให้พนักงานมีเก้าอี้ที่ปรับระดับได้ตามความเหมาะสมของสรีระร่างกาย และจัดให้มีวัสดุรองเท้า วัสดุรองข้อมือในขณะที่ใช้เมาส์ ในการทำงาน ซึ่งปรับปรุงตามหลักการ

ศาสตร์ในการทำงาน 2) กิจกรรมการบริหารร่างกาย โดยการประยุกต์ใช้ยางยืดในการช่วยออกกำลังกาย ทำบริหารกล้ามเนื้อหัวไหล่แบบยืน แบบนั่ง และทำบริหารกล้ามเนื้อคอ ปรับท่าทางในการนั่งทำงาน

2. ผลการนำรูปแบบการพัฒนาทางกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาคอเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงานไปใช้

2.1 พนักงานคลังสินค้า

1. ข้อมูลการประเมินท่าทางการทำงาน ด้วยเครื่องมือ REBA ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงาน

ตาราง 1 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของท่าทางการทำงาน

ด้วยเครื่องมือ REBA ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงาน ของพนักงานคลังสินค้า โดยใช้

mcNema test (n=37)

ลักษณะความเสี่ยง	ความเสี่ยง		p-value
	ก่อน (n)	หลัง (n)	
ความเสี่ยงปานกลาง (4-7 คะแนน)	0	25	.033
ความเสี่ยงสูง (8 คะแนนขึ้นไป)	37	12	

จากตารางพบว่า คะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานน้อยกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน

2. ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย

ตาราง 2 เปรียบเทียบสมรรถภาพแรงบีบมือ ก่อนและหลัง

ปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย ของงานคลังสินค้า โดยใช้ Wilcoxon

signed rank test (n=37)

สมรรถภาพ	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	Mean rank	Sum of rank	Mean rank	Sum of rank		
แรงบีบมือ	.00	0	3.5	21.0	-2.449	0.016
แรงเหยียดขา	.00	.00	3.0	15.00	-2.236	0.025
การงอตัว	.00	.00	3.50	21.00	-2.449	0.014

จากตาราง 2 พบว่า สมรรถภาพแรงบีบมือหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.016 สมรรถภาพแรงเหยียดขาหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.025 สมรรถภาพการงอตัวหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.014

2.2 พนักงานในสำนักงาน

1. ข้อมูลการประเมินท่าทางการทำงาน ด้วยเครื่องมือ ROSA ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานงาน

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของท่าทางการทำงาน

ด้วยเครื่องมือ ROSA ก่อนและหลัง การปรับปรุงสถานงาน ของพนักงานสำนักงาน โดยใช้ McNema (n=23)

ลักษณะความเสี่ยง	ความเสี่ยง		p-value
	ก่อน (n)	หลัง (n)	
ความเสี่ยงปานกลาง (4-7 คะแนน)	0	17	.022
ความเสี่ยงสูง (8 คะแนนขึ้นไป)	23	6	

จากตาราง พบว่าคะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับปรุงสถานงานน้อยกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน

2. ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายก่อนและหลังการปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย

ตาราง 4 เปรียบเทียบสมรรถภาพ ก่อนและหลังการปรับปรุง

สถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย ของ

พนักงานสำนักงาน โดยใช้ Wilcoxon signed rank

test (n=23)

สมรรถภาพ	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	Mean rank	Sum of rank	Mean rank	Sum of rank		
แรงบีบมือ	4.50	4.50	5.06	40.50	-2.309	0.021
แรงเหยียดขา	.00	.00	3.50	21.00	-2.232	0.026
การงอตัว	.00	.00	2.50	10.00	-1.890	0.059

จากตาราง พบว่าสมรรถภาพแรงบีบมือหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.021 สมรรถภาพแรงเหยียดขาหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.026 สมรรถภาพการงอตัวหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value เท่ากับ 0.059

3. ระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานคลังสินค้า

ระดับความเจ็บปวด	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
1. ไม่ปวดเลย	7(18.4)	10(26.3)
2. ปวดเล็กน้อย	16(42.1)	13(34.2)
3. ปวดปานกลาง	14(39.5)	14(39.5)

จากตาราง พบว่าระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานคลังสินค้า มีผู้ที่มีอาการไม่ปวดเลยเพิ่มขึ้น 3 คน

ตาราง 6 ระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและ

กล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานสำนักงาน

ระดับความเจ็บปวด	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
1. ไม่ปวดเลย	3(13.0)	2(8.7)
2. ปวดเล็กน้อย	5(21.7)	7(30.4)
3. ปวดปานกลาง	14(60.9)	14(60.9)
4. ปวดมากที่สุด	1(4.3)	0(0.0)

จากตาราง พบว่าระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานสำนักงาน ไม่มีผู้ที่ปวดในระดับมากที่สุด

ตาราง 7 เปรียบเทียบระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและ

กล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงาน

คลังสินค้า และพนักงานสำนักงาน โดยใช้ Wilcoxon

signed rank test

ระดับอาการเจ็บปวด	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
พนักงานคลังสินค้า	11.63	24.00	3.052	0.002
พนักงานสำนักงาน	7.40	74.00	2.030	0.042

จากตาราง พบว่าระดับอาการเจ็บปวดระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายน้อยกว่าก่อนปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.002 และ 0.042 ตามลำดับ

4. ข้อมูลระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานคลังสินค้า

ตาราง 8 ระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย

ระดับความรุนแรง	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
1. ไม่ตอบ	7(18.4)	7(18.4)
2. มีอาการขณะทำงาน หายเมื่อพัก และไม่มีอาการคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	18(50.0)	23(63.2)
3. มีอาการทั้งในขณะที่ทำงาน และพัก และอาการยังคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	12(31.6)	7(18.4)

จากตาราง พบว่าระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานคลังสินค้า ระดับอาการเจ็บปวดมีอาการทั้งในขณะที่ทำงานและพัก และอาการยังคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้าลดลง

ตาราง 9 ระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานสำนักงาน

ระดับความรุนแรง	ก่อน n(%)	หลัง n(%)
1. ไม่ตอบ	1(4.3)	2(8.7)
2. มีอาการขณะทำงาน หายเมื่อพัก และไม่มีอาการคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	7(30.4)	11(47.8)
3. มีอาการทั้งในขณะที่ทำงานและพัก และอาการยังคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้า	15(65.2)	10(43.5)

จากตาราง พบว่าระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายของพนักงานสำนักงาน ระดับอาการเจ็บปวดมีอาการทั้งในขณะที่ทำงานและพัก และอาการยังคงค้างเมื่อตื่นนอนตอนเช้าลดลง

ตาราง 10 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย ของพนักงานคลังสินค้า และพนักงานสำนักงาน โดยใช้ Wilcoxon signed rank test

ระดับอาการเจ็บปวด	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
พนักงานคลังสินค้า	4.50	31.50	2.121	0.034
พนักงานสำนักงาน	3.50	21.00	2.449	0.014

จากตาราง พบว่าระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีนงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายน้อยกว่าก่อนปรับปรุงสถานีนงานและกิจ

กรรมการบริหารร่างกาย มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.034 และ 0.014 ตามลำดับ

5. ผลจากการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในการออกแบบสถานีการปฏิบัติงาน ทำท่าทางในการทำงาน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหามาตรเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน

5.1 จากการดำเนินการประยุกต์ใช้หลักการยศาสตร์ในการออกแบบสถานีการปฏิบัติงาน ทำท่าทางในการทำงาน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหามาตรเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน ของพนักงานแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งในส่วนของพนักงานคลังสินค้า และพนักงานในสำนักงาน ทำให้ได้แนวทางในการป้องกันปัญหามาตรเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน

5.2 จัดให้มีห้องออกกำลังกาย(Fitness) จัดสถานที่สำหรับการออกกำลังกายให้แก่พนักงาน มีกิจกรรมในการออกกำลังกายในระหว่างปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับบริบทและลดเวลาในการทำงานจากวันละ 10 ชั่วโมงเหลือ 8 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้การทำงานของพนักงานมี ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นการกระตุ้นให้พนักงานเกิดความตื่นตัวและมีความสะดวกในการออกกำลังกายหลังเลิกงาน

5.3 จัดให้มีกิจกรรมทดสอบสมรรถภาพทางกายให้กับพนักงานเพื่อเป็นการประเมินผลการมีกิจกรรมการบริหารร่างกายและการออกกำลังกาย

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาทางกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหามาตรเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ที่เกิดเนื่องจากการทำงาน จากการประเมิน สภาพสุขภาพและลักษณะการปฏิบัติงานของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน พบว่า พนักงาน ที่ปฏิบัติงานในคลังสินค้า ส่วนใหญ่มีความผิดปกติที่อวัยวะหลังส่วนล่างมากที่สุด 21 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 รองลงมาผิดปกติที่อวัยวะ ไหล่ และขา คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ 23.7 ตามลำดับ และพนักงานที่ปฏิบัติงานในสำนักงาน ส่วนใหญ่มีความผิดปกติที่อวัยวะคอมากที่สุด 14 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 รองลงมาผิดปกติที่อวัยวะ บ่า ไหล่ และหลังส่วนล่าง คิดเป็น

ร้อยละ 56.5, 52.2 และ 43.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรัช มัฏฐารักษ์ และคณะ (2555)^(๘) ได้ศึกษากระบวนการการผลิตน้ำตาลโตนดในขั้นตอนการกวนน้ำตาลโดยใช้แรงงานคน ของกรณีศึกษาตัวอย่างคือกลุ่มแม่บ้านตำบลสนามชัย อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่ายังคงประสบปัญหาเรื่องสุขภาวะอนามัยในการทำงานที่มีอาการปวดเมื่อยตามร่างกายจากการทำงาน การยศาสตร์คือการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์กัน หรืออันตรกิริยาระหว่างมนุษย์และเครื่องมือ/อุปกรณ์ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่มนุษย์ทำงานอยู่ การเรียนรู้ความสามารถและข้อจำกัดของมนุษย์เพื่อใช้ประโยชน์ในการออกแบบทางวิศวกรรมหรือการปรับปรุงวิธีการทำงานให้เกิดความเหมาะสมทั้งในด้านเพิ่มคุณภาพชีวิตของพนักงานและยังช่วยเพิ่มผลผลิตของงาน งานนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัญหาทางการยศาสตร์ด้วยวิธีการ RULA และวิธีการ REBA ในการประเมินท่าทางการกวนน้ำตาลโตนดเพื่อหาข้อสรุปสำหรับเป็นแนวทางในการตัดสินใจ ปรับปรุงแก้ไขปัญหาทางการยศาสตร์ โดยใช้วิธีการ RULA และวิธีการ REBA ในการตรวจสอบและประเมินภาวะทางการยศาสตร์ ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการ RULA พบว่ามีคะแนนเท่ากับ 6 ซึ่งหมายถึงว่าเริ่มเป็นปัญหาทางการยศาสตร์ ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและรับดำเนินการปรับปรุงการทำงานสอดคล้องกับการวิเคราะห์ด้วยวิธีการ REBA ซึ่งพบว่ามีคะแนนเท่ากับ 9 ซึ่งหมายถึงการทำงานนั้นมีปัญหาทางการยศาสตร์ ซึ่งต้องการการปรับปรุงการทำงานโดยเร็ว

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงได้ดำเนินการปรับปรุงรูปแบบการพัฒนางานกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาลดเจ็บจากโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน แบ่งตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ พนักงานคลังสินค้า การปรับเปลี่ยนลักษณะงานในแผนกคลังสินค้าและกิจกรรมการบริหารร่างกายในพนักงานคลังสินค้า ปรับเปลี่ยนลักษณะงาน ลักษณะงานเดิมเป็นลักษณะงานกัมเมซซิกก่อนสินค้าและบิดเอี้ยวตัวมากกว่า 90 องศา ลักษณะงานใหม่จึงจัดให้วางส่งสินค้าในระยะเอื้อมมือ และจัดตำแหน่งให้หันคู่ขนานไปกับรางส่งสินค้า พนักงานจึงลดการบิดเอี้ยวตัวขณะยกสินค้า ซึ่งปรับเปลี่ยนตามหลักการยศาสตร์ลดระยะการเอื้อมมือ กิจกรรมการบริหารร่างกาย โดยการประยุกต์ใช้ยางยืดในการช่วยออกกำลังกาย ทำบริหารกล้ามเนื้อหัวใจ

แบบยืน แบบนั่ง และทำบริหารกล้ามเนื้อหลัง ปรับท่าทางการทำงาน ท่าของที่ถูกต้อง และพนักงานในสำนักงาน การปรับปรุงสถานงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายในสำนักงาน สถานงานเดิมเก้าอี้ไม่สามารถปรับระดับได้และไม่มีวัสดุรองเท้า วัสดุรองข้อมือในขณะใช้เมาส์ ในการทำงาน สถานงานใหม่จึงจัดให้พนักงานมีเก้าอี้ที่ปรับระดับได้ตามความเหมาะสมของสรีระร่างกาย และจัดให้มีวัสดุรองเท้าวัสดุรองข้อมือในขณะใช้เมาส์ ในการทำงาน ซึ่งปรับปรุงตามหลักการยศาสตร์ในการทำงาน กิจกรรมการบริหารร่างกาย โดยการประยุกต์ใช้ยางยืดในการช่วยออกกำลังกาย ทำบริหารกล้ามเนื้อหัวใจแบบยืน แบบนั่ง และทำบริหารกล้ามเนื้อคอ ปรับท่าทางการนั่งทำงาน นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการจัดทำ แนวทางการพัฒนางานกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาลดเจ็บจากโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดหลัง และอาการปวดคอ ซึ่งจากการดำเนินงานส่งผลให้ สามารถแก้ไขปัญหาลดเจ็บจากโรกระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน โดยพบว่า พนักงานคลังสินค้า พบว่าคะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานน้อยกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกาย พบว่าสมรรถภาพแรงบีบ สมรรถภาพแรงเหยียดขา และ สมรรถภาพการงอตัว หลังปรับเปลี่ยนลักษณะงาน และ กิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน และกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พนักงานในสำนักงานพบว่าคะแนนความเสี่ยงของท่าทางการทำงานหลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานน้อยกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงาน ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกาย พบว่าสมรรถภาพแรงบีบมือ สมรรถภาพแรงเหยียดขา หลังปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายมากกว่าก่อนปรับเปลี่ยนลักษณะงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสมรรถภาพการงอตัวในพนักงานในสำนักงาน ไม่มีความแตกต่าง ($p\text{-value} = .059$) แต่มีแนวโน้มความอ่อนตัวที่ดีขึ้น สอดคล้อง หลักการทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการประกอบการทำงานหรือกิจกรรม ทางกายอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นอย่างดี โดยที่ไม่

เหนื่อยเร็ว สมรรถภาพทางกายเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทางด้านร่างกายของมนุษย์ สมรรถภาพทางกายของบุคคลทั่วไปจะเกิดขึ้นได้จากการเคลื่อนไหวร่างกายหรือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ แต่ถ้าหยุดออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงเมื่อใด สมรรถภาพทางกายจะลดลงทันที การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถพัฒนาความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อให้เกิดขึ้นได้ ซึ่งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อสามารถแบ่งออกได้หลายประเภท เช่น การยืดแบบใช้แรงเหวี่ยงกระชากซ้ำๆ การยืดแบบหยุดนิ่งค้างไว้ในช่วงสุดท้าย การยืดกล้ามเนื้อแบบกระตุ้นการรับรู้ของประสาทกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่มีการนำอุปกรณ์ในการออกกำลังกายบางอย่างมาใช้ร่วมกับการบริหารด้วย เพื่อให้เกิดแรงต้านกับกล้ามเนื้อ ซึ่งจากการพิจารณาข้อมูลโดยภาพรวมพบว่า การยืดเหยียด กล้ามเนื้อแบบหยุดนิ่งค้างไว้ในช่วงสุดท้ายน่าจะเป็นวิธีที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายน้อยที่สุดและเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการบริหารร่างกายเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีที่สุด และ จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ชนิดรูปร่างของร่างกาย เพศ อายุ พันธุกรรม กิจกรรมทางกาย⁽⁹⁾ และ การอบอุ่นร่างกายหรืออุณหภูมิ⁽¹⁰⁾ การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด เป็นการนำยางยืดมาใช้เป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ซึ่ง ยางยืดจะมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับหรือมีแรงดึงกลับจากการถูกดึงให้ยืดออกทุกครั้ง เรียกว่า สเตรทซ์รีฟล็กซ์ (Stretch Reflex) ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวจะส่งผลต่อการช่วยกระตุ้นระบบประสาทส่วนที่รับรู้ความรู้สึกของ กล้ามเนื้อและข้อต่อให้มีปฏิกิริยาการรับรู้และตอบสนองต่อแรงดึงของยางที่กำลังถูกยืด ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการพัฒนา และบำบัดรักษาระบบการทำงานของประสาทกล้ามเนื้อ โดยการกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายหรือการบริหารร่างกายควรคำนึงถึงหลักการที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มกล้ามเนื้อหลักที่ต้องการบริหาร ท่าการบริหาร การหายใจ การจัดตำแหน่งเริ่มต้นของการเคลื่อนไหว ความถี่ในการฝึก และจังหวะความเร็ว ในการออกแรงดึง เป็นต้น ซึ่งสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จึงจะเกิดผลที่ดี การศึกษาในครั้งนี้จึงได้คัดเลือกการบริหารร่างกายที่จะส่งผลต่อกล้ามเนื้อที่ต้องการศึกษา คือ กลุ่มกล้ามเนื้อหลัง

และไหล่ จากทำการบริหารร่างกายของเจริญ กระบวนรัตน์ (2550)⁽¹¹⁾ สำหรับใช้ในการบริหารร่างกายเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบนของพนักงาน สอดคล้องกับจุรงค์ ทองดาราและคณะ (2557)⁽¹²⁾ ผลของการบริหารร่างกายโดยใช้ยางยืดเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบน ในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษา พบว่า 1) ก่อนการทดลองระดับความอ่อนตัวของ กล้ามเนื้อของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน 2) ระดับความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกาย ส่วนบนของพนักงานก่อนและหลังการบริหารร่างกายเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์ (2561)⁽¹³⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของการนวดไทยร่วมกับการทำท่าบริหาร ฤๅษีคัดคนเพื่อบรรเทาอาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดเข่าเท่ากับ 5.80 ± 2.24 และ 5.60 ± 2.11 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดเข่า 2.10 ± 1.98 ลดลงจากก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (5.50 ± 2.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนตามคำแนะนำทางการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป: การนวดไทยร่วมกับการทำท่าบริหารฤๅษีคัดคน สามารถลดอาการปวดได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาอาการปวดของผู้ป่วย และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณิสา ชายเกลี้ยง และคณะ (2559)⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับปรุงการทำงานตามหลักการยศาสตร์ในพนักงานศูนย์บริการข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมฯ สามารถทำให้ทั้งคะแนนและระดับของ CMDQ, ROSA และความถี่ของการปวดคอไหล่ หลัง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ พนักงานส่วนใหญ่มีระดับ CMDQ ลดลง จากสูงสุดที่ระดับมากเป็นระดับปานกลาง และผู้ไม่มีอาการมีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวนพนักงานที่อยู่ในระดับความเสี่ยงทางกรยศาสตร์ (ROSA) สูงมีจำนวนลดลง จากร้อยละ 53.8 เป็นร้อยละ 23.9 และที่ระดับความเสี่ยงต่อการปวดคอ

ไหล่ หลัง ในระดับปานกลางและระดับสูง มีจำนวนพนักงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสรุป: โปรแกรมฯ นี้มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการปวดคอ ไหล่ หลังในพนักงานศูนย์บริการข้อมูลได้ดังนั้นหน่วยงานควรใช้หลักการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพร่วมกับการอบรมให้ความรู้ทางกายศาสตร์การทำงานกับคอมพิวเตอร์ให้กับพนักงานในการเฝ้าระวังปัญหาการปวดคอ ไหล่ หลัง และสอดคล้องกับ จารุพร ดวงศรี ได้ศึกษาผลของการปรับปรุงความสูงของสถานีงานเพื่อลดความเสี่ยงของหลังส่วนล่าง ในผู้ประกอบการอาชีพหัตถกรรมจากไม้เก่า ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยพบว่า (1) คะแนนท่าทางการทำงานของลำตัว ในขั้นตอนตัดไม้ ขัดไสไม้ และตกแต่งไม้ คะแนน RULA ในส่วนของลำตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.026 0.020 และ 0.041 ตามลำดับ (2) ระดับของอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.027 0.026 และ 0.041 ตามลำดับ (3) สมรรถภาพกายแรงเหยียดหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P-value เท่ากับ 0.020 0.014 และ 0.046 ตามลำดับ โดยสามารถปรับปรุงท่าทางการทำงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ลดการก้มหลังในการทำงาน เพิ่มระดับแรงเหยียดหลังและลดระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง

แนวทางที่ได้จากการประยุกต์ใช้หลักกายศาสตร์ในการออกแบบสถานีการปฏิบัติงาน ท่าทางในการทำงาน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาลำบากเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน จากการดำเนินการประยุกต์ใช้หลักกายศาสตร์ในการออกแบบสถานีการปฏิบัติงาน ท่าทางในการทำงาน ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดในการแก้ไขปัญหาลำบากเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน ของพนักงานแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งในส่วน of พนักงานคลังสินค้า และพนักงานในสำนักงาน ทำให้ได้แนวทางในการป้องกันปัญหาบาดเจ็บจากโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดเนื่องจากการทำงาน และมีการจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย โดยจัดสถานที่สำหรับการออกกำลังกายให้แก่พนักงาน โดยการจัดให้มีกิจกรรมในการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับบริบท และเวลาในการทำงาน ส่งผลให้การทำงานของพนักงานมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้

ระดับอาการเจ็บปวดและระดับความรุนแรงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อหลังปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกายน้อยกว่าก่อนปรับปรุงสถานีงานและกิจกรรมการบริหารร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร นุตบุญเลิศ และคณะ (2560)⁽¹⁵⁾ ได้พัฒนาโมเดลการใช้การยศาสตร์ในการปฏิบัติงาน ของพนักงานในอุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าในภาคตะวันออก ผลการวิจัยพบว่า โมเดลการใช้การยศาสตร์ในการปฏิบัติงาน ของพนักงานในอุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าในภาคตะวันออก สามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การยศาสตร์ด้านกายภาพ การยศาสตร์ด้านการรับรู้ และการยศาสตร์ด้านการจัดการองค์กร ส่วนการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลการใช้การยศาสตร์ในการปฏิบัติงานของพนักงานในอุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าในภาคตะวันออก กับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับโมเดลการใช้การยศาสตร์ในการปฏิบัติงานของพนักงานในอุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าในภาคตะวันออก ในระดับค่อนข้างมาก นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้การยศาสตร์ในองค์กรด้านกายภาพด้านการรับรู้ และด้านการจัดการองค์กร มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่จะนำทำการบริหารร่างกายต่างๆเช่นการใช้ยางยืด ทำบริหารป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดคอ ที่ปรากฏอยู่ในการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้ควรทำความเข้าใจในรายละเอียดเกี่ยวกับทำการบริหารร่างกายให้เกิดความเข้าใจ ก่อนการนำไปใช้จริงเพื่อให้ได้ผลที่ดีต่อกล้ามเนื้อและควรคำนึงถึงปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย รูปร่างบุคคล ระยะเวลาการฝึก การอบอุ่นร่างกาย/อุณหภูมิ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการบริหารร่างกายในแต่ละสัปดาห์เป็นต้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตัวผู้ฝึก

2. การปรับลักษณะงาน การประยุกต์ใช้หลักกายศาสตร์ในการออกแบบสถานีการปฏิบัติงาน และท่าทางในการทำงานควรคำนึงถึงงบประมาณ ต้นทุน ความพร้อมของสถานประกอบการและความร่วมมือของพนักงาน

3. ควรเน้นการฝึกอบรมให้กับผู้บริหารและพนักงานของสถานประกอบการ เพื่อสร้างความตระหนักและความ

ร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน การใช้ท่าทาง ที่ถูกต้อง และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. การวิจัยติดตามผลพนักงานในระยะยาวและการ พัฒนาความก้าวหน้า ความเข้มข้นของโปรแกรมการฝึก อุปกรณ์ รูปแบบการบริหารร่างกายประเภทอื่น ที่แตกต่างกัน
2. การนำกระบวนการวิจัยนี้ไปประยุกต์เพื่อดำเนินการ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสถานประกอบการลักษณะ แตกต่างกันเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มีการศึกษาเฉพาะใน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสถานประกอบการที่มีลักษณะงานใน

คลังสินค้าซึ่งจะเป็นการก้ม เอี้ยวตัวยกสินค้าและพนักงาน สำนักงานซึ่งเป็นลักษณะงานนั่งใช้คอมพิวเตอร์เท่านั้น

3. ในการดำเนินการวิจัยควรให้ความสำคัญกับการมี ส่วนร่วม และความยินยอมจากผู้บริหารของสถาน ประกอบการและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กระบวนการวิจัย สามารถดำเนินการไปได้ตามแผนหรือรูปแบบที่กำหนดไว้

4. การดำเนินโครงการสถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย ใจเป็นสุขเพื่อเฝ้าระวังและตรวจปัญหาสุขภาพ พนักงานในสถานประกอบการ ควรจะมีการสนับสนุนการจัด อบรมให้ความรู้กับสถานประกอบการและมีการตรวจ ประเมินเชิงรุกอย่างสม่ำเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้น สำหรับหน่วยงานบริการสาธารณสุข. แพ้: ห้างหุ้นส่วน จำกัดเมืองแพร่การพิมพ์. 2553.
2. พรศทองสุข พ, ดันติโกศล ช, ศิริรัตนพุกษ์ ส, เข็มจรัสสร้างมี ว, กองมล ช. โรคและการบาดเจ็บจากการประกอบ อาชีพ. แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข. 1 ed. แพ้: หจก เมืองแพร่การพิมพ์; 2553.
3. มาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ฉบับเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. เบญจวิ้ง, editor. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประกันสังคม; 2550. 422 p.
4. สติธร เทพตระการพร. การยศาสตร์อาชีพอนามัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2556.
5. สำนักความปลอดภัยแรงงาน. ความสำคัญของการยศาสตร์ 2558. URL: http://www.oshthai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=52:-m-m- s&catid=10:ergonomics&Itemid=201
6. จารุพร ดวงศรี.ผลของการปรับปรุงความสูงของสถานีงานเพื่อลดความเสี่ยงของหลังส่วนล่าง ในผู้ประกอบ อาชีพ หัตถกรรมจากไม้เก่า ตำบลไพศาล อำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.2559.
7. Sonne M, Villalta DL, &Andrews DM. Development and evaluation of an office ergonomic risk checklist: ROSA: Rapid office strain assessment. Appl Ergon, 43, 98-108. 2012.
8. วีระชัย มัญญารักษ์ และคณะ. “การศึกษาทางการยศาสตร์เพื่อปรับปรุงการทำงานในกระบวนการผลิต น้ำตาลโตนด กรณีศึกษา: กลุ่มแม่บ้านตำบลสนามชัย อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา,” วารสาร วิศวกรรมศาสตร์ ราชมงคลชัยบุรี. 10, 1 (มกราคม – มิถุนายน): 49-58. 2555.
9. ชีระศักดิ์ อาภาวัฒนาสกุล. หลักสูตรวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.
10. ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และกันยา ปาละวิวัฒน์. สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ:ธรรมมการพิมพ์.2536.
11. เจริญ กระบวนรัตน์. ยืดชีวิตมิตรภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550.

12. จตุรงค์ ทองคาราและคณะ. ผลของการบริหารร่างกายโดยใช้ยางยืดเพื่อพัฒนาความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อร่างกายส่วนบนในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม วารสารบทคัดย่อ กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติ และนานาชาติ ครั้งที่ 6 (2557: 101-113)
13. กิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์. “ประสิทธิผลของการนวดไทยร่วมกับการทำท่าบริหารฤๅษีคัดคนเพื่อบรรเทา อาการปวดของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลนาขึ่ง อำเภอมะนัง จังหวัดเพชรบุรี,” ศรีนครินทร์เวช สาร. 33,4 (กรกฎาคม - สิงหาคม): 339-345. 2561.
14. สุนิสา ชายเกลี้ยง และคณะ. “ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับปรุงตามหลักการยศาสตร์ในพนักงาน ศูนย์บริการข้อมูล,” ศรีนครินทร์เวชสาร. 31, 5 (กันยายน - ตุลาคม): 325-331. 2559.
15. ดวงพร นุตบุญเลิศ และคณะ. “การใช้การยศาสตร์ในการปฏิบัติงานของพนักงานในอุตสาหกรรมผลิต เครื่องใช้ไฟฟ้าในภาคตะวันออก,” สุทธิปริทัศน์. 31, 100 (ตุลาคม – ธันวาคม): 13-25. 2560.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกลางโรงพยาบาลศรีสะเกษ

Development of continuous care and physical therapy model for caregivers of Intermediate stroke patients, Sisaket Hospital

ครูตา มีธรรม¹

Truta Meetham¹

บทคัดย่อ

การวิจัยการพัฒนาารูปแบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ และบริบทการให้บริการและการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง นำไปสู่การกำหนดรูปแบบและพัฒนาารูปแบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 รอบ คือ รอบที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็น ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) ที่อยู่ใน เดือน ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2560 จำนวน 59 ราย รอบที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็น ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) เดือน กันยายน 2561 – พฤศจิกายน 2561 จำนวน 58 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index of Activities of Daily Living) 2) แบบประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) 3) แบบประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 4) แบบประเมินการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 5) แบบติดตามการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง 6) แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เกี่ยวกับ Mobility & Transfer การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดย Content analysis และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ Dependent t – test , F – test ในกลุ่ม Repeated Measurement

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางโรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า 1) การประเมิน Mobility & Transfer อยู่ในระดับ Independent ได้แก่ Bed mobility , Side lying to sitting ร้อยละ 100 Sitting Balance , Sitting to standing , Standing Balance, Standing to walking ร้อยละ 84.5 และ Step up Balance ร้อยละ 77.6 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) คือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) Transfer (อุ้มจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ตามลำดับ 3) ความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อยู่ในระดับ มากที่สุด 4) ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อยู่ในระดับ มากที่สุด 5) การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด 6) การเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ระหว่าง ก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การพัฒนาารูปแบบ , การทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่อง , ผู้ดูแล , ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ABSTRACT

Development of continuous care and physical therapy model for caregivers of Intermediate stroke patients, Sisaket Hospital research was Research and development. Investigated to studied situation and context of Stroke Patients Physical Therapy service toward formulation

¹ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

and Development of continuous care and Physical Therapy Program Model For Stroke Patients Intermediate caregivers Sisaket Hospital. Sample size were 2 cycles namely cycle 1 were 59 caregivers of Patients Intermediate between October 2017 – December 2017. Cycle 2 were 58 caregivers of Patients Intermediate between September 2018 – November 2018. Data were collected by 1) Evaluation form of Barthel Index of Activities of Daily Living. 2) Comprehension evaluation form of caregivers of Patients Intermediate to Barthel Index of Activities of Daily Living practice. 3) Comprehension evaluation form of Physical Therapy practice for patients Intermediate caregivers. 4) Practice evaluation form of Physical Therapy for patients Intermediate caregivers. 5) Physical therapy practice tracking model for patients Intermediate relatives / caregivers. 6) Practice evaluation form of patients Intermediate about Mobility & Transfer. Data were analyzed by qualitative was Content analysis and Quantitative were Descriptive Statistic namely Frequency , Percentage , Mean and Standard Deviation. Inferential Statistics were Dependent t – test , F – test by Repeated Measurement.

Result : After Development of continuous care and Physical Therapy Program Model For Stroke Patients Intermediate caregivers Sisaket Hospital when follow up 6th month finding 1) Mobility & Transfer evaluation were Independent namely Bed mobility , Side lying to sitting 100% Sitting Balance, Sitting to standing , Standing Balance standing, Standing to walking 84.5% and Step up Balance 77.6%. 2) Problem of Barthel Index of Activities of Daily Living were Bathing , Stairs, Mobility respectively. 3) Comprehension evaluation form of caregivers of Patients Intermediate to Barthel Index of Activities of Daily Living practice were very much. 4) Practice evaluation form of Physical Therapy for patients Intermediate caregivers were very much. 5) Physical therapy practice tracking model for patients Intermediate caregivers were Most suitable. 6) Comparison of Comprehension evaluation form of caregivers of Patients Intermediate to Barthel Index of Activities of Daily Living practice , Practice evaluation form of Physical Therapy for patients Intermediate caregivers, Physical therapy practice tracking model for patients Intermediate caregivers between before Discharge , First month in Rehabilitation and physical therapy examination rooms , follow up 1th month , follow up 3th month and follow up 6th month had significant difference at .05 level

Keyword : model development , continuous physical therapy , caregivers , patients Intermediate

บทนำ

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง(Intermediate Care) ในปัจจุบันเป็นการดำเนินงานตามนโยบาย Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่และความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป การส่งต่อให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในชุมชนหรือครอบครัวเพื่อให้บริการกันเองแทนนักวิชาชีพ ในการส่งเสริมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้น ญาติผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย มีความสำคัญในการที่จะทำให้ทราบว่าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แต่การประเมินความสามารถญาติผู้ดูแลแต่เพียงด้านเดียวนั้นอาจทำให้ไม่

สามารถทราบได้ว่าจริง ๆ แล้วผู้ดูแลจะสามารถทำได้จริงหรือไม่เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยเฉพาะหากมีการวัดหลังจากการสิ้นสุดโปรแกรมโดยทันทีและไม่ได้มีการติดตามประเมินในระยะยาว หากญาติผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผลกระทบก็จะเกิดกับตัวของผู้ป่วย จร วิชชาติและคณะ (2552)⁽¹⁾ พบว่าแผนการดูแลต่อของโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 70 นัดผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 30 ส่งต่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและร้อยละ 20 มีแผนไปให้บริการที่บ้านในชุมชน แต่พบว่าร้อยละ 64 ของผู้ป่วยรายงานว่า ได้รับการทำกายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยกว่าครึ่งเป็นการทำกายภาพบำบัดโดยญาติไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน และร้อยละ 13 มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการถึงบ้านและยังพบปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย การขาดการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาของ สิริ นานา นิภาพรและคณะ (2556)⁽²⁾ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำ

กายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดขณะนอนรักษาตัวนั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณต้องทำกายภาพบำบัด เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแนะนำให้ไปทำกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลหลักของตน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้ไป เนื่องจากปัญหาหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางไปทำกายภาพบำบัด ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลพาไปทำ และไม่สะดวกที่จะเดินทางไปทำเนื่องจากร่างกายอ่อนแรง ซึ่ง รพ.ศรีสะเกษก็พบปัญหาความต่อเนื่องในการมารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพดังกล่าว แต่ยังไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบโปรแกรมกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลศรีสะเกษขึ้น โดยมีโปรแกรมการให้ความรู้ สอนทักษะ ฝึกปฏิบัติการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล ตั้งแต่เป็นผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ติดตามประเมินผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ที่นัดมาคลินิกโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอก ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการเผชิญปัญหาต่างๆ เมื่ออยู่ที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังสามารถประเมินผลลัพธ์ได้ว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้มากน้อยเพียงไร เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาหรือไม่ ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นระยะเวลาที่สำคัญของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงเป็นอันดับหนึ่งในประชากรหญิง และเป็นอันดับสองในประชากรชาย ทั้งนี้ยังพบว่า ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ (Sedentary lifestyle) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด

โรคดังกล่าว แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ยังมีไม่มากนัก จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จำนวนรวม 25 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งสิ้น 4,499 ราย พบว่าได้รับบริการฟื้นฟู 1,930 ราย (คิดเป็นร้อยละ 43) จากข้อมูล รพ.ศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2559-2561 พบว่า อัตราการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะนอนรักษาตัวใน รพ.ศรีสะเกษ ร้อยละ 47.67, 80.12 และ 82.56 ตามลำดับ ซึ่งการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเนื่องจาก รพ.ศรีสะเกษมีแพทย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมองที่มีระบบ stroke fast tract ที่มีประสิทธิภาพสูง มีตึกผู้ป่วยในและคลินิกผู้ป่วยนอกเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีคะแนน ADL น้อยกว่า 12 อยู่ในระดับพึ่งพา ร้อยละ 54.37, 21.02 และ 30.62 ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะข้อติด ไหล่เคลื่อนหลุด แผลกดทับ ร้อยละ 24.16, 10.33 และ 9.25 ตามลำดับในแต่ละปี

สภาวะปัจจุบัน สถานพยาบาลของรัฐที่มีอยู่สามารถรองรับได้แต่ผู้ป่วยด้วยโรคเฉียบพลันเท่านั้น ยังไม่มีสถานดูแลผู้ป่วยแบบเรื้อรังให้กับประชาชน ขณะเดียวกันนโยบายทางด้านสาธารณสุขและสังคม ได้มีการส่งเสริมให้มีการดูแลในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดการย้ายเข้ามาอยู่ในสถานพยาบาล และยังช่วยลดต้นทุนในการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องอยู่ในสภาพพึ่งพา ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือช่วยการกิจวัตรประจำวันให้ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลโดยคนในครอบครัว แต่การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านนั้น เป็นงานที่หนักมาก มีผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และฐานะทางการเงินของผู้ดูแล จนผู้ดูแลอาจกลายเป็นผู้ป่วยด้วย โดยที่ผู้อื่นอาจมองไม่เห็นหรือเรียกว่า ผู้ป่วยแฝง (hidden patient) จากการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 1980 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 ดูแลโดยคนใน

ครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งต้องให้การดูแลอยู่ตลอดเวลา⁽³⁾

การดูแล (caregiving) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจ ตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิค ต่างๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ละระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ⁽⁴⁾ เราสามารถแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal caregiver/carers) และ 2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver/carers) โดยผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนคือ ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (Family caregiver/carers) คือ ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นผู้ดูแลไม่เป็นทางการที่พบบ่อยในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้ อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกบางคนดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน บางคนดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย บางคนดูแลเรื่องการพาไปพบแพทย์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกหรือความคล่องตัว ในการติดต่อประสานงาน เป็นต้น

โรงพยาบาลศรีสะเกษยังมีข้อจำกัดในด้านการติดตามผลลัพธ์การฟื้นฟูที่ชัดเจนในรูปแบบบริการต่างๆ จากหลายการศึกษา ได้แก่ วนา มุลฐีและคณะ(2559) ⁽⁵⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ปิยนุช ภิญโยและคณะ (2558) ⁽⁶⁾ วิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปราณี เกษรสันต์ (2557) ⁽⁷⁾ ศึกษาแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรหลังการจำหน่าย 1 เดือน จากการวิจัยทั้งหมดพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองโดยการมีส่วนร่วมและพัฒนาทักษะผู้ดูแลและมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชนมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากความสำคัญดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการทำการกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลและการทำการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและการทำการกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลและการทำการกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบๆละ 10 เดือน แบ่งเป็น รอบที่ 1 ระหว่าง ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561 (โดยรับผู้ป่วย ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2560) รอบที่ 2 ระหว่าง กันยายน 2561 – มิถุนายน 2562 (โดยรับผู้ป่วย กันยายน 2561 – พฤศจิกายน 2561) โดยในแต่ละรอบ แบ่งเป็น 3 ระยะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร หมายถึง ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น รอบที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) ที่อยู่ใน เดือน ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2560 จำนวน 59 ราย รอบที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) เดือน กันยายน 2561 – พฤศจิกายน 2561 จำนวน 58 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย(Barthel Index of Activities of Daily Living) ฉบับภาษาไทยประยุกต์ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย 10 หัวข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนน

1.2 แบบประเมินความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Barthel Index of Activities of Daily Living) ของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเป็นแบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Try –out กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

1.3 แบบประเมินความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นแบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .92 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Try –out กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	เท่ากับ 5 คะแนน
มาก	เท่ากับ 4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ 1 คะแนน
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ ⁽⁸⁾	

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

1.4 แบบประเมินการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เป็นการประเมินว่า ทำได้ หรือทำไม่ได้

1.5 แบบติดตามการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเป็นแบบ Rating scale ของ Likert 5 ระดับ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .90 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Try –out กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ทำทุกครั้ง	เท่ากับ 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
นานๆครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่ทำเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁽⁸⁾

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	การดูแลอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด
3.41 – 4.20	การดูแลอยู่ในระดับเหมาะสม
2.61 – 3.40	การดูแลอยู่ในระดับพอใช้
1.81 – 2.60	การดูแลอยู่ในระดับต้องปรับปรุงแก้ไข
1.00 - 1.80	ไม่ได้ดูแลเลย

1.6 แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง เกี่ยวกับ Mobility & Transfer (เพิ่มเติมในรอบที่ 2 ระหว่าง กันยายน 2561 – มิถุนายน 2562) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

0	เท่ากับ	N/A
1	เท่ากับ	Max assist
2	เท่ากับ	Mod. assist
3	เท่ากับ	Mini. assist
4	เท่ากับ	Independent

2. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

2.1 รูปแบบการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลศรีสะเกษ

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

โดย รูปแบบการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่อง สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้วิจัยพัฒนาจากรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจะมุ่งเน้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยมีญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลและแผนการสอนเรื่องโปรแกรมกายภาพบำบัดสำหรับญาติผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เป็นสื่อ คู่มือ/ Power point / วิดีทัศน์ ประกอบการสอนสาริต ในห้องเรียนบนตึกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยโรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 012/2562

วิธีดำเนินงานวิจัย

มีขั้นตอนในการวิจัย ดังต่อไปนี้

รอบที่ 1 ระหว่าง ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561 (โดยรับผู้ป่วย ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2560) มีขั้นตอนในการศึกษา ทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และบริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยใน ศูนย์จำหน่ายผู้ป่วยและงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ มีทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง admit

ระยะที่ 2 ติดตามดูแลโดยการนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 การติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังระยะที่ 2 หรือนัดติดตามในกรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนที่ 1,3,6 เพื่อ ประเมินทักษะ ความถูกต้อง สอนสาธิตซ้ำโปรแกรมกายภาพบำบัดตามสภาพปัญหารายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปถอดบทเรียนเพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุงต่อไป

รอบที่ 2 ระหว่าง กันยายน 2561 – มิถุนายน 2562 (โดยรับผู้ป่วย กันยายน 2561 – พฤศจิกายน 2561) โดยในแต่ละรอบมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และบริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยใน ศูนย์จำหน่ายผู้ป่วยและงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ มีทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง admit

ระยะที่ 2 ติดตามดูแลโดยการนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 การติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังระยะที่ 2 หรือนัดติดตามในกรณีที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ในเดือนที่ 1,3,6 เพื่อ ประเมินทักษะ ความถูกต้อง สอนสาธิตซ้ำโปรแกรมกายภาพบำบัดตามสภาพปัญหารายบุคคล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ Dependent t – test , F – test ใน กลุ่ม Repeated Measurement โดยข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดย Content analysis จากการจัดกิจกรรม

ผลการวิจัย

รอบที่ 1 ระหว่าง ตุลาคม 2560 – กรกฎาคม 2561 (โดยรับผู้ป่วย ตุลาคม 2560 – ธันวาคม 2560)

1. สถานการณ์ การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง KPI ที่เป็นปัญหาได้รับการพัฒนา ได้แก่ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชม. อัตราผู้ป่วย SFT ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke (I630-I639) ที่ได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาทีหลังมาถึงร.พ. และร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) เพื่อการรักษาภายใน 48 ชม.

2. กำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ดังนี้

2.1 จัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง/เวรแปล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน

2.2 จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในโรงพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองโดยสหวิชาชีพ

2.3 จัดทำรูปแบบการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลศรีสะเกษ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางสำหรับผู้ดูแลและญาติผู้ดูแล

2.4 กำหนดแนวปฏิบัติให้มีการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ

2.5 กำหนดแนวทางการการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่บ้าน ให้ครอบคลุมระยะเวลาการดูแล การได้รับความรู้กายภาพบำบัด ความถี่

การทำกายภาพบำบัด ภาวะเจ็บปวดของร่างกาย การรักษาอย่างอื่นของผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ (เฉลี่ย) 62.81 ± 13.98 ปี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ครั้งแรก โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด อาการสำคัญแขนขาอ่อนแรง จำนวนผู้ดูแล/ญาติ ประมาณ 1 – 6 คน มากที่สุด 2 คน และ มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/หลาน

4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่าย ที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 3 และการติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 ที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ Bathing (การอาบน้ำ) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

5. ความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมอง และห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวมอยู่ในระดับมาก

6. ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง

7. การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายสามารถปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ได้ทุกกิจกรรม ที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และ

กายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย อยู่ในระดับพอใช้ การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม อยู่ในระดับเหมาะสม

8. การเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ระหว่าง ก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1, 3 และ 6 โดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รอบที่ 2 ระหว่าง กันยายน 2561 – มิถุนายน 2562 (โดยรับผู้ป่วย กันยายน 2561 – พฤศจิกายน 2561)

1. รูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ มีแนวทางดังนี้ 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันและแนวปฏิบัติเริ่มแรกในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน 2) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันและแนวปฏิบัติ Stroke Unit ระหว่าง admit 3) แนวทางการนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย 4) การติดตามผู้ดูแล/ญาติ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเดือนที่ 1,3 และ 6

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ(เฉลี่ย) 62.13 ± 14.71 ปี ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ครั้งแรก สาเหตุการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต จากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ร้อยละ 87.9 หลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 12.1 โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง อาการสำคัญ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง จำนวนผู้ดูแล/ญาติ ประมาณ 1 – 6 คน มากที่สุด 2 คน และ มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/หลาน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแรกรับ พบว่า Level of Consciousness อยู่ในระดับ Alert และมีภาวะแทรกซ้อน

ข้อคิดโดยเฉพาะข้อไหล่ ร้อยละ 24.1 ไหล่เคลื่อนไหวลด ร้อยละ 8.6

3. การประเมิน Mobility & Transfer ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการจำหน่าย ส่วนใหญ่พบว่า Bed mobility , Side lying to sitting , Sitting Balance , Sitting to standing , Standing Balance , Standing to walking และ Step up Balance อยู่ในระดับ dependent และเมื่อติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 พบว่าอยู่ในระดับ mini assist และ Independent

4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่าย ที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 3 และการติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 ที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ตามลำดับ

5. ความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 และ 3 อยู่ในระดับมาก และการติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 อยู่ในระดับ มากที่สุด

6. ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 และ 3 อยู่ใน

ระดับมาก และการติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 อยู่ในระดับมากที่สุด

7. การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายสามารถปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ได้ทุกกิจกรรม ที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย อยู่ในระดับพอใช้ การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 และ 3 อยู่ในระดับเหมาะสม และการติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด

8. การเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแลต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ระหว่าง ก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1, 3 และ 6 โดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. ผลการประเมินผลระดับคุณภาพชีวิต (EQ-5D-) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า ไม่มีปัญหาความสามารถในการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 32.8) ไม่มีปัญหาในการดูแลร่างกายด้วยตนเอง (ร้อยละ 39.7) ไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานหาเลี้ยงชีพ การเรียน การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมกับครอบครัว หรือการทำงานอดิเรก)(ร้อยละ 36.2) ไม่มีปัญหาเรื่องความเจ็บปวด/ความไม่สบาย(ร้อยละ 36.2)และไม่มีปัญหาเรื่องความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (ร้อยละ 37.9)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์การศึกษาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง KPI ที่เป็นปัญหาได้รับการพัฒนาจนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ได้แก่ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่ม

เลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชม. อัตราผู้ป่วย SFT ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke (I630-I639) ที่ได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที และร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด(Antiplatelet) เพื่อการรักษาภายใน 48 ชม. และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ(เฉลี่ย) 62.81 ± 13.98 ปี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ครั้งแรก สาเหตุการเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ร้อยละ 86.4 โรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง อาการสำคัญ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง จำนวนผู้ดูแล/ญาติ ประมาณ 1 – 6 คน มากที่สุด 2 คน และ มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/หลาน ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางแรกพบ พบว่า Level of Consciousness อยู่ในระดับ Alert ความตื่นตัว/กำลังกลืนเนื้อ อยู่ในระดับ Hypo และมีภาวะแทรกซ้อน ข้อติดโดยเฉพาะข้อไหล่ ร้อยละ 24.1 ไหล่เคลื่อนไหวลด ร้อยละ 8.6 สอดคล้องกับสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งได้แก่ 1) ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบประมาณร้อยละ 80-90 และ 2) โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เป็นโรคหลอดเลือดที่มีอาการรุนแรงมากที่สุด อัตราตายในระยะแรกสูงถึงร้อยละ 50-70 แต่ถ้าผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะแรกและรอดชีวิตมาได้เลือดที่ออกมาจะถูกดูดซึมไป การฟื้นฟูสภาพจะดีกว่า กลุ่มสมองขาดเลือด ในประเทศทางซีกโลกตะวันตก โรคหลอดเลือดสมองแตกพบค่อนข้างน้อยประมาณร้อยละ 10 แต่ในประเทศทางแถบตะวันออกจะพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคนี้สูงกว่าราว 2 เท่า⁽⁹⁾ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีปัญหาในทุกๆข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรกร ประนิล และคณะ (2558)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ มีปัญหาในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทีลดลง ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือทำกิจวัตรประจำวัน และพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ข้อติดโดยเฉพาะข้อไหล่ ไหล่เคลื่อนไหวลด ซึ่งถือเป็นความ

บทพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งในระยะนี้ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ อาการปวดไหล่และมีกระดูกเคลื่อนของข้อไหล่ glenohumeral ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะเสี่ยงต่อการกลับคืนมาทำหน้าที่สู่ปกติของแขน และยังทำให้มีความผิดปกติหลงเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์ (2545)⁽¹¹⁾ ซึ่งพบว่าภายหลังอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยภาวะไหล่หลุด (Shoulder Subluxation) มักมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกของลำตัว สำหรับการวินิจฉัย ภาวะนี้ใช้อาการและอาการแสดงทางคลินิกเป็นสำคัญ ยังไม่มีกฎเกณฑ์ในการวินิจฉัยการป้องกันในปัจจุบันยังไม่ทราบพยาธิกำเนิดของภาวะนี้จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ การป้องกัน จึงเป็นหัวใจสำคัญ โดยการหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนที่อาจเกิดจากการให้การรักษาที่ไม่ถูกต้อง การจับหรือประคองหรือดึงแขนข้างอ่อนแรงด้วยความไม่ระมัดระวังสามารถก่อให้เกิดการบาดเจ็บและอาการปวดได้ เพื่อให้การป้องกันมีประสิทธิภาพ ผู้ให้การรักษาคงควรมีความรู้ความเข้าใจ และเริ่มป้องกันภาวะนี้ทันทีหลังจากเกิดอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง หากทำภายหลังที่ผู้ป่วยมีอาการปวดแล้ว ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ผู้ป่วยจะมีความกังวลกับอาการปวด ไม่กล้าขยับ ทำให้เกิดภาวะข้อติดตามมาได้ แนวทางการป้องกันมีดังนี้ 1) การจัดท่าของแขนข้างอ่อนแรงอย่างถูกต้อง 2) การประคองแขนข้างอ่อนแรงอย่างถูกต้อง และ 3) การออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ทราบพยาธิกำเนิดที่แน่นอนจึงไม่มีการรักษาที่เฉพาะการป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทีมผู้รักษาคงควรมีความรู้ความเข้าใจอย่างดี ควรเน้นผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน เพื่อให้แขนข้างอ่อนแรงมีการฟื้นตัวของระบบประสาท ปราศจากภาวะแทรกซ้อนสามารถใช้แขนข้างอ่อนแรงช่วยในการประกอบกิจกรรมต่างๆเท่าที่ทำได้ ทั้งนี้เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่าย ลดภาระของผู้ดูแล และช่วยลดการใช้ทรัพยากร ของประเทศได้ในระยะยาว

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงใช้ กระบวนการกลุ่มในการพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ

ได้แก่ (Marram, 1978)⁽¹²⁾ ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกลดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase) ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีส่วนร่วมเพื่อการเปลี่ยนแปลง (The working phase location responsibility in members) ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase) โดยจัดให้มีพยาบาล/เจ้าหน้าที่คัดกรอง/เวรเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน ตามแนวทางของ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (2562)⁽¹³⁾ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2554)⁽¹⁴⁾ และได้จัดทำ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ในโรงพยาบาลตึกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองโดยสหวิชาชีพ^(13,14) จัดทำรูปแบบการทำการกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง (Intermediate Care) โรงพยาบาลศิริเกษ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางสำหรับผู้ดูแลและญาติผู้ดูแล กำหนดแนวปฏิบัติให้มีการวางแผนจำหน่ายโดยสหวิชาชีพ กำหนดแนวทางการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่บ้าน ให้ครอบคลุมระยะเวลาการดูแล การได้รับความรู้กายภาพบำบัด ความถี่การทำกายภาพบำบัด ภาวะเจ็บปวดของร่างกาย การรักษาอื่นของผู้ป่วย ตามแนวทางของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์ (Transitional Care Model, TCM) ซึ่งประกอบด้วย ระยะเริ่มแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (initial hospital) ระยะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (intern hospital visits) และ ระยะหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge visits)⁽¹⁵⁾ ทำให้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่าย ที่ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 3 และการติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 6 ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาลักษณ์ ณ รังษี (2002)⁽¹⁶⁾ การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า จากการศึกษา

สถานการณ์ ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ ผู้ป่วยได้รับการ ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมกับ สภาพปัญหาและความต้องการ องค์ความรู้ด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพที่แนะนำให้กับผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับ สภาพแวดล้อมที่แท้จริง คำแนะนำด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพบางอย่างขาดการคำนึงถึงอัตมโนทัศน์ของ ผู้ป่วย ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มงาน เวชกรรมฟื้นฟู ขาดระบบการนัดหมายเพื่อติดตามผล ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกเลยหลังจาก ออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากหลังการมาพบแพทย์ เพื่อติดตามการรักษา แพทย์มิได้ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาและรับ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และ บุคลากรกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูก็มิได้นัดหมายให้มารับ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอีก สอดคล้องกับ จเร วิชาไทยและ คณะ(2552)⁽¹⁾ พบว่าแผนการดูแลต่อของโรงพยาบาลที่ รักษาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายส่วนใหญ่ร้อยละ 70 นัดผู้ป่วยมา รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 30 ส่งต่อไปรับบริการ ที่โรงพยาบาลใกล้เคียงและร้อยละ 20 มีแผนไปให้บริการ ที่บ้านในชุมชน แต่พบว่าร้อยละ 64 ของผู้ป่วยรายงานว่า ได้รับการทำกายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกว่าครึ่งเป็นการทำกายภาพบำบัดโดยญาติ ไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้านและร้อยละ 13 มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการถึงบ้านและยังพบปัญหา อุปสรรคในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย การขาดการทำ กายภาพบำบัดต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาของ สิรินาฏ นิภาพรและคณะ (2556) ⁽²⁾ สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ เกียรติ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการ ทำ กายภาพบำบัดขณะนอนรักษาตัวนั้น พบว่า ผู้ป่วยส่วน ใหญ่รับรู้ว่าคุณต้องทำกายภาพบำบัด เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแนะนำให้ไปทำกายภาพบำบัด ในโรงพยาบาลหลักของตน แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้ไป เนื่องจากปัญหาหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ที่ใช้ในการเดินทางไปทำกายภาพบำบัด ไม่มีญาติหรือ ผู้ดูแลพาไปทำ และไม่สะดวกที่จะเดินทางไปทำเนื่องจาก

ร่างกายอ่อนแอ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความ ลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติมีความต้องการ การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่บ้าน

โดยทีมวิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาในรอบที่ 1 สถานการณ์ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุม ร่วมกับกลุ่มงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาปรับปรุงการให้บริการ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้สรุป เป็นรูปแบบใหม่ของการดำเนินงานรอบที่ 2 เพื่อพัฒนา ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ คือหน่วยงานในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาล ศรีสะเกษจะรับผิดชอบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกัน โดยจะให้ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทาง กายภาพบำบัดและวิธีการทางกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองที่ส่งปรึกษาทุกราย และก่อนออกจาก โรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการอบรม คู่มือคำแนะนำ โปรแกรมกายภาพบำบัดและฝึกปฏิบัติวิธีการฟื้นฟู สมรรถภาพที่จำเป็นและสำคัญ และนัดหมายผู้ป่วยให้มา รับ บริการ ฟื้นฟู สม ร uth ภา พ ต่อ เนื่อง ใน วัน ที่ แพทย์อายุรกรรมประสาทวิทยานัดมาติดตามผลการ บำบัดรักษาครั้งแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล และเมื่อ ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านซึ่งอยู่ในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ ของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ผู้ประสานงานของกลุ่มงาน เวชกรรมฟื้นฟูจะส่งข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยให้แก่ผู้ ประสานงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และผู้ป่วยจะได้รับ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านจากทีมแพทย์และ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่ ประจำในพื้นที่ และใช้ระบบการประสานข้อมูลเพื่อ ให้บริการของทั้งสองกลุ่มงานมีความเชื่อมโยง เพื่อช่วย แนะนำแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่าง แท้จริง ประกอบกับการทำความเข้าใจกับญาติ/ผู้ดูแล ต่อ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living) ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะกลาง จนส่งผลให้ก่อนการจำหน่าย และที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรม ฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย โดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง การติดตามเยี่ยมที่บ้านใน

เดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จินดา รัตนกุล และคณะ (2556)⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบใฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบใฝ่รู้ 2) ประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมฯ และ 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมฯ โดยประยุกต์ใช้หลักการเรียนรู้แบบใฝ่รู้และแนวคิดการสอนแนะของ Girvin 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาของผู้ดูแล 2) การวางแผนการจัดทำโปรแกรมฯ 3) การปฏิบัติตามโปรแกรมฯ และ 4) ประเมินผลโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลรายใหม่ 30 คน เลือกตามเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบใฝ่รู้ 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเครื่องมือทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเที่ยง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 5 กิจกรรม ได้ถูกต้องร้อยละ 100 3) ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 4.31, SD. = .19) และการสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับอังคณา พรประไพ (2558)⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดชัยภูมิ เป็นการศึกษาเชิง

ทดลอง วัดผลก่อนและหลัง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 52 คน ผู้ป่วยจะได้รับอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ 5 รายการ ได้แก่ ถุงทราย ชุดรอกบริหารไหล่ ลูกบอลบริหารมือ ยางยืดสำหรับออกกำลังกาย และเข็มขัดใช้ในการฝึกเดิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคลดลงจาก 9.44 คะแนน เป็น 1.62 คะแนน และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น จาก 35.67 คะแนน เป็น 94.31 คะแนน ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเดินได้เอง ส่งผลให้ การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายสามารถปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ได้ทุกกิจกรรม ที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย อยู่ในระดับพอใช้ การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม อยู่ในระดับเหมาะสม และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเข้าใจในการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง และการปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ระหว่าง ก่อนการจำหน่ายและที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟูและกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมที่บ้านในเดือนที่ 1 , 3 และ 6 โดยรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากการสร้างกระบวนการกลุ่ม⁽¹²⁾ ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้มิดิร่วมกัน วางแผนร่วมกัน ประสานงานกัน และทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ผลผลิตทั้งหลายทั้งปวงในโลกปัจจุบันนี้เป็นผลงานของกลุ่มคนแทบทั้งสิ้น กลุ่มจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานอย่างมาก โดยดำเนินการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยใน ศูนย์จำหน่ายผู้ป่วยและงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด จนสามารถสรุป แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอก จนถึงติดตามเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางของ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่ง
เจ็บป่วย (Intermediate Care) (2562)⁽¹³⁾ และสำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2554)⁽¹⁴⁾ และ
แนวทางการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์
(Transitional Care Model, TCM)⁽¹⁵⁾

แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ความเข้าใจ
กับญาติ/ผู้ดูแล ต่อการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily
Living) โดยรวม อยู่ในระดับมาก และความเข้าใจในการ
ปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยรวม อยู่ในระดับปาน
กลาง ส่วน การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โดยรวม อยู่ในระดับ
เหมาะสม ซึ่งยังไม่อยู่ในระดับที่สูงที่สุด ส่งผลให้ปัญหา
จากการทำความเข้าใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
(Barthel Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองระยะกลางยังมีปัญหาในทุกๆข้อและ
จากการเริ่มศึกษาในรอบที่ 2 พบมีภาวะแทรกซ้อน ข้อติด
โดยเฉพาะข้อไหล่ ไหล่เคลื่อนไหวหลุด สอดคล้องกับ
การศึกษาของ ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์ (2545)⁽¹¹⁾
จำเป็นต้องให้ความรู้ในการป้องกันซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อ
ผู้ป่วยในอนาคต⁽⁹⁾ ดังนั้นจึงได้ ทบทวนสถานการณ์
และบริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
กลาง โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้แก่
แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน ทีมผู้ป่วยใน ศูนย์
จำหน่ายผู้ป่วยและงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วย แพทย์
พยาบาล และนักกายภาพบำบัด สามารถสรุปแนวทาง
เพิ่มเติมจากการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยพบว่า มีการ
ประเมินผู้ป่วยที่ล่าช้า และไม่ครอบคลุม จึงต้องมีการ
เตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่และประสาน
วิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมประเมิน ตลอดจนการเตรียมความ
พร้อมและให้ความสำคัญของผู้ดูแล/ญาติในการดูแลผู้ป่วย
จากการศึกษาของ กราเมอร์ (Kramer ,1997)⁽¹⁹⁾ พบว่า
ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแลเนื่องจากความต้องการที่
จะให้การดูแล การได้รับรางวัล ความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้
ความหมายเพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ ได้ผลประโยชน์ และ

แม้ว่าการดูแลจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการดังที่ได้
กล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังเป็นโอกาสอันดีที่ผู้ดูแลและผู้ดูแล
ได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน มากขึ้น มีความปลาบปลื้มใจ
ที่เห็นลูกหลานแสดงการตอบแทนในการดูแล และเพิ่มการ
ประเมินภาวะแทรกซ้อน⁽²⁰⁾ การประเมิน Mobility &
Transfer ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)
ประกอบด้วย Feeding รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับ
ไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า Grooming ล้างหน้า หวีผม แปรง
ฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา
Transfer ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ Toilet
use ใช้ห้องน้ำ Mobility การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
Dressing การสวมใส่เสื้อผ้า Stairs การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
Bathing การอาบน้ำ Bowels การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน
ระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ Bladder การกลั้นปัสสาวะ
ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อนำไปเป็นข้อมูล
ประกอบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง
และได้ศึกษาในรอบที่ 2 ระหว่าง กันยายน 2561 –
มิถุนายน 2562 (โดยรับผู้ป่วย กันยายน 2561 – พฤศจิกายน
2561) ทำให้ความเข้าใจของผู้ดูแล ต่อการประเมิน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel
Index of Activities of Daily Living) และความเข้าใจใน
การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองระยะกลาง อยู่ในระดับ มากที่สุด และ
การปฏิบัติในการทำกายภาพบำบัดผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะกลางก่อนการจำหน่ายสามารถปฏิบัติใน
การทำกายภาพบำบัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะกลาง อยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด ส่วน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel
Index of Activities of Daily Living) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองระยะกลาง สามารถช่วยตัวเองได้มากกว่าร้อยละ
60 เป็นผลมาจากรูปแบบการทำกายภาพบำบัด
เหมาะสมโดยผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง รูปแบบการดูแลฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย
การคัดกรองเพื่อประเมินสภาพ และสนับสนุนให้เข้าถึง
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบระยะเวลา
6 เดือนหลังเกิดโรค หรือภาวะเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และบริบทการให้บริการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ขึ้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ขึ้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ มีทั้งหมด 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลตีกผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง admit ระยะที่ 2 ติดตามดูแลโดยการนัดผู้ป่วยและผู้ดูแลที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย ระยะที่ 3 การติดตามเยี่ยมที่บ้าน (เดือนที่ 1, 3 และ 6) และขึ้นตอนที่ 4 สรุปถอดบทเรียนเพื่อนำไปแก้ไขและปรับปรุงต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญาลักษณ์ ณ รังษี (2002) ⁽¹⁶⁾ พบว่า จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมกับสภาพปัญหาและความต้องการ องค์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่แนะนำให้กับผู้ป่วยไม่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่แท้จริง คำแนะนำด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพบางอย่างขาดการคำนึงถึงอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย ระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูขาดระบบการนัดหมายเพื่อติดตามผล ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกเลยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากหลังการมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา แพทย์มิได้ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาและรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู และบุคลากรกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูก็มิได้นัดหมายให้มารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอีก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความลำบากในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติมีความต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ทีมวิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากการประชุมร่วมกับกลุ่มงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาปรับปรุงการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้สรุปเป็นรูปแบบใหม่ของการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา มูลรัฐและคณะ(2559)⁽⁵⁾ ปิยนุช

กัญญาและคณะ(2558)⁽⁶⁾ ปราณี เกษรสันต์ (2557)⁽⁷⁾ จากการศึกษาทั้งหมดพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองโดยมีการมีส่วนร่วมและพัฒนาทักษะผู้ดูแลและมีการติดตามต่อเนื่องในชุมชนมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรภรณ์ สิริรัตนานนท์ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนและดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัย พบว่า 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนและมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนและมากกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

การพัฒนา รูปแบบ การดูแล และการ ทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นการพัฒนารูปแบบโดยสรุปดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์ และบริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง ได้แก่ พยาธิสภาพของผู้ป่วย สถานการณ์ของผู้ป่วย ความเข้าใจต่อแนวทางการดูแลของญาติ/ผู้ดูแล และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบท
2. การกำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ควรกำหนดกิจกรรมตั้งแต่ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ ก่อนการจำหน่าย การนัดที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองและห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู และกายภาพบำบัดในระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย และการติดตามในเดือนที่ 1, 2 และ เดือนที่ 6
3. การกำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ควร

เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโรงพยาบาล ศิริสะเกษ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน เด็กผู้ป่วยใน ศูนย์จำหน่ายผู้ป่วยและงานกายภาพบำบัด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นอย่างรอบด้าน

4. การฝึกปฏิบัติควรจัดให้มีการปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่และญาติ โดยทำให้เกิดความเข้าใจในคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแล และพัฒนาสื่อ / Power point / วิดิทัศน์ ประกอบการสอนให้เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วย

5. การติดตามวัดและประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติ ควรประเมินความเข้าใจของญาติ/ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดด้วยเพื่อเป็นข้อมูลประกอบที่รอบด้านในการประเมินผลเพื่อความปลอดภัยและถูกต้องตามแนวทางที่วางไว้

6. รูปแบบการดูแลและการทำกายภาพบำบัดแบบต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศิริสะเกษ สามารถสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ และบริบทการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง					
ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง โรงพยาบาลศิริสะเกษ					
ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการตามรูปแบบ					
ประเมินแรกรับ	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3 (ติดตามเยี่ยมบ้าน/นัดติดตามที่ รพ.)		
	ระหว่างAdmit	นัดที่คลินิก 1 เดือน	ครั้งที่ 1 1 เดือน	ครั้งที่ 2 3 เดือน	ครั้งที่ 3 6 เดือน
ขั้นตอนที่ 4 สรุปถอดบทเรียน แก้ไขปรับปรุงรูปแบบ					

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาบทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพที่เหมาะสมโดยละเอียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ควรศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครของกระทรวงสาธารณสุข (Care giver) ที่เหมาะสมโดยละเอียดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ศึกษาปัญหาภาวะแทรกซ้อนข้อไหล่ติด ไหล่เคลื่อนหลุดและแนวทางการพัฒนางานกายภาพบำบัดใน

การป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะแทรกซ้อนข้อไหล่ติด ไหล่เคลื่อนหลุดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ศึกษาสภาพปัญหา อุปสรรค การเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ดูแลและผู้พิการเชิงลึก และสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่น อุปกรณ์เครื่องช่วยที่เหมาะสม การดัดแปลงอุปกรณ์วัสดุ ในท้องถิ่น การจดทะเบียนผู้พิการ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรวิทย์ และคณะ . โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. รายงานฉบับสมบูรณ์ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้รับสนับสนุนทุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2552.
2. สิริวิภา นิภาพรและคณะ. การประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน :กรณีศึกษาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. รายงานการศึกษา เสนอโดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2556

3. ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์, วิไลวรรณ ทองเจริญ. ผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม : กรณีศึกษา. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ปีที่ : 5 ฉบับที่ : 1 เลขหน้า : 43-48 ปีพ.ศ. : 2547
4. Robert L. Kane, Rosalie A. Kane. Assessing Older Persons: Measures, Meaning, and Practical Applications. Oxford University Press; 1st edition (September 15, 2000)
5. วาสนา มุลธิ, สุปริศา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และ สิริรัตน์ ถิลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล 31: 95-98. 2559
6. ปิยนุช ภิญโญ, กิตติภูมิ ภิญโญ, เพชรไสว ลีมตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน, และคณะ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยความร่วมมือของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 35: 93-95. 2558.
7. ประณี เกสรสันดี. รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาเมรุมาศ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557 .
8. Best, J. W. & Kahn, J. V. Research in Education. 7th ed. Boston : Allyn & Bacon. 1993.
9. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์ การนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันส่งโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557
10. วัชรกร ประนิล, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, วิไลวรรณ พันธุ์พุกภัย และสมศักดิ์ เทียมเก่า. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ : 38 ฉบับที่ : 3 เลขหน้า : 86-98 ปีพ.ศ. : 2558
11. ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์. Common problems of upper extremity in stroke patients. เวชศาสตร์ฟื้นฟูการ. 2545 12(2) 44-62
12. จุฬารัตน์ โสตะ. กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2546.\
13. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate Careสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan). บริษัท บอห์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด. 2562
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ THE SUN GROUP 2554
15. Naylor M., Brtton D., Campbell R., Maislin G., Mccauley K., Schwartz J. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. JAGS 52: 675-84. 2004
16. กัญญาลักษณ์ ณ รังษี. การพัฒนาระบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2002.
17. จินดา รัตนกุล, วัชรกร บุญรักษ์, ประไพ บุญย์เจริญเลิศ. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบใฝ่รู้ของผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารกองการพยาบาล ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2556
19. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
18. อังคณา พรประไพ. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 24(5) กันยายน - ตุลาคม 2558
20. วรณัน ประสารอริคม. แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Concept of home care) URL: <https://med.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน.pdf> สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2561

ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

Effect of community participation process development to elderly health care in Tambon Wiang

Health Promotion Hospital Trakan Phuet Phon District Ubon Ratchathani province.

ศิวาภรณ์ เงินราง¹

Siwaporn ngoernrang

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาเรื่อง ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2559 – 2561 โดยแบ่งเป็น ปี 2559 จำนวน 195 คน ปี 2560 จำนวน 207 คน และปี 2561 จำนวน 231 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และ Barthel Activities of Daily Living : ADL วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test และ F – test ในกลุ่ม Repeated measurement

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และปัญหาสุขภาพ ได้แก่ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และ Stairs และปัญหาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะ(เล็ด) ปัญหาการนอน ขี้เข้าน้ำ และ ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 - 2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม โดยที่ ในปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มากที่สุด 2) พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ดื่ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน ปี 2561 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสม ยกเว้น Smart Eat อยู่ในระดับ เหมาะสมมาก และ ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในปี 2561 อยู่ในระดับมาก ทุกบทบาท ยกเว้นนักกายภาพบำบัดและผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปี 2561 ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) เมื่อขยายผลไปตำบลอื่น ทำให้มีตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ปี 2561 ทั้งหมดครบ 23 แห่ง

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ และกระบวนการมีส่วนร่วม

ABSTRACT

Effect of community participation process development to elderly health care in Tambon Wiang Health Promotion Hospital Trakan Phuet Phon District Ubon Ratchathani province. The objective is to studied community context, elderly health status, community participation process development and studied effect of community participation process development to elderly health care in Tambon Wiang Health Promotion Hospital Trakan Phuet Phon District Ubon Ratchathani province. Sample size were elderly in Tambon Wiang Health Promotion Hospital Trakan Phuet Phon District Ubon Ratchathani province between year 2016 – 2018 divided into year 2016 about 195 people , year 2017 about 207 people and year 2018 about 231 people. Data were collected by questionnaire and evaluation from of ADL. Data were

¹ ศิวาภรณ์ เงินรางตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอดงหลวง(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)

analyzed by descriptive statistics such as Frequency, Percentage, Standard deviation. Inferential statistic such as Dependent t-test and F – test by Repeated measurement.

The study indicated that: 1) Health problem of Barthel Activities of Daily Living : ADL were Transfer Mobility and Stairs. Health problems of the elderly such as diabetes, high blood pressure, Had at least 20 teeth in use, or have 4 back teeth, depression, dementia, fall, urinary incontinence (stress), sleep problems, knee osteoarthritis and body mass index (nutritional status). And when compare mean of Barthel Activities of Daily Living : ADL of home bound elderly and social bound elderly between year 2016 – 2018 finding had difference statistical significance at .05 level both groups by year 2018 were mean of Barthel Activities of Daily Living : ADL highest. 2) Total and each aspect practice behavior "Smart Walk, Smart Brain & Emotional, Smart Sleep, Smart Eat " or 4 Smart of home bound elderly and social bound elderly were appropriate level except Smart Eat was much appropriate level and better than year 2017 had statistical significance at .05 level 3) Participation level of elderly health care by stakeholder role in 2018 were much level every role except Physical therapists and community leaders were middle level. And when compare mean of Participation level of elderly health care by stakeholder role finding year 2018 better than year 2017 had statistical significance at .05 level 4) When extension to all sub district could made Tambol Long Term Care in year 2018 all 23 tambol.

Keyword : elderly and Participation development

บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทย และทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายาม และมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจ และพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 10.4) ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้พยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 14.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾

ผลจากการเปลี่ยนแปลงไปทางสังคมที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีปัญหาที่เกิดขึ้นและพบบ่อย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านร่างกาย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุ มีกำลังสำรองลดลง ระบบต่างๆของร่างกาย ประสิทธิภาพลดลง สายตาเปลี่ยน ความกระฉับกระเฉงลดลง สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ความไวของการทำงานระบบประสาทลดลง^(2,3) โดยสามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มคิดสังคม) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มคิดบ้าน) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มคิดเตียง)⁽⁴⁾

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะผู้สูงอายุส่วนมากนอกจากจะมีความเสื่อมของร่างกายตามวัยแล้ว ยังอาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมายที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเผชิญ ทั้งเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายรับไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น บางรายเกิดการคับข้องใจในตนเอง จนก่อให้เกิดความขัดแย้งกับลูกหลานหรือคนใกล้ชิด สะสมนานวันเข้าก็จะเป็นที่มาของความเครียด โรคซึมเศร้า และการไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิตในที่สุด ดังนั้น การที่เราจะช่วยให้ผู้สูงอายุมี

ความสุขได้นั้น สิ่งแรกที่พึงปฏิบัติคือ ทั้งผู้สูงอายุและตัวลูกหลานจะต้องปรับตัว โดยผู้สูงอายุเองต้องเริ่มจากการปรับใจของตนเองให้ได้ ด้วยการเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งของตนเองและสิ่งใหม่ๆ และยอมรับความคิดเห็นของลูกหลานและคนอื่นให้มากขึ้น ไม่เก็บตัวหรือแยกตัวเองออกจากครอบครัวหรือสังคม ส่วนตัวของลูกหลานเองก็ต้องพยายามเข้าหาผู้สูงอายุให้มากขึ้น ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เพื่อนฝูง ชุมชน หรือสังคม มีความยืดหยุ่นในเรื่องต่างๆ ให้คิดอยู่เสมอว่าทำอะไรจึงจะอยู่ร่วมกับครอบครัวและคนอื่นให้ได้อย่างดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ทำอย่างไรที่จะให้มีความขัดแย้งกันน้อยที่สุด⁽⁵⁾ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถทำได้ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม

การดูแล มีผู้ให้ความหมายไว้หลายลักษณะ เช่น การดูแล (caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล โดยครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธี เทคนิคต่างๆ ตามลักษณะของงานดูแลที่แตกต่างกันไปแต่ละระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น⁽⁶⁾ การดูแล (caregiving) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแลกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางร่างกาย และ จิตใจตามความต้องการของผู้รับการดูแล ซึ่งต้องได้รับการตอบสนองหรือช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (George, 1996) ในแง่ผู้สูงอายุ การดูแล (caregiving) หมายถึง คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถไปใช้บริการที่จัดขึ้นในหน่วยบริการต่างๆ ได้⁽⁷⁾

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบในพื้นที่จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของ

ผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี
4. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2559 – กันยายน 2561 มีขั้นตอนในการศึกษาดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทชุมชนและสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 แฉ่งผลกลับและทบทวนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงคราญ
พิจิตร จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงคราญ
พิจิตร จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2559 – 2561 โดยแบ่งเป็น ปี
2559 จำนวน 195 คน ปี 2560 จำนวน 207 คน และปี 2561
จำนวน 231 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงคราญ
พิจิตร จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่

1.1 การจัดกระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์บริบท
ชุมชน สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และกำหนดกระบวนการมี
ส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 การประชุมเพื่อแจ้งผลกลับและทบทวน
กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ
ระยะยาวในชุมชน ของ กรมอนามัย

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่
ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ซึ่งผู้วิจัยได้
จัดทำขึ้นเอง เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ ในรอบ 1
สัปดาห์ มีพฤติกรรมปฏิบัติ ดังนี้

ประจำ หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมปฏิบัติ
ตัวทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมปฏิบัติ
ตัว 5 – 6 วัน ต่อ สัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมปฏิบัติ
ตัว 3 – 5 วัน ต่อ สัปดาห์

นานๆครั้ง หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมปฏิบัติ
ตัว 1 – 2 วัน ต่อ สัปดาห์

ไม่ทำเลย หมายถึง ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาท่าน
ไม่มีการปฏิบัติตัว

ตามกิจกรรมดังกล่าวเลยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์
ระดับโดยพิจารณาตามเกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผล
คะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมที่สุด
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	ไม่เหมาะสม

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบ
ความสุข 5 มิติ (อ้างอิงมาจาก ฉวีวรรณ ชมพูเขา 2560) เป็น
แบบ Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่

น้อยที่สุด หมายถึง ความคิดเห็นตรงกับข้อความ
นั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น
น้อย

ปานกลาง หมายถึง ความคิดเห็นตรงกับข้อความ
นั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
มากที่สุด หมายถึง ความคิดเห็นตรงกับข้อความ
นั้นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับโดยพิจารณาตาม
เกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 – 1.80	

น้อยที่สุด

2.4 แบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมในการดูแล
ผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง(เฉพาะกลุ่มติดบ้าน/
ติดเตียง)เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่

น้อยที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทตรงกับข้อความนั้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทตรงกับข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับโดยพิจารณาตามเกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.5 แบบวัดความเข้าใจในบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลในชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา ผู้สูงอายุ และญาติ

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับโดยพิจารณาตามเกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก

2.61 – 3.40 ปานกลาง

1.81 – 2.60 น้อย

1.00 - 1.80 น้อยที่สุด

2.6 แบบวัดความเข้าใจต่อการส่งเสริม

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอคี่แอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเอง เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับโดยพิจารณาตาม

เกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.7 แบบวัดความเข้าใจในการประเมินพฤติกรรม

การปฏิบัติ 4 Smart เป็นแบบ Rating

Scale 5 ระดับ ได้แก่

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อย

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับแรงสนับสนุนทาง

สังคมตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับโดยพิจารณาตาม

เกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.8 แบบวัดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ Smart เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ ได้แก่

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นน้อยปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นปานกลาง

มาก หมายถึง ความเข้าใจตรงกับข้อความนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ระดับโดยพิจารณาตามเกณฑ์ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2559 – กันยายน 2561 มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทชุมชนและสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ (กันยายน 2559) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (กันยายน 2559)

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลการดำเนินงาน (ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560)

ขั้นตอนที่ 4 แจกผลกลับและทบทวนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล (กันยายน 2560)

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงาน (ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561)

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index of Activities of Daily Living : BI) แบบประเมินพฤติกรรมกรปฏิบัติ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ และแบบสอบถามระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง(เฉพาะกลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test และ F – test ในกลุ่ม Repeated measurement

การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย Content analysis

ผลการวิจัย

1. กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2559 จำนวน 195 คน ปี 2560 จำนวน 207 คน และปี 2561 จำนวน 231 คน แบ่งตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ออกเป็น 3

กลุ่ม ได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม คะแนน ADL 12 – 20 คะแนน) 2) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้านคะแนน ADL 5 – 11 คะแนน)

3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง คะแนน ADL ต่ำกว่า 5 คะแนน)

2. กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งการดูแลตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลเดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) 3กลุ่มข้างต้น ซึ่งกิจกรรม ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายการดูแล กำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย และบทบาทในการดูแลสุขภาพ กำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการร่วมกิจกรรมในชุมชน กำหนดกิจกรรม “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่ 1) Smart Walk 2) Smart Brain 3) Smart Sleep & Emotional 4) Smart Eat และ กิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ และการกำหนดมาตรการการดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงาน ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว/ประชุมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์สปสข เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตำบล Long Term Care

2.2 ขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.3 พัฒนาศักยภาพ ได้แก่ อบรม Care Manager, Care Giver อบรมการใช้โปรแกรมของสปสข. เพื่อขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในการขอรับงบประมาณปี2562 สร้างความรู้สำหรับวิทยากรครู ก และแกนนำผู้สูงอายุติดสังคม หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” สร้างความรู้ สำหรับวิทยากรครู ข และแกนนำผู้สูงอายุติดสังคม หลักสูตร “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด” (อสา)

2.4 ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมิน ADL,MMSE, Geriatric Syndromes เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุทุกคน

2.5 ประชุม care conference /สร้าง Care Manager / Care Giver / จัดทำ Care plan ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

2.6 จัดสรรงบประมาณจากงบกองทุน เพื่อจัดหาอุปกรณ์ หรือวัสดุที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เช่น อุปกรณ์กายภาพ,เวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย

2.7 พัฒนาระบบข้อมูล รายงานความก้าวหน้าในการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ การจัดทำ care plan ทุกเดือน

2.8 ติดตาม ประเมินผล

3. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลเดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และปัญหาสุขภาพ ได้แก่ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และ Stairs และปัญหาสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะ(เล็ด) ปัญหาการนอน ขี้แฉะเล็ด และ ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ) และเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 - 2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม โดยที่ ในปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) มากที่สุด

4. พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ ในปี 2560 ส่วนในปี 2561 อยู่ในระดับเหมาะสม ยกเว้น Smart Eat อยู่ในระดับ เหมาะสมมากและเมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และการดูแล

สุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ระหว่างปี 2560 กับ 2561 พบว่า ปี 2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $3.36 + 0.44$) โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลในชุมชน มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก (มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ $3.43 + 0.96$ และ $3.56 + 0.99$) ที่เหลืออยู่ในระดับปานกลาง ในปี 2560 ส่วนในปี 2561 อยู่ในระดับมาก ทุกบทบาท ยกเว้นนักกายภาพบำบัดและผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ปี 2561 ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอตระการพืชผล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้เข้าร่วมประชุมมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอตระการพืชผล และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล จาก 23 ตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 46 คน (2 คน/แห่ง) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 115 คน (5 คน/แห่ง) ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 115 คน (5 คน/แห่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 46 คน (2 คน/แห่ง) ผู้นำชุมชน จำนวน 46 คน (2 คน/แห่ง) จิตอาสา จำนวน 115 คน (5 คน/แห่ง) ผู้สูงอายุ และญาติ จำนวน 230 คน (10 คน/แห่ง) รวมทั้งสิ้น 713 คน แบ่งเป็น 4 รุ่น โดยสรุปคือความเข้าใจในบทบาทของตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผลความเข้าใจในบทบาทของตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ความเข้าใจในการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ความเข้าใจต่อพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ดื่ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และระดับความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ในรุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 และรุ่นที่ 4 โดยรวมและรายด้าน อยู่

ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจดังกล่าวใน รุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 และรุ่นที่ 4 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

7. ผลของการขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอตระการพืชผล และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล จาก 23 ตำบล พบว่า ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ปี 2561 ทั้งหมดครบ 23 แห่ง มีการดำเนินการตาม 10 องค์ประกอบ ของกรมอนามัย และผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และตำบลดังกล่าวผ่านเกณฑ์ตำบล LTC ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับการดูแลตามมาตรฐานด้วยหลักการ 3C คือ มี Care Manager และ Caregiver เป็นผู้ดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ โดยทุกสถานบริการเข้ารับการอบรมหลักสูตร Care Manager จำนวน 32 คน และพัฒนา Caregiver จำนวน 165 คน (อัตราส่วน 1: 5: 5) ใช้การวางแผน Care Plan เป็นเครื่องมือในการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผู้สูงอายุได้รับการจัดทำ Care Plan ในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 96.21

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม คะแนน ADL 12 – 20 คะแนน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน คะแนน ADL 5 – 11 คะแนน) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง คะแนน ADL ต่ำกว่า 5 คะแนน) ⁽⁴⁾ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และปัญหาสุขภาพได้แก่ Transfer (ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และ Stairs สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี

2556 พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย สาเหตุเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี ความกระฉับกระเฉงของร่างกายลดลง ฯลฯ และปัญหาที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านสุขภาพจิต อันมักจะเกิดจากการไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม สังคมที่เปลี่ยนไปได้ และยังเมื่อร่างกายเสื่อมสมรรถภาพทำให้ความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง ก็จะส่งผลไปถึงกิจกรรมประจำวัน ทำให้เกิดความกลัว อารมณ์เศร้าซึมลงและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นผลสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน⁽⁸⁾ ส่วนปัญหาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีพื้นที่ใช้งานอย่างน้อย 20 ชี หรือ มีพื้นที่หลัง 4 คู่สับ โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะ(เล็ด) ปัญหาการนอน ขี้เหงาเสื่อม และ ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ) สอดคล้องกับ เกษร สำเภาทอง (2550)⁽⁹⁾ อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่เห็นได้ชัด คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสภาพการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายลง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง การมีกิจกรรมน้อยลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง และนำไปสู่การแยกห่างจากสังคม โดยปัญหาด้านสังคม และจิตใจมักมีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยบ่อย ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลในชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา กฤติยวรรณ และสุชาดาณีนี บุญจรัส (2560)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหนองแก อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาของผู้สูงอายุคือปัญหาสุขภาพมีโรคประจำตัว และสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาด้านจิตใจก็มีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว และบางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ

จินฉฉินา พงษ์ดี และ ปิยธิดา คูหิรัญรัตน์ (2558)⁽¹¹⁾ พบว่า ระดับปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย โดยรวมแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพในระดับมากเมื่อวิเคราะห์รายละเอียดแล้วพบว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพในประเด็นที่เห็นว่าตนเอง รับประทานยาหลายชนิด คิดเป็นร้อยละ 17.30 มีปัญหาการได้ยินลดลง คิดเป็น ร้อยละ 12.60 และสายตาพร่ามัวมองไม่ชัด คิดเป็นร้อยละ 14.10

ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี จึงได้แบ่งการดูแลและรายชื่อและตามคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยการกำหนดเป้าหมายการดูแล และดูแลตามอาการ ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย และบทบาทในการดูแล โดยอาศัยการมีส่วนร่วม ของครอบครัว และชุมชน โดยการกำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการร่วมกิจกรรมในชุมชนตามบริบทเกิดเป็นกิจกรรม “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่ 1) Smart Walk 2) Smart Brain 3) Smart Sleep & Emotional 4) Smart Eat กิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ และการกำหนดมาตรการการดำเนินงานในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา กฤติยวรรณ และสุชาดาณีนี บุญจรัส (2560)⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหนองแก อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษาทำให้มีการวางแผนกำหนดประเด็นในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนนั้นประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 5 กิจกรรม คือ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กิจกรรมการออกกำลังกายเดินแอโรบิกและชมรมปั่นจักรยาน กิจกรรมสืบสานประเพณีอันดีงามของไทยในเทศกาลวันสำคัญต่างๆ กิจกรรมการสนับสนุนการสร้างรายได้จากงานฝีมือได้แก่ งานจักสาน งานประดิษฐ์ต่างๆ และกิจกรรมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุและกองทุนเงินกู้ยืม ซึ่ง

การดำเนินงานในกิจกรรมดังกล่าวได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรมและพบว่ายังคงดำเนินกิจกรรมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของเจริญชัย หมั่นห่อ (2556)⁽¹²⁾ กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก และตื่นตัวเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และพร้อมที่จะให้การร่วมมือกัน เกิดความเคารพในความสามารถของผู้อื่นและเป็นการสร้างโอกาสให้คนที่มีความสามารถได้แสดงศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่

จนทำให้ ค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 - 2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม โดยที่ ในปี 2561 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ระหว่างปี 2560 กับ 2561 พบว่า ปี 2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ระหว่างปี 2560 กับ 2561 พบว่า ปี 2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ปี 2561 ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ (2559)⁽¹³⁾ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โลก อำเภอกะหรัง จัหวัดร้อยเอ็ด การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย และรูปแบบการ

ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระยะที่ 2 ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่องและระยะที่ 3 สรุปและประเมินหลังการปฏิบัติ และผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวม คิดเป็นร้อยละ 78.6

นอกจากนี้ ยังการขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอตระการพืชผล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้เข้าร่วมประชุมมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน 1 แห่ง ๆ ละ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 34 คน (2 คน/แห่ง) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 85 คน (5 คน/แห่ง) ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 85 คน (5 คน/แห่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 34 คน (2 คน/แห่ง) ผู้นำชุมชน จำนวน 34 คน (2 คน/แห่ง) จิตอาสา จำนวน 85 คน (5 คน/แห่ง) ผู้สูงอายุและญาติ จำนวน 170 คน (10 คน/แห่ง) รวมทั้งสิ้น 527 คน แบ่งเป็น 4 รุ่น พบว่า ความเข้าใจในบทบาทของตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผลความเข้าใจในบทบาทของตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ความเข้าใจในการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ความเข้าใจต่อพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลื่น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และระดับความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ในรุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 และรุ่นที่ 4 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความเข้าใจดังกล่าวใน รุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 และรุ่นที่ 4 พบว่าไม่มี

ความแตกต่างกัน แสดงว่าการขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอตระการพืชผล โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจตรงกันและไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของเจริญชัย หมื่นห่อ (2556)⁽¹²⁾ กล่าวถึงกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ทำให้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก และตื่นตัวเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และพร้อมที่จะให้การร่วมมือกัน เกิดความเคารพในความสามารถของผู้อื่นและเป็นการสร้างโอกาสให้คนที่มีความสามารถได้แสดงศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ จึงส่งผลให้ ตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ปี 2561 ทั้งหมดครบ 23 แห่ง มีการดำเนินการตาม 10 องค์ประกอบ ของกรมอนามัย และผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และตำบลดังกล่าวผ่านเกณฑ์ตำบล LTC ทุกแห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้สูงอายุทั้งหมดได้รับการดูแลตามมาตรฐานด้วยหลักการ 3C คือ มี Care Manager และ Caregiver เป็นผู้ดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ โดยทุกสถานบริการเข้ารับการอบรมหลักสูตร Care Manager จำนวน 32 คน และพัฒนา Caregiver จำนวน 165 คน (อัตราส่วน 1 : 5 : 5) ใช้การวางแผน Care Plan เป็น

เครื่องมือในการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผู้สูงอายุได้รับการจัดทำ Care Plan ในการดูแลคิดเป็นร้อยละ 96.21

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมายการดูแล และดูแลตามอาการ กำหนดบทบาทหน้าที่เครือข่าย และบทบาทในการดูแล กำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการร่วมกิจกรรมในชุมชนตามบริบท และการกำหนดมาตรการการดำเนินงานในพื้นที่
2. ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน
3. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอเพื่อสร้างเครือข่าย และความเข้มแข็งของชุมชนในพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ยั่งยืน
4. ควรศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกกลุ่มช่วงวัยของประชาชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2459.
2. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ ชัยยศ คุณานุสนธิ์ วิพุธ พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โอเอสดีค พับลิชชิ่ง, 2542
3. สุภาวดี พุฒิน้อยและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . 2547
4. กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.2553.
5. โรงพยาบาลย่นฮี, การดูแลผู้สูงอายุ. URL <http://th.yanhee.net/operation/250/44/TH> สืบค้นเมื่อ 14 ตุลาคม 2558
6. Robert L. Kane, Rosalie A. Kane. Assessing Older Persons: Measures, Meaning, and Practical Applications. Oxford University Press; 1st edition (September 15, 2000)

7. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
8. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2558.
11. จินฉณิชา พงษ์ดี , ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองแบ่ง ตำบลหนองหญ้าปล้อง อำเภอวังสะพุงจังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2558
9. เกสร สำเภาทอง. การศึกษาของครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2550. สืบค้นจาก <http://www.nurse.tu.ac.th/> การศึกษาของครอบครัวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
10. จริยา กฤติยารธรรม, และสุชาดาฉนิ บุญจรัส. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหนองแก อ.เมือง จ.อุบลราชธานี. ใน การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 26 - 27 กรกฎาคม 2560.
12. เจริญชัย หมั่นห่อ. การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. Journal of Community Development Research.5(2):43-54. 2556.
13. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, สุภาวดี แฉวเพ็ญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะหรัง จังหวัดร้อยเอ็ด วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์

Potential Development Model for Participatory Environmental Management of Village

Health Volunteers in Buriram Province

พิษณุ โชติประไพ¹, สุวารี ศรีปุณณะ², ประภาพร ชูลีลัง³, พมhom เชิดโกทา⁴

Phisanu Chotprapai¹, Suwaree Sripuona², Prapaporn Chulilung³, Pomhom Cheardgotha⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม ด้านความรู้ ความตระหนักและการจัดการสิ่งแวดล้อมก่อนกับหลังการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการใช้รูปแบบใช้การวิจัยแบบผสานวิธี สร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน 1) ขึ้นร่างรูปแบบโดยการจัดสนทนากลุ่มตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและนักวิชาการ จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ ประเด็นการสนทนากลุ่ม 2) ขึ้นประเมินรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินที่มีค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 3) ขึ้นปรับปรุงรูปแบบโดยการสนทนากลุ่ม ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับขั้นที่ 2 เครื่องมือ ที่ใช้เป็นแบบบันทึกการปรับปรุง 4) ขึ้นปฏิบัติการตามรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สมัครใจเข้าร่วม จำนวน 50 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน ตัวแทนครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วม จำนวน 50 คน ในตำบลสวน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบบันทึกการทำกิจกรรม ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพโดยเปรียบเทียบความรู้และความตระหนักก่อนกับหลังการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามความตระหนัก แบบประเมินความพึงพอใจ และเปรียบเทียบการจัดการสิ่งแวดล้อมระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบ การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยึดหลักการเพิ่มความสามารถด้านความรู้ ความตระหนักและทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อม โดยการพัฒนาศักยภาพก่อนแล้วขยายผลเป็นเครือข่ายการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนให้ยั่งยืน มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขึ้นพัฒนาศักยภาพ (Potential : P) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการจัดการสิ่งแวดล้อมแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการจัดการขยะมูลฝอยอย่างครบวงจร 2) ขึ้นสร้างการมีส่วนร่วม (Participation : P) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักในการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชนกับตัวแทนครัวเรือนทุกขั้นตอน ทั้งร่วมคิดร่วมปฏิบัติร่วมรับผิดชอบร่วมประเมินและติดตามผล

¹นักศึกษา หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
²อาจารย์ หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
³อาจารย์ หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
⁴อาจารย์ หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

เพื่อเพิ่มคุณภาพสิ่งแวดล้อม 3) ขึ้นสร้างความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมชุมชน (Sustainable : S) โดยการพัฒนาครัวเรือนต้นแบบให้เป็นศูนย์เรียนรู้ จัดตั้งคณะกรรมการชุมชนและเชื่อมโยงเครือข่ายระหว่างชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน (Community Environment : CE) ให้ยั่งยืน ใน 4 มิติหลัก ได้แก่ การจัดการที่อยู่อาศัย น้ำดื่ม น้ำใช้ ขยะมูลฝอยและความหลากหลายทางชีวภาพ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปได้เป็น CE : 2PS Model ผลการประเมินรูปแบบโดยตัวแทนผู้ร่วมปฏิบัติการพบว่า รูปแบบมีความสอดคล้องเหมาะสมทุกรายการ ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมพบว่าหลังการใช้รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความตระหนักสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนก่อนการปฏิบัติการไม่มีครัวเรือนต้นแบบผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อม หลังการปฏิบัติการครัวเรือนต้นแบบผ่านเกณฑ์ประเมิน ร้อยละ 100 ผลการประเมินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.61)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

The objectives of this research were 1) to develop the potential development model for participatory environmental management in the community of village health volunteers, 2) to compare the effects of implementing the potential development model for participatory environmental management in the community in terms of knowledge, awareness and environmental management before and after implementing the model and to evaluate the satisfaction of village health volunteers after implementing the developed model. The setting of this study was Buriram province. This study used a mixed methods research. The study was conducted in four steps. 1) drafting the model through focus group discussion among 10 representatives of public health volunteers, community leaders and scholars. A research instrument was focus group discussion, 2) evaluating the model by five experts. A research instrument was the assessment with index of consistency between 0.60 and 1.00, 3) improving the model through focus group discussion. In this step, the researcher collected data from the same sample group as step 2. An instrument was the update record. 4) implementing the model. The sample was 50 village health volunteers, 12 community leaders, and 50 household representatives in Sanuan Sub-district, Huai Rat District, Buriram Province. An instrument was an activity record. to evaluate the potential development by comparing the knowledge and awareness before and after implementing the model and evaluating the satisfaction with the implementation. The instruments were the knowledge assessment and awareness questionnaire, the satisfaction, and to compare the environmental management before and after implementing the model. The instrument was environmental management assessment. Data was analyzed using content analysis and statistics, including percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results of this research indicated as follows: 1) Potential development model for participatory environmental management of village health volunteers based on the principle of increasing knowledge, awareness and skills of village health volunteers by building participatory environmental management in the community, developing the household model and extending the results into the community environmental management network in a sustainable way. This consisted of three

steps, namely 1) Potential (P) of village health volunteers by organizing a workshop on participatory environmental management by focusing on fully-integrated solid waste management. 2) Participation (P) of village health volunteers, the main leaders in creating cooperation between community leaders and household representatives at every step as well as jointly initiating, thinking and participating in cooperation, responsibility, evaluation and follow-up to increase environmental quality 3) Sustainable (S) step by building the household model to be a learning center, establish a community committee and link the network between communities to sustainably manage the community environment (CE) through 4 main dimensions: residence management, drinking water and water supplies, solid waste and biodiversity. The potential development model for participatory environmental management in the community of village health volunteers could be summarized as CE: 2PS Model. The developed model was evaluated by representatives of participants. The evaluative results showed that the developed model was consistent and suitable in all aspects. 2) The results of implementing the developed model for participatory community environmental management showed that after implementing the model, village health volunteers had higher knowledge and awareness than before with a statistical significance level of 0.05. The results of community environmental management before implementing the model showed that no prototype household could pass environmental management criteria. After implementing the model, prototype household could pass the criteria at 100%. Village health volunteers had the highest level of satisfaction with the implementation ($\bar{X} = 4.54$, S.D. = 0.61).

Keyword: potential development of community environmental management, village health volunteers

บทนำ

นับตั้งแต่อดีตสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อมนุษย์เป็นอย่างมากยิ่งเพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ จะต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานทางสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อมนุษย์เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ขนรักษาโรคพลังงาน สภาพทางธรรมชาติที่แปรเปลี่ยนไปจากเดิมการโอโซนของโลกถูกทำลายจนเกิดภาวะเรือนกระจก ทำให้โลกร้อนขึ้น เกิดมลพิษทางอากาศ เช่น การเกิดฝนกรดมลพิษทางน้ำ น้ำเน่าเสียและมลพิษจากขยะมูลฝอย ที่นับวันจะทวีความรุนแรงและก่อปัญหาสะสมขึ้นเรื่อย ๆ การเพิ่มขึ้นของประชากร และสภาพความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งส่งผลให้ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งมลพิษทางอากาศมูลฝอย และสิ่งปฏิกูล ที่มีแนวโน้มและความรุนแรงเพิ่มขึ้น รวมถึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและ

ทางอ้อม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่นจึงต้องมีการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อรองรับกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นหนึ่งในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ประกอบด้วย 23 อำเภอ 188 ตำบล 2,546 หมู่บ้าน 440,324ครัวเรือน ประชากร 1,584,661 คน ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของจังหวัดบุรีรัมย์ว่า “ศูนย์กลางการท่องเที่ยวอารยธรรมขอม เศรษฐกิจมั่นคง สังคมเป็นสุข” มีการดำเนินการพัฒนาและฟื้นฟูแหล่งท่องเที่ยว พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกทางการท่องเที่ยว พัฒนาสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยว ส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยว จัดกิจกรรมส่งเสริมการท่องเที่ยวตลอดทั้งปี จากสถิติที่ผ่านมา มีนักท่องเที่ยวเดินทางมาเที่ยวจังหวัดบุรีรัมย์เพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2556 จำนวน 1,186,756 คน ปี 2557 จำนวน 1,248,763 คน ปี 2558 จำนวน 1,419,8 ประเทศไทยคน เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.64

เมื่อเทียบกับปี 2556 (1,186,756 คน) และมีรายได้จากการท่องเที่ยว ปี 2556 จำนวน 1,659.79 ล้านบาท ปี 2557 จำนวน 1,756.53 ล้านบาท ปี 2558 จำนวน 2,038.37 ล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.81 เมื่อเทียบกับปี 2556⁽¹⁰⁾ จากปัญหาการเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจการท่องเที่ยวรวมถึงการที่เป็นจังหวัดที่มีประชากรมาก ทำให้ปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อชุมชน ทำให้จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีวิกฤตปัญหาการจัดการมูลฝอย อยู่ในลำดับที่ 12 ของประเทศ และเป็นจังหวัดที่มีวิกฤตปัญหามูลฝอยสะสม มีมูลฝอยสะสม 124,736 ตัน นอกจากนี้จากการสำรวจข้อมูลพบว่า มีชุมชนที่ประกอบอาชีพรับซื้อและคัดแยกซากขยะอิเล็กทรอนิกส์เพื่อนำไปขายต่อ ในพื้นที่ของจังหวัดบุรีรัมย์ จึงเป็นจังหวัดที่เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม และยังพบว่า จังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่มีครัวเรือนที่มีการกำจัดขยะโดยวิธีการเผา ถึงร้อยละ 88.1 มากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 ของประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ทำให้เกิดมลพิษในอากาศ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูงหรือทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเหล่านี้อยู่แล้วมีอาการกำเริบเฉียบพลันถึงเสียชีวิตได้ (กรมอนามัย, 2559)

ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 โดยที่เป็นการสมควรกำหนดระเบียบสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อคุ้มครองประชาชน ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน ตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของท้องถิ่น และเป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ เมื่อพิจารณาตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ประกอบด้วยการบริการแบบผสมผสาน 4 ด้าน คือ

1. การป้องกันโรค
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย
3. การรักษาพยาบาล
4. การฟื้นฟูสภาพ

ซึ่งสามารถแยกออกเป็นงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในภาคประชาชนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองออกเป็นงานต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่าเป็น องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 14 องค์ประกอบ ซึ่งบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมชุมชนตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ องค์ประกอบที่ 5 การสุขภาพิบาลและจัดหา น้ำสะอาด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทในด้านการชี้แจงให้ประชาชน กรรมการหมู่บ้านทราบถึงความสำคัญของการจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่ม การสร้างส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย และการจัดบ้านเรือนให้สะอาด และองค์ประกอบที่ 11 อนามัยสิ่งแวดล้อม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทร่วมถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชน ประชาชนทุกคนเฝ้าระวังมิให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะ องค์การชุมชนร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ส่งเสริมและให้ความรู้เรื่องสารเคมีในการเกษตร แจ้งเจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการกับผู้กระทำผิด โดยงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน

4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถานะสุขภาพของท้องถิ่น

5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ ของท้องถิ่น โดยเมื่อพิจารณาในงานสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นเรื่องที่ทางกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (พ.ศ. 2560-2564) โดยมีเป้าหมายให้เกิดชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน (ตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตำบลละ 1 ชุมชน) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ถือเป็นบุคลากรระดับชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีหน้าที่ในด้าน ทำหน้าที่วิทยากรกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จัดทำแผนที่ชุมชนเพื่อร่วมค้นหาความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน สื่อสาร/สร้างความรอบรู้สุขภาพให้กับประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้างนวัตกรรมชุมชนด้านสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมจากประชาชน (กรมอนามัย, 2559) ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันและพัฒนาสาธารณสุข รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน ด้วยบทบาทตามหน้าที่และการมีเครือข่ายเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทุกท้องถิ่น

ในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน นอกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญแล้วการมีส่วนร่วมของประชาชนนับว่าเป็นส่วนที่มีความสำคัญยิ่ง เพราะประชาชนเป็นผู้ได้รับประโยชน์และโทษโดยตรงจากการบริหารงานของหน่วยงานภาครัฐ ดังนั้น การทำงานใด ๆ ถ้าให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้งานนั้นสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เนื่องจากประชาชนจะเกิดความ

ภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม กระบวนการหรือขั้นตอนการมีส่วนร่วม มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาการวางแผนดำเนินกิจกรรม
2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาที่กระทบตั้งแต่ระดับโลกจนถึงระดับชุมชนและระดับบุคคล โดยจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดใหญ่ที่ปัญหาสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเนื่องจากกำลังมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นอย่างก้าวกระโดด ผลพวงจากการสร้างเมืองให้เป็นเมืองท่องเที่ยวการกีฬา คือการพัฒนาให้บุรีรัมย์กลายเป็นเมืองแห่งการท่องเที่ยวแห่งใหม่⁽¹²⁾ โดยมีผลการวิจัยการศึกษาเรื่องสภาพการจัดการการท่องเที่ยวเชิงกีฬา โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการจัดการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาในจังหวัดชลบุรีและบุรีรัมย์ จังหวัดละ 400 คน พบว่า การจัดการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาจะส่งผลทำให้การสร้างสิ่งก่อสร้างได้ทำลายสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติทัศนียภาพและระบบนิเวศเกิดปัญหาจราจรติดขัด ปริมาณขยะเพิ่มขึ้น และมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมทั้งทางน้ำ อากาศ เสียง ระดับมาก⁽⁶⁾ สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมศักยภาพจังหวัดบุรีรัมย์ (SWOT Analysis) ที่พบว่ามีความอ่อนแอ (Weakness) ในการเพิ่มขึ้นของขยะมีปริมาณมาก โดยมีภาวะคุกคาม(Threat) ในด้านการขยายตัวของเมือง เกิดขยะล้นเมือง ทั้งขยะไม่เป็นที่⁽¹⁰⁾ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบขึ้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในการจัดการแก้ไขปัญหา ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลในชุมชนที่เป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพอนามัยและการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ทั้งนี้มีผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า บทบาทที่ปฏิบัติจริงของอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านการจัดหาน้ำสะอาดและ

สุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง (พิรพล ศิริไพบูลย์, 2553) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่มีความสามารถในการทำงานให้เสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น การสำรวจรวบรวมข้อมูล การณรงค์ป้องกันโรค ในขณะเดียวกัน งานตามบทบาทของ อสม. ที่จำเป็นต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องหรือเป็นงานประเภทที่ต้องใช้ระยะเวลา เช่นการส่งต่อผู้ป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน งานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จะเป็นงานที่ อสม. ทำเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่างานที่เสร็จเป็นครั้งคราว⁽²⁾ จึงเห็นได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงควรที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนัก เกิดทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ โดยเฉพาะจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กระจายอยู่ในทุกหมู่บ้านและที่ผูกพันกันด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติ รวมทั้งสิ้น 27,834 คน⁽¹¹⁾

ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ชุมชน และเป็นไปตามพันธกิจและเป้าประสงค์ด้านสิ่งแวดล้อมของจังหวัดบุรีรัมย์ที่กำหนดพันธกิจในการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และมีเป้าประสงค์ ในการฟื้นฟูอนุรักษ์และการใช้ ประโยชน์จากป่าและความหลากหลายทางชีวภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน รวมถึงการจัดการขยะและการลดมลพิษอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของประชาชน⁽¹⁰⁾ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยอาศัยเครือข่ายเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทุกส่วน ที่ผูกพันกันด้วยเครือข่ายความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติในชุมชน โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำร่วมกับภาครัฐ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน ซึ่งนอกจากทำให้จังหวัดบุรีรัมย์ มีทัศนียภาพที่สวยงามแล้วยังส่งผลให้นักท่องเที่ยวห้วงไกลเข้ามาเที่ยวจังหวัดบุรีรัมย์ เกิดการ

เจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนในชุมชนท้องถิ่นมีรายได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ ความตระหนัก ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ก่อนกับหลังการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการใช้รูปแบบ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการใช้วิธีครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Research Method) คือใช้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research Method) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research Method)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้น มีดังนี้

1. ขั้นร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างในการจัดสนทนา กลุ่ม (Focus Group Discussion) ได้จากการเลือกแบบเจาะจงทั้งสิ้น จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้แทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1 คน ผู้แทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับอำเภอ จำนวน 1 คน ผู้แทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับตำบล จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน จำนวน 4 คน ที่คุณลักษณะและมีความสนใจร่วมร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2.ขั้นประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาศักยภาพจำนวน 1 คนด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนและสิ่งแวดล้อมศึกษาจำนวน 2 คน และด้านการเรียนรู้ จำนวน 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ

3.ขั้นปรับปรุงรูปแบบ และจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยจัดประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันพิจารณาปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและพิจารณา ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับ ขั้นที่ 1 จำนวน 10 คน

4.ขั้นปฏิบัติการตามรูปแบบ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ โดยมีพื้นที่ศึกษา คือ ตำบลสนวน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ โดยขั้นปฏิบัติการตามรูปแบบ มี 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

4.1 กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ การสร้างความรู้ความตระหนัก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจงจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการตามรูปแบบ

4.2 กิจกรรมการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่

1.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มเดียวกันกับกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ

2.ผู้นำชุมชน จาก 12 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ที่สมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการตามรูปแบบ

3.ผู้แทนครัวเรือน จาก 12 หมู่บ้าน โดยมี

จำนวนเท่ากับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน รวม 50 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ที่สมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการตามรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่

1.การประเมินการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มที่เข้าร่วมปฏิบัติการในขั้นที่ 4 ขั้นปฏิบัติการตามรูปแบบ

2.การประเมินการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมชุมชน กลุ่มตัวอย่างมี 3 กลุ่ม ได้แก่

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน

2.2 ผู้นำชุมชน จาก 12 หมู่บ้าน ละ 1 คน

2.3 ผู้แทนครัวเรือน จาก 12 หมู่บ้าน โดยมีจำนวนเท่ากับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรายหมู่บ้าน รวม 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มที่เข้าร่วมปฏิบัติการใน ขั้นที่ 4 ขั้นปฏิบัติการตามรูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนวิธีการสร้างและหาคุณภาพ ดังนี้

1. แบบสอบถาม จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่

1.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนัก ในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

1.2 แบบสอบถามเพื่อประเมินรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นคำถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ

2. แบบทดสอบ จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่

แบบทดสอบความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน เป็นข้อสอบปรนัยแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก

3. ประเด็นคำถาม จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่

ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4.แบบประเมิน จำนวน 1 ฉบับ ได้แก่

แบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบเป็นแบบระบุผ่านเกณฑ์ ไม่ผ่านเกณฑ์เป็นรายชื่อ

5.แบบบันทึก จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

5.1 แบบบันทึกการปรับปรุงรูปแบบ การสร้างและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5.2 แบบบันทึกการทำกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อความคำตอบ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ในรูปของความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐาน

2..วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

3..วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความตระหนักก่อนการพัฒนาศักยภาพ และหลังการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติทดสอบ t-test (Dependent) ในการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัย

การสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น 4 ขั้น ได้แก่

1. การร่างรูปแบบ
2. การประเมินรูปแบบ
3. การปรับปรุงรูปแบบ
4. การปฏิบัติการตามรูปแบบ

โดยในการร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ตั้งกระแสรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมนำมาเพิ่มและจัดกลุ่มการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ได้จากการเลือกแบบเจาะจงจากทั้งสิ้นจำนวน 10 คน ประกอบด้วย ผู้แทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1 คน ผู้แทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับอำเภอ ของจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 1 คน ผู้แทนคณะกรรมการชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน จำนวน 4 คน ใช้เวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยได้จัดทำการคืนข้อมูลที่เป็นผลจากการวิเคราะห์สภาพและปัญหาในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความต้องการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ ความตระหนัก ในการจัดการสิ่งแวดล้อม

ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นข้อมูล และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการสังเคราะห์จัดทำร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน จากนั้นในการประเมินคุณภาพรูปแบบ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพัฒนาศักยภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมศึกษาและด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ด้านการเรียนรู้ จำนวน 5 คน ประเมินคุณภาพรูปแบบโดยแบบประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม แล้วปรับปรุงรูปแบบตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) การร่างรูปแบบ
- 2) การประเมินรูปแบบ
- 3) การปรับปรุงรูปแบบ
- 4) การปฏิบัติการตามรูปแบบ

โดยดำเนินการเป็นเวลา 8 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม - สิงหาคม 2561

วิธีดำเนินงาน

1. รับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สนใจและมีความอยากรู้การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม ให้เข้าร่วมกิจกรรมจาก เลือกใช้พื้นที่ 1 ตำบล ในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยเลือกกำหนดพื้นที่เป็นตำบลที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและเป็นตำบลที่ได้กำหนดปัญหาการจัดการสิ่งแวดล้อมเป็นประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตำบล โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสมัครใจเข้าร่วมวิจัยจำนวน 50 คน จากตำบลที่กำหนด กำหนดเป็นพื้นที่ตำบลสนวน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ รวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบ

ความรู้ แบบสอบถามความตระหนัก ในการจัดการสิ่งแวดล้อมระหว่างก่อนการพัฒนา รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ให้ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการบรรยายฝึกปฏิบัติและชมวิดีโอเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ทำการทดลองและฝึกปฏิบัติ การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม

4. ศึกษาแหล่งเรียนรู้ในชุมชนต้นแบบทำการทดลองและฝึกปฏิบัติของจริงและการสรุปและอภิปรายผลการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการต่อเนื่องสู่การปรับปรุงการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมหลังการใช้รูปแบบ โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. จัดประชุมรับสมัครครัวเรือนต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมกำหนดตามจำนวนและพื้นที่ที่อาสาสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมปฏิบัติการ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบ คนละ 1 หลังคาเรือน รวม 50 หลังคาเรือน โดยให้ผู้แทนครัวเรือนร่วมปฏิบัติการตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบครัวเรือนเพื่อเป็นต้นแบบและแหล่งเรียนรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมให้กับครัวเรือนและชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

2. จัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติการและให้คำแนะนำโดยต้องมีการลงปฏิบัติและให้คำแนะนำในเป้าหมายครัวเรือนต้นแบบที่สมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการอย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติการครัวเรือนต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการการใช้รูปแบบและผลต่อเนื่องสู่การปรับปรุงการจัดการสิ่งแวดล้อมหลังการใช้รูปแบบ โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1. ประเมินผลความรู้ ด้วยแบบทดสอบความรู้ความตระหนัก ด้วยแบบสอบถามระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนาแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม และประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน

2. ประเมินผลการทำกิจกรรมต่อเนื่องสู่การปรับปรุงการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ที่ปรับปรุงจากแบบประเมินบ้านสะอาดอนามัยดีชีวิสุขสมบูรณ์ของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม

3. ทำการคืนข้อมูลชุมชน โดยผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามผลการทำกิจกรรมต่อเนื่องสู่การปรับปรุงการจัดการสิ่งแวดล้อมหลังการใช้รูปแบบ ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมสรุปผลกำหนดแนวทางขยายผลครัวเรือนต้นแบบด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน การสร้างเครือข่ายระดับชุมชน การเชื่อมโยงระหว่างชุมชน และการขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆ

4.เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ความตระหนัก ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนก่อนกับหลังการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการใช้รูปแบบ ประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนได้ ดังนี้

4.1 เปรียบเทียบความรู้ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 9.52 หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 13.44 เพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน 3.92 จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 เปรียบเทียบความตระหนักระหว่างก่อนกับหลังใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความตระหนักก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ย 3.48 หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 4.55 เพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม 1.07 จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.3 ผลการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมชุมชน เปรียบเทียบก่อนกับหลังการปฏิบัติการและขยายผลในระดับชุมชนพบว่า ผลการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการ จำนวน 50 หลังคาเรือน ก่อนการปฏิบัติการไม่มีหลังคาเรือนผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 30 ข้อ โดยหลังการปฏิบัติการมีหลังคาเรือนผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 30 ข้อ ทุกหลังคาเรือนที่เข้าร่วมปฏิบัติการและมีการขยายผลการดำเนินการไปยังหลังคาเรือนอื่นอีก 50 หลังคาเรือน

4.4 ระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจใน

ระดับมากที่สุด ผลการประเมินอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.54

สรุปข้อค้นพบรูปแบบพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสม

จากการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้สังเคราะห์ แล้วนำไปสร้างความรู้ที่ชัดเจน ซึ่งเน้นการบูรณาการความรู้ ความสามารถ และทักษะทั้งสามส่วนเข้าด้วยกันอย่างลงตัว รวมถึงแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ แล้วนำมาสร้างรูปแบบโดยการประชุมและปฏิบัติการร่วมกัน จนได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1.หลักการของรูปแบบ คือ ยึดหลักการเพิ่มความสามารถด้านความรู้ ความตระหนักและทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อม โดยการพัฒนาคircuitเริ่มต้นแบบแล้วขยายผลเป็นเครือข่ายการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนให้ยั่งยืน

2.มีกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ

2.1 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.2 การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน

2.3 ความยั่งยืนในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ซึ่งในแต่ละขั้นตอน มีวิธีการดังนี้

2.3.1 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีข้อค้นพบจากการวิจัยว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องมีการถ่ายทอดสาระ ความรู้ และประสบการณ์ จากผู้รู้สู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน โดยมีนักวิชาการภายนอกสนับสนุน เพื่อสร้างความตระหนัก มีเรียนรู้จากของจริงและฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะ และเห็นคุณค่าของการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน วิธีการการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนต้องดำเนินการให้ได้สัดส่วนตามความสำคัญซึ่งสอดคล้องกันระหว่างสาระความรู้ วิธีการและผู้ถ่ายทอด จากการกำหนดวิธีการถ่ายทอดไว้โดยรวม 5 ส่วน แบ่งเป็นจากน้อยไปมาก ดังนี้ การถ่ายทอด 1 ส่วน มุ่งให้ความรู้ด้วยการบรรยายโดยนักวิชาการ อีก 2 ส่วนมุ่งสร้างความตระหนักด้วยการใช้สื่อและตัวอย่างของจริง โดยผู้รู้ การศึกษาดูงานจากชุมชนต้นแบบ อีก 2 ส่วนมุ่งสร้างทักษะด้วยการฝึกปฏิบัติการจริงโดยการถ่ายทอดของผู้รู้และผู้มีประสบการณ์

2.3.2 การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ซึ่งแบ่ง กระบวนการ เป็น 4 ขั้นตอน คือ

(1) ขั้นตอนร่วมคิดและตัดสินใจ โดยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน ซึ่งในที่นี้หมายถึงตัวแทนครัวเรือนที่สมัครใจ ร่วมร่วมคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน

(2) ขั้นตอนการปฏิบัติการ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนจากสภาพจริง โดยความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือนในชุมชนและการสนับสนุนจากนักวิชาการ

(3) ขั้นตอนการประเมินผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือนในชุมชน ร่วมประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

(4) ขั้นตอนการรับผลประโยชน์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตัวแทนครัวเรือนในชุมชน ได้รับผลประโยชน์จากการมีสิ่งแวดล้อมที่มีมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในชุมชน

2.3.3 ความยั่งยืนในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ส่วนประกอบที่นำไปสู่ความยั่งยืนที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน

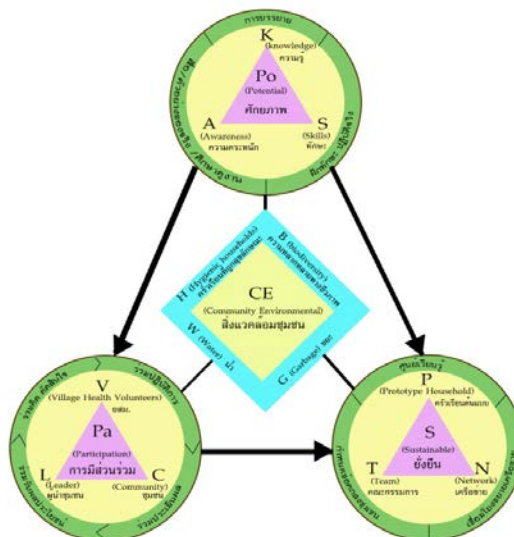
แบบมีส่วนร่วม เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นหลังจากการปฏิบัติการวิจัย ประกอบไปด้วย

1. คริวเรือนต้นแบบ ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการพัฒนาตามแบบประเมินสิ่งแวดล้อมชุมชน โดยตัวแทนครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมซึ่งมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินการ 1 คนต่อ 1 หลังเรือน มีผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนและร่วมประเมินผลกับนักวิชาการ คริวเรือนต้นแบบสามารถเป็นศูนย์เรียนรู้ของชุมชน

2. คณะกรรมการ หรือทีมงาน ซึ่งประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้แทนครัวเรือน ได้ร่วมกันกำหนดข้อตกลงชุมชน ในการร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ตามบริบทของแต่ละชุมชน

3. การสร้างเครือข่าย เป็นข้อค้นพบจากการที่ชุมชนแต่ละชุมชน มีครัวเรือนต้นแบบ มีทีมงาน คณะกรรมการ และเกิดเครือข่ายของครัวเรือนต้นแบบ เครือข่ายคณะกรรมการทั้งในระดับชุมชน และมีการเชื่อมโยงไปยังชุมชนอื่น ๆ เป็นการต่อยอดการพัฒนา โดยมีผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุน สำหรับในการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้กำหนดประเด็นการศึกษาเฉพาะ

ประเด็นหลัก 3 มิติ คือ การจัดที่พักอาศัยที่ถูกละเลยละทิ้ง น้ำอุปโภค บริโภค การกำจัดขยะมูลฝอย เฉพาะประเด็นที่ชุมชนสามารถจัดการได้ในชุมชนของตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องจะใช้การตรวจสอบทางวิทยาศาสตร์หรือต้องพึ่งพางบประมาณเกินบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านงานวิจัยมุ่งประเด็นเพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีในระดับครอบครัวและของชุมชนในภาพรวม โดยมีข้อค้นพบสำคัญเพิ่มเติมในส่วนของ มิติที่ 4 ซึ่งได้จากข้อเสนอของชุมชนภายหลังการดำเนินการวิจัย คือ ความหลากหลายทางชีวภาพ พื้นที่สีเขียวของชุมชนในครัวเรือน เช่น พืชสวนครัว ผักปลอดสารพิษ จึงได้เกิดมิติการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ที่ควรประเมินเพิ่มอีก 1 มิติ ในกรณีที่น่าไปใช้ประโยชน์ในประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป การสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากหลักการ กระบวนการ และวิธีการดำเนินงานของรูปแบบ สามารถสังเคราะห์รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถสรุปได้เป็น CE : 2PSModel ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (CE : 2PS Model)

สรุปและอภิปรายผล

จากการสร้างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รูปแบบ ซึ่งมีองค์ประกอบของรูปแบบ 3 องค์ประกอบ ในด้าน 1) การพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะ 2) การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนและองค์กรประกอบที่ 3) ความยั่งยืนในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน ซึ่งมี 3 ส่วน คือ ครัวเรือนต้นแบบ คณะกรรมการ หรือทีมงาน และ เครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงควรที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน เพื่อสร้างความรู้ ทักษะ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สารระักษ์ (2553)⁽⁸⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่อง การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดกิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติงานให้กับ อสม. ช่วยทำให้ อสม. มีศักยภาพในการดำเนินงาน และมีความมั่นใจในการ ทำหน้าที่ อสม. ได้เป็นอย่างดี ในการเสริมสร้างความมั่นใจ และเพิ่มศักยภาพในการทำงาน นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการระดมความคิดเห็น และปรับกลยุทธ์หรือแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน โดยให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อให้ อสม. มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนมากขึ้น และควรมีการสร้าง ความมั่นใจให้กับประชาชนในหมู่บ้านในการปฏิบัติงานของ อสม. และยังทำให้การปฏิบัติงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนประสบความสำเร็จได้ด้วย ทั้งนี้ ในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนนั้น นอกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแล้วยังจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของจำลอง โพธิ์บุญ (2550)⁽⁴⁾ ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์

สิ่งแวดล้อม คือการที่ประชาชนในชุมชนมีความร่วมมือร่วมใจกันในการควบคุมการใช้และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อประโยชน์ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน โดยมีส่วนร่วมตั้งแต่การศึกษาประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่มีในชุมชน การหาสาเหตุของปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา และแนวทางในการป้องกันปัญหา การตัดสินใจและการดำเนินการแก้ไขปัญหาสังแวดล้อมของชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่ายในการช่วยกันแก้ไขปัญหาหากการแก้ไขปัญหาล้มเหลวและจัดการกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ประสพกับความล้มเหลว ชุมชนมีทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สมบูรณ์และสามารถนำไปสู่ความยั่งยืนในอนาคต

เปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม ด้านความรู้ ความตระหนัก ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนก่อนกับหลังการใช้รูปแบบและประเมินความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการใช้รูปแบบประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน อภิปรายผลได้ดังนี้

เปรียบเทียบความรู้ระหว่างก่อนกับหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 13.44 เพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน 3.92 จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของประภาส อนันดา และจรัญญู ทองอนเนก (2556)⁽⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษา ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้าน คำบลขวาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่าความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของ อสม. มีความรู้เพิ่มมากขึ้นหลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบความตระหนักระหว่างก่อนกับหลังใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความตระหนักก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ย 3.48 หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ย 4.55 เพิ่มขึ้นก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วม 1.07 จากการทดสอบด้วยสถิติทดสอบ t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ จรรยา ชื่นจำย (2556)⁽³⁾ ที่ได้ทำการศึกษา การจัดการศึกษาผลของการใช้ชุดกิจกรรมการสอนเพื่อสร้างความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 2 ของเรียนบ้านยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมีความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมสูงกว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมชุมชน เปรียบเทียบก่อนกับหลังการปฏิบัติการและขยายผลในระดับชุมชน พบว่า ผลการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของครัวเรือนที่สมัครใจเข้าร่วมปฏิบัติการจำนวน 50 หลังคาเรือน ก่อนการปฏิบัติการไม่มีหลังคาเรือนผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 30 ข้อ โดยหลังการปฏิบัติการมีหลังคาเรือนผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 30 ข้อ ทุกหลังคาเรือนที่เข้าร่วมปฏิบัติการ และมีการขยายผลการดำเนินการไปยังหลังคาเรือนอื่นอีก 50 หลังคาเรือน สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาของจำลอง โพธิ์บุญ (2550)⁽⁴⁾ ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม คือการที่ประชาชนในชุมชนมีความร่วมมือร่วมใจกันในการควบคุมการใช้และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมการตัดสินใจและการดำเนินการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมของชุมชน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลาย ๆ ฝ่ายในการช่วยกันแก้ไขปัญหาและจัดการกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้ประสบความสำเร็จ ระดับความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการปฏิบัติการตามรูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนแบบมีส่วนร่วมพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความพึงพอใจ

ในระดับมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ย 4.54 สอดคล้องกับการศึกษาของปองเดช กวินปัลย์ (2560)⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการขยะมูลฝอยสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพศิลปะการแต่งหน้าในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพศิลปะการแต่งหน้าในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพ และในการปฏิบัติการในครั้งรูปแบบการพัฒนาเป็นแบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับ วิสุทธิ์ สุกรินทร์ (2557)⁽⁹⁾ ที่ศึกษาเรื่องอิทธิพลเชิงโครงสร้างของภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ที่มีต่อความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสระบุรี ที่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นจังหวัดสระบุรีจำนวน 20 คน ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า พึงพอใจในงานมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก และได้รับอิทธิพลโดยรวมจากปัจจัยการมีส่วนร่วมมากที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรให้บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนต่าง ๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมชุมชนทั้งด้านดิน น้ำ ป่าไม้ ขยะ น้ำเสีย โดยสร้างสรรค์จัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนที่เหมาะสมกับชุมชนมาใช้มากขึ้น โดยการสนับสนุนและเสริมแรงจากครอบครัวชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรภายนอก

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในชุมชนควรได้เรียนรู้และนำจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนไปใช้ในพื้นที่ เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีสู่ความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยและพัฒนาครัวเรือนต้นแบบจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนให้เป็นศูนย์เรียนรู้ที่ได้มาตรฐาน เพื่อขยายผลจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน

2. ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำทำหน้าที่ขยายผลการถ่ายทอดจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนผู้ชุมชนอื่นต่อไป

3. ควรวิจัยและพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนสู่ความยั่งยืน

4. ควรวิจัยพัฒนาตัวชี้วัดการความหลากหลายพืชอาหารและเพิ่มพื้นที่สีเขียวเพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์

5. ควรวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

6. ควรวิจัยเชิงประเมินจัดระดับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่ายในการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน

กิจกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ประธานหลักสูตรและอาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานีทุกท่านที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการทำให้งานวิจัยในครั้งนี้ขอขอบคุณอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดบุรีรัมย์ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครู อาจารย์ที่เคารพยิ่งที่ได้ช่วยกันวางรากฐานการศึกษาและศีลธรรมอันดี ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งของผู้วิจัยในการสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆด้านจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมอนามัย. หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการจัดการมูลฝอยในครัวเรือน.โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์กรุงเทพ จำกัด.2559.
- 2.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ. “ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขบทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550(ฉบับที่ 1) : หน้า 268-279. 2550.
- 3.จรรยา ชื่นจ้าย. ผลการจัดการใช้ชุดกิจกรรมการสอนเพื่อสร้างความตระหนักต่อสิ่งแวดล้อมของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 2 อำเภอยะหา จังหวัดยะลา. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี. 2556.
- 4.จำลอง โพธิ์บุญ. “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม”.วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม. 3(2) : หน้า 141-174. 2550.
- 5.ประกาศ อนันดา และจรัญญู ทองเอนก. “ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ.2555”. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 20(1) : 11-18. 2556.
- 6.ปรางทิพย์ ขวานนท์. “การศึกษาสภาพการจัดการการท่องเที่ยวเชิงกีฬา”.วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก. 36(3) : 226-242. 2559.
- 7.ปองเดช กวินปัดย์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการขยะมูลฝอยสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพศิลปะการแต่งหน้าในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัราชภัฏ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี. 2560.

- 8.มินตรา สารรักษ์. “การเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)”. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 12(2) : 39-48. 2553.
- 9.วิสุทธิ์ สุกรินทร์. “อิทธิพลเชิงโครงสร้างของภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ที่มีต่อความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสระบุรี. วารสารการจัดการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. 3(3), 57- 68. 2557.
- 10.สำนักงานจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการประจำปี2559. บุรีรัมย์. 2559.
- 11.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการปฏิบัติงานประจำปี 2560. บุรีรัมย์. 2560.
- 12.อิสราพร วิจิตร. การสื่อสารอัตลักษณ์ความเป็นบุรีรัมย์เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว.วิทยานิพนธ์หลักสูตรวารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารมวลชน วารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน ในจังหวัดศรีสะเกษ

Model of Development Dengue Hemorrhagic Fever Control and Prevention Behavior of Community in Sisaket Province

นายวรเศรษฐ์ ขอร่ม¹, อนุชา เพียรชนะ², รสวลีย์ อักษรวงศ์³

Woraset Korrom¹, Anucha Phianchana², Rosewalee Ugsornwong³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ โดยสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบส่วนงาน จำนวน 8 คน และสอบถามความคิดเห็นจากประชาชน จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน 2) สร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาองค์ประกอบ และตัวบ่งชี้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค ตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 22 คน ได้มาโดยวิธีการแบบเจาะจง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบส่วนงาน จำนวน 400 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค ตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้มาโดยวิธีการแบบเจาะจง และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค โดยใช้กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ตัวอย่าง คือ ประชาชน จำนวน 80 คน ได้มาโดยจากวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน เครื่องมือใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสำรวจสภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.90 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกมีค่าความเที่ยง (KR 20) เท่ากับ 0.80 แบบบันทึกการสัมภาษณ์ และแบบประเมิน สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับปานกลาง 2) รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านบริบทชุมชน 2) ด้านประชาชนในพื้นที่ 3) ด้านการจัดตั้งองค์กรในพื้นที่ 4) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และ 5) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย พบว่า มีค่าพิสัย ควอไทล์ อยู่ระหว่าง 0-1.5 ไม่นัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี มีค่าดัชนีความสอดคล้อง คือ $\chi^2 = 253.830$, $df = 248$, $p\text{-value} = 0.386$, $RMSEA = 0.008$, $CFI = 1.000$, $GFI = 0.950$, $AGFI = 0.930$, $\chi^2/df = 1.023$. 3) ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า ประชาชนในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มทดลองมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค โรคไข้เลือดออก

Abstract

The purpose of this research were: 1) to study the dengue hemorrhagic fever control and prevention in the community of Sisaket Province by interviewing 8 people responsible for the work and inquiring opinions from 400 people, which were obtained by multi-stage random sampling 2) to create the dengue hemorrhagic fever control and prevention behavior development model, divided into 2 phases: phase 1, component development and indicators for the development of disease control and prevention behavior patterns, examples are 22 experts acquired by a specific method and those who are

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยและประเมินผลการศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ อาจารย์ ดร. คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

involved or responsible for the work of 400 people obtained by simple random sampling. Phase 2, the development of behavioral control and preventive behaviors model, for example, 5 experts were acquired by specific method and 3) to study the effectiveness of the dengue hemorrhagic fever control and prevention behavior development model by using the developed activities, for example, 80 people were obtained by group random method were 40 experimental groups and 40 control groups. Research tools including questionnaires, survey of control and prevention of dengue fever the cronbach's alpha coefficient was 0.91 and 0.90 the dengue knowledge test had a reliability (kr 20) equal to 0.80 interview Record Form And the statistical formulas used were percentage, mean, standard deviation, t-test and confirmatory factor analysis. The results were as follows.1)The knowledge of dengue hemorrhagic fever of the people was at a moderate level while that of the perception of dengue hemorrhagic fever was at a high level. In addition, the dengue hemorrhagic fever control and prevention behavior was at a moderate level. 2)The dengue hemorrhagic fever control and prevention behavior development model consisted of 5 components: 1) community context, 2) local people, 3) organizations in the area, 4) information provision and 5) support from related organizations. The results of the examination of the consistency of the experts with Delphi technique revealed that the quartile range was between 0 -1.5. The consistency of the model with the empirical data was at a good level. The Index of Item-Objective Congruence was as follows: $\chi^2 = 253.830$, $df = 248$, $p\text{-value} = 0.386$, $RMSEA = 0.008$, $CFI = 1.000$, $GFI = 0.950$, $AGFI = 0.930$, $\chi^2/df = 1.023$. 3) The results of the effectiveness of the model showed that the knowledge and the control and preventive behavior of the people in the experimental group were higher than those of the control group with statistical significance at 0.01 level. Also, the mosquito larvae index of the experimental group was lower than that of the control group.

Keywords: development model, fever control and prevention behavior, dengue hemorrhagic fever

บทนำ

ปัญหาโรคติดต่อทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมทั้งประเทศไทย คือ โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever, DHF) ซึ่งจัดเป็นโรคประจำถิ่น (hyper endemic area)⁽⁸⁾ และมีการระบาดไปทั่วโลก การคาดการณ์จากผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 30 – 50 ล้านรายจะมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 22,000 รายต่อปี และมีมากกว่า 2.5 พันล้านคนอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไข้เลือดออก⁽¹²⁾ การระบาดส่วนใหญ่จะระบาดในประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อนกว่า 119 ประเทศส่วนใหญ่อยู่ในเอเชีย⁽¹³⁾ ในประเทศไทยมีการระบาดครั้งแรกเกิดขึ้นที่กรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2501 จากนั้นการระบาดของโรคได้แพร่กระจายไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ⁽⁸⁾ จากอันตรายและความร้ายแรงของโรคไข้เลือดออกที่เกิดขึ้น จึงมีผู้ศึกษาหาแนวทางป้องกันและแก้ไขโรคไข้เลือดออกอย่างแพร่หลาย^{(11),(12),(15),(17),(18)} บางท่านพัฒนาเป็นรูปแบบเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเพื่อป้องกันโรคอย่างยั่งยืน (ศิริวัฒน์ ศิริอมรพรธ 2556: 115 - 119; จีระศักดิ์ ทัพพา 2555: 125) บางท่านสร้างแบบจำลองทางคณิตศาสตร์เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาการ

แพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกตามปัจจัยด้านภูมิอากาศ รวมทั้งหาปัจจัยที่ส่งผลและทำนายการเกิดโรคไข้เลือดออก⁽¹⁴⁾ จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่า แนวทางการแก้ไขปัญหามาและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกของนักวิจัยแต่ละท่าน ส่วนใหญ่จะมุ่งแก้ไขปัญหาในบริบทของแต่ละประเทศและพื้นที่ ที่ทำวิจัยเป็นหลัก หากพิจารณาบริบทของประเทศไทย พบว่า สาเหตุของการระบาดของไวรัสเดงกี เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทมาเป็นชุมชนเมือง การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพิ่มขึ้น ประชาชนขาดความตระหนักและไม่ให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมทั้งมีพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุของการเพาะพันธุ์ยุงลาย และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ไม่ยอมกำจัดแหล่งน้ำขังภายในบ้านซึ่งเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญในการเกิดโรคไข้เลือดออก ขาดความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีพฤติกรรมการนอนที่ไม่กางมุ้ง การไม่ป้องกันตนเองปล่อยให้ยุงลายกัด เป็นต้น⁽⁸⁾ จากการทบทวนเอกสาร พบว่า สถิติการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยสามารถพบได้ตลอดทั้งปี แต่จะพบบ่อยในฤดูฝน ในระยะ 20 ปี ที่ผ่านมามีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 50 –

150 ต่อแสนประชากร และเคยมีอัตราป่วยจากโรคนี้สูงถึง 200 – 300 ต่อแสนประชากร การระบาดมีกระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี แต่ในระยะหลัง พบว่า การระบาดไม่มีแบบแผนแน่นอนมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นแต่อัตราตายของโรค ไข้เลือดออกลดลง ซึ่งแสดงถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต เด็กเป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อไวรัสเดงกีและอัตราตายสูง โดยเฉพาะในช่วงอายุ 5-9 ปี ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าในอดีต หากพิจารณาการระบาดของโรค ในจังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยมีการระบาดสูงสุดในปี 2558 อยู่ในอันดับที่ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยสะสม 3,358 คน คิดเป็นอัตราป่วย 229.19 มีผู้เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.27 ต่อประชากรแสนคน เทียบกับปี 2557 ช่วงเดียวกัน เพิ่มขึ้น ร้อยละ 64.73 และเป็นพื้นที่ควบคุมโรคไข้เลือดออก เกิน 2 รุ่น และในปี 2559 พบมีผู้ป่วย จำนวน 1,206 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 82.97 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.14 ต่อประชากรแสนคน⁽⁷⁾ จากข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่าจังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรค ไข้เลือดออกในอัตราที่สูง ถึงแม้ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งทางกายภาพ ทางชีวภาพ ทางเคมีภัณฑ์ รวมถึงการให้สุขศึกษา และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอันตรายของโรคไข้เลือดออกก็ ยังไม่สามารถป้องกันควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ได้ ดังนั้นหากมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหา การระบาดของโรคไข้เลือดออกจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนอย่างยิ่ง จากการศึกษาทบทวนเอกสาร พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ประชาชนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกมากที่สุดคือ การไม่ให้ความสำคัญในการกำจัดยุงลายโดยมองว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการ (อรนุช พิศาลสุทธิกุล, สุเมธ พรหมอินทร์ และวันชัย ธรรมสังการ 2552: 82) ดังนั้นการที่จะแก้ปัญหา หรือควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด คือ การสร้างจิตสำนึก และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของโรค ไข้เลือดออกให้แก่ประชาชน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม

ในการกำจัดยุงลายและการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะทำให้สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างยั่งยืน มีการศึกษาโดยการพัฒนารูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งพบว่า ทำให้สามารถลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดี กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดีขึ้น และมีค่าดัชนียุงลายลดลง (ศิริวัฒน์ ศิริอมรพรรณ 2556: 115 - 119)

การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จะต้องดำเนินการร่วมกันทั้งภาครัฐและ ภาคประชาชน เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ และการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ สูงสุดนั้น ประชาชนต้องเกิดการเรียนรู้จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁽¹⁶⁾ ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างหลากหลาย โดยเชื่อว่าการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นเขาจะต้องรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและรับรู้ถึง ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการไม่เป็นโรค ตามลำดับ นอกจากนั้นทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self-Efficacy Theory)⁽²⁾ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)^{(10),(5)} เป็นทฤษฎีที่มีการนำมาใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน การรับรู้ ความสามารถของบุคคลที่จะเอาชนะอุปสรรคนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรม ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น จากการทบทวนเอกสาร พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน เป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลจะใช้ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคและสามารถทนต่อ อุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ยาวนานเท่าใด⁽²⁾

และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้น^(๑) และจากการสังเคราะห์ปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การป้องกันโรคไข้เลือดในปัจจุบันยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรและไม่มีรูปแบบที่แน่นอน บางปีสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ และบางปีไม่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ทั้งนี้เนื่องจากการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกขึ้นอยู่กับปัจจัย ด้านต่างๆ เช่น บริบทของชุมชน การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของประชาชน ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน รวมทั้งทัศนคติของประชาชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสิ่งที่สำคัญคือขาดการวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมเป็นต้น ดังนั้นการศึกษาเพื่อหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่จะได้ทราบถึงสถานการณ์การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ต่าง ๆ ในจังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งค้นหารูปแบบและองค์ความรู้และพัฒนาองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้กับประชาชน เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งวิธีการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ

การศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการศึกษาดังนี้เป็น 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ
2. วิเคราะห์ สังเคราะห์ รายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ

3. ศึกษาสภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของจังหวัดศรีสะเกษ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชากร ได้แก่ ประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,297,971 คน^(๔)

3.2 ตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 400 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)^(๑)

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามให้สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่ศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เป็นข้อคำถามกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเที่ยง (KR 20) เท่ากับ 0.80 แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อและแบบวัดพฤติกรรมการ

ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91 และ 0.90 ตามลำดับ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. การศึกษาข้อมูลโรคไข้เลือดออกจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวโรคไข้เลือดออก โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยพิจารณาวัตถุประสงค์และแนวคิดของการศึกษาจากนั้นนำมากำหนดแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline)

4.2 สร้างแบบสัมภาษณ์ และทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน มีค่า IOC มากกว่า 0.60 ทุกข้อ

4.3 กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้รับผิดชอบกลุ่มงานโรคไข้เลือดออกและมีประสบการณ์ในเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจำนวน 8 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)⁽¹⁾

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปตีความและตรวจสอบความถูกต้องของเป็นการวิจัย โดยการอ่านและจับประเด็น จัดกลุ่มและเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อค้นหารูปแบบเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ

การศึกษาระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ ของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนาองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ ของ

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ มีขั้นตอนการดำเนินการย่อย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. สังเคราะห์รูปแบบที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ จากผลการวิจัยย่อยที่ 1

2. ขกร่าง องค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และเกณฑ์รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ จากการสังเคราะห์องค์ประกอบในขั้นตอนที่ 1 สามารถสรุปได้ว่าองค์ประกอบของรูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ มี 5 องค์ประกอบ คือ ด้านสภาพพื้นที่ ด้านประชาชนในพื้นที่ ด้านการจัดการองค์กร ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. นำร่างองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และเกณฑ์เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสม (Appropriateness) และความเป็นไปได้ในการนำตัวบ่งชี้ไปปฏิบัติ (Practically) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การวิเคราะห์เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 17 ท่าน

3.2 นำแบบสัมภาษณ์แบบปลายเปิดจากข้อที่

3.1 ไปดำเนินการตาม Delphi Technique จำนวน 3 รอบ

รอบที่ 1 สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 17 ท่าน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และนำคำตอบจากการสัมภาษณ์มาจัดทำแบบสอบถามโดยกำหนดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 54 ข้อ

รอบที่ 2 ส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 17 ท่าน เพื่อตอบคำถาม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตอบคำถามเสร็จ นำคำตอบมาวิเคราะห์หา

ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ โดยกำหนดค่ามัธยฐานที่ระดับคะแนน 3.50 – 4.50 แสดงถึงระดับความคิดเห็นด้วยมาก และ 4.51 – 5.00 แสดงถึงระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด และค่าขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์จะต้องมีค่าต่ำกว่า 1.50 แสดงถึงความสอดคล้องของกลุ่ม

รอบที่ 3 นำคำตอบในรอบที่ 2 ที่วิเคราะห์ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์พร้อมแสดงเครื่องหมายคำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิลงในแบบสอบถามเพื่อให้ทราบความคิดเห็นของตนและของกลุ่ม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิยืนยันคำตอบ เมื่อได้รับการยืนยันคำตอบในรอบที่ 3 นำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ โดยกำหนดกำหนดค่ามัธยฐานที่ระดับคะแนน 3.50 – 4.50 แสดงถึงระดับความคิดเห็นด้วยมาก และ 4.51 – 5.00 แสดงถึงระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด และค่าขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์จะต้องมีค่าต่ำกว่า 1.50 ผลการวิจัยจะได้ร่างรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ

4. เพิ่มเติมประเด็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ให้ครอบคลุม โดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) มีผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลประเมินผล 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชน 3 คน

5. ตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ เชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้รับผิดชอบส่วนงาน จำนวน 400 คน และนำมาตรวจสอบข้อมูลทางสถิติด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis : CFA)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกิจกรรมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุม

และป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ มีขั้นตอนย่อยดังนี้

1. ร่างกิจกรรมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดต่าง ๆ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประกอบการร่างรูปแบบ

2. นำร่างกิจกรรมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรับปรุงแก้ไข

3. นำร่างกิจกรรมรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาในข้อที่ 2 เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบและเลือกกิจกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นตั้งแต่ 3.51- 5.00 คะแนน ซึ่งมีกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51- 5.00 คะแนน จำนวน 8 กิจกรรม และพัฒนาปรับปรุงกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้สมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองและหาประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การทดลองใช้และหาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ประชาชนในอำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 107,446 คน

1.2 ตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 3 คือ ประชาชนในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงสุด เป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีวิธีการคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 พื้นที่วิจัยในระดับอำเภอ คัดเลือกพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่วิจัยเนื่องจากอำเภออุทุมพรพิสัย เป็นพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกและมีอัตราป่วยสูงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานกันย้อนหลัง 5 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2555 – 2559 และมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูง

1.2.2 พื้นที่วิจัยในระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน ผู้วิจัยกำหนดให้พื้นที่ดำเนินการวิจัยเป็นหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกและมีอัตราป่วยสูงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานกันย้อนหลัง 5 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2555 – 2559 ซึ่งเมื่อตรวจสอบข้อมูลจากงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หมู่บ้านที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2555 – 2559) ในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 2 หมู่บ้าน ใช้เป็นหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมเพื่อทดลองและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพฤติกรรมความคุ้มครองและป้องกันโรคไข้เลือดออก

1.2.3 สุ่มตัวอย่างประชาชนเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) และมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างคือ เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยประชาชนที่เข้าร่วมวิจัยมีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว สามารถอ่านออกเขียนได้ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ทำวิจัยไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน ซึ่งจำนวนขนาดตัวอย่างดังกล่าวผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power กำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน ($\alpha = 0.05$) และ power ($1 - \beta$)

เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 80 คน (นงลักษณ์ วิรัชชัย 2555 : 11 – 18)

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

2.2 พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกและ

2.3 ค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลาย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบสอบถามวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

3.2 แบบสำรวจความซุกของลูกน้ำยุงลาย ได้แก่ แบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบ Pretest – Posttest Nonequivalent Design ตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เขียนเป็นสัญลักษณ์ ⁽²⁾ ได้ดังนี้

RE	O ₁	X	O ₂	
RC	O ₃		O ₄	

จุดประ หมายถึง ความไม่เท่าเทียมกันในการสุ่มเข้ากลุ่ม

เมื่อ R หมายถึง การสุ่ม

E หมายถึง กลุ่มทดลอง

C หมายถึง กลุ่มควบคุม

O₁ หมายถึง การวัดผลก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกกลุ่มทดลอง

O₂ หมายถึง การวัดผลหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกกลุ่มทดลอง

X หมายถึง การทดลองใช้รูปแบบ

O₃ หมายถึง การวัดผลหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกกลุ่มควบคุม

O₄ หมายถึง การวัดผลหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกกลุ่มควบคุม

โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

4.1 การคัดเลือกพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย ในการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และทำการสุ่มตัวอย่างในระดับตำบลและระดับหมู่บ้านโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) จำนวน 2 หมู่บ้าน ใช้เป็นหมู่บ้านทดลองและหมู่บ้านควบคุมเพื่อทดลองและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก

4.2 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.3 ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน ในระหว่างวันที่ 4 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 – วันที่ 6 เดือนกุมภาพันธ์ 2562

4.4 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.5 นำผลที่ได้จากการทดลองมาวิเคราะห์ข้อมูลแล้วสรุปผลการดำเนินการ

4.6 การหาค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

4.6.1 ทำการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจลูกน้ำยุงลายก่อนทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน แล้ววิเคราะห์หาค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายโดยใช้ค่า Breteau Index (B.I.) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.6.2 ทำการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจลูกน้ำยุงลายหลังทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แล้ววิเคราะห์หาค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายโดยใช้ค่า Breteau Index (B.I.) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.6.3 นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาสรุปผลการดำเนินการ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.2 สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ t-test independent

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาศภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง การให้ความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลายน้อยมาก ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า โรคไข้เลือดออกในจังหวัดศรีสะเกษมีการระบาดได้ตลอดทั้งปีและมีรูปแบบที่ไม่ตายตัว

มีแนวโน้มการระบาดในอนาคตเพิ่มขึ้น รูปแบบการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จะมีวิธีการดำเนินงานที่หลากหลายเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออก พื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออกและแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายเป็นส่วนขางหรือป่า การให้ความร่วมมือการกำจัดลูกน้ำยุงลายมีน้อย วัสดุอุปกรณ์เครื่องพ่นหมอกควันไม่เพียงพอกับการควบคุมและป้องกันโรค รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จคือ สร้างภาคีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน มีการใช้รูปแบบใหม่ๆ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงตามลำดับ

2. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านบริบทชุมชน ด้านประชาชนในพื้นที่ ด้านการจัดตั้งองค์กรในพื้นที่ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย พบว่า มีค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) อยู่ระหว่าง 0 – 1.5 แสดงว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน การตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่า มีค่า $\chi^2 = 253.830$, $df = 248$, $value = 0.386$, $RMSEA = 0.008$ การประเมินกิจกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.20 – 5.00 แสดงว่า รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ

3. หลังจากทดลองใช้ รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าดัชนีความซุกของลูกน้ำยุงลายในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยมีประเด็นที่จะนำมาอภิปรายดังนี้

1. ผลการศึกษาศาภาพการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางและต่ำและมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ข้อมูลโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับมาก แสดงว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีการรับรู้ถึงอันตรายของโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก แต่ยังขาดความรู้เข้าความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ หรืออาจกล่าวได้ว่าประชาชนพอรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแต่ในเชิงวิชาการยังเข้าใจไม่ชัดเจนแล้วนำไปปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ประชาชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้องเมื่อมีการเจ็บป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือมีไข้สูง หรือสงสัยว่าเป็นไข้เลือดออกจะเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล แต่จะมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การปิดฝาภาชนะเก็บน้ำในบ้าน การป้องกันไม่ให้เกิดลูกน้ำยุงลายในภาชนะเก็บน้ำในบ้าน การมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก การมี

ส่วนร่วมในการประเมินสุขภาวะน้ำขุ่นตามลำดับ การเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของประชาชนดังกล่าวอาจเกิดจากการไม่ยอมรับหรือยอมรับน้อยในแนวทางการควบคุมโรคไข้เลือดออกของส่วนราชการ เช่น มีความกังวลใจกับการใช้สารเคมีของทรายกำจัดลูกน้ำ ซึ่งประชาชนมองว่าจะมีกลิ่นเหม็น เมื่อใส่ลงในน้ำแล้วจะไม่สามารถดื่มได้ มีอาการแพ้คันตามตัว กลืนคาวจากปลาที่ปล่อยกินลูกน้ำ และอีกประการที่สำคัญคือ ประชาชนเชื่อว่าการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขฝ่ายเดียว ซึ่งเป็นความเชื่อคลาดเคลื่อนและไม่ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในจังหวัดศรีสะเกษจึงไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวโรคไข้เลือดออกและมีพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากความรู้และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน (ศิริวัฒน์ ศิริอมรพรรณ, 2556 : 96; ชนิดา มัททวงกูรและคนอื่นๆ 2560 : 43; ปัญญพัฒน์ ไชยเมธและปัทมา รักเกื้อ, 2561 : 36) ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้น⁽⁴⁾ ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษที่สำคัญคือ พื้นที่แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายเป็นสวนยาง หรือป่า ซึ่งการเก็บกักน้ำไว้ในพื้นที่และการนำน้ำเข้าไปใช้ลำบาก การให้ความร่วมมือการกำจัดลูกน้ำขุ่นโดยเทน้ำทิ้งจึงให้ความร่วมมือน้อยมาก ชุมชนแออัดแบบกึ่งเมือง ชุมชนเมือง วัสดุอุปกรณ์เครื่องฟันทมอกวันไม่เพียงพอกับการควบคุมและป้องกันโรค การจัดการความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกบางพื้นที่ยังน้อย ขาดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ประชาชนยังเข้าไม่ถึงเรื่อง การปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นต้น

2. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ 55 ตัวบ่งชี้ โดยที่โมเดลองค์ประกอบรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ มีความสอดคล้องข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าสถิติวัดความกลมกลืนผ่านเกณฑ์ดีทุกตัว แสดงว่า องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองที่พัฒนาขึ้นนี้มีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างดี สามารถใช้ศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษได้ โดยเรียงลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อย คือ (1) ด้านประชาชนในพื้นที่ (2) ด้านการจัดตั้งองค์กรในพื้นที่ (3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (4) ด้านบริบทชุมชน และ (5) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลำดับ การที่พบว่าโมเดลมีความเที่ยงตรงดี ทั้งนี้เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ได้ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีความเชื่อมโยงกัน โดยเริ่มต้นจากการศึกษาบริบทของข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชน ศึกษาทฤษฎีด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อความสามารถแห่งตน ศึกษาแบบการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานในการสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบ รวมทั้งมีพัฒนาตัวบ่งชี้โดยอาศัยเทคนิคเดลฟายจากผู้เชี่ยวชาญและเทคนิคการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไข้เลือดออก ต่อจากนั้นนำมาสร้างเป็นกิจกรรมเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ โดยกิจกรรมมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างเสริมพลัง กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยตนเอง กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมละครคนกิจกรรมที่ 5 กิจกรรมกรรมการสร้างกลุ่ม

เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพชุมชน กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมแข่งข่าวร้ายกระจายข่าวดี กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมร่วมคิดร่วมวางแผน กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมรักษชุมชนป้องกันภัยไข้เลือดออก ซึ่งกิจกรรมทั้ง 8 ได้ผ่านการประเมินและตรวจสอบคุณภาพและผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีทุกกิจกรรมต่อนั้นจึงนำไปทดลองใช้จริง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Fawcett and Downs⁽⁶⁾ ได้กล่าวถึงขั้นตอนการสร้างรูปแบบว่า ผู้สร้างต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบต่อเนื่องสัมพันธ์กัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงภาพรวมของแนวทางการดำเนินงานทั้งหมด เพราะจะช่วยให้การทำความเข้าใจ ทำนายและตัดสินใจได้ตรงตามจุดประสงค์ ตามลำดับ

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำขุ่นลายในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าประชาชนที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการ มีการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับความรู้จากวิทยากรที่มาอบรม ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ การเจ็บป่วยมีการสร้างกลุ่มเครือข่ายในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ได้ร่วมคิดร่วมทำร่วมวางแผนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนของตนเอง มีการฝึกปฏิบัติจริงเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ร่วมกิจกรรมในโครงการดังกล่าวจึงทำให้มีความรู้และพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีค่าน้อยกว่ากลุ่มทดลอง แสดงว่ากิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมและ

ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษได้ ผลการศึกษาสอดคล้องกับศิริวัฒน์ ศิริอมรพรรณ (2556 : 96) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาประสิทธิผลการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า การให้กิจกรรมทั้งความรู้ การมีส่วนร่วม การสร้างงานเป็นทีมการรับรู้บทบาทหน้าที่จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดีขึ้น และกฤษฎีวัฒน์ ฉัตรทอง (2553: 115-116) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนนาชะอัง จังหวัดชุมพร ซึ่งพบว่า ประชาชนมีการตื่นตัวรวมกิจกรรม การทำความสะอาดบริเวณบ้าน สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ขุ่นลาย มีการแจ้งกลุ่มเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนะนำเพื่อนบ้านถึงวิธีการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกให้นำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1.ปัจจุบันการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกยังเป็นปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน หน่วยงานภาครัฐมีความพยายามหาแนวทางและมาตรการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมี มีการค้นคว้านวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อหาแนวทางป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่ผลที่เกิดขึ้นยังไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งโรคไข้เลือดออกยังระบาดอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ควรให้ความสำคัญกับประชาชนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบโดยตรงโดยการสร้างความตระหนักในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างจริงจัง ด้วยการพัฒนากิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืน

1.2 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การเรียนรู้จากประสบการณ์เจ็บป่วย การสร้างกลุ่มเครือข่าย การกระจายข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การคิดรวบวางแผนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก กิจกรรมรักษุมชนป้องกันโรคไข้เลือดออก ถือว่าเป็นกิจกรรมสำคัญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนอื่นๆ ได้

1.3 การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกต้องอาศัยเครือข่ายทั้งภาคประชาชน และหน่วยงานภายนอก ควรมีการสร้างกลุ่มเครือข่ายที่เข้มแข็งตามแนวทางธรรมนูญสุขภาพ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ควรเข้ามามีบทบาท สนับสนุนทั้งวัสดุอุปกรณ์ สื่อ และองค์ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกสม่ำเสมอ มีการสร้างกฎ มาตรการในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออกได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การนำกิจกรรมมาพัฒนาพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคควรเริ่มจากการรับรู้ประสบการณ์เดิมและ

วิเคราะห์สาเหตุปัญหา ความรู้ ทักษะ ของตนเองและชุมชนก่อน

2.2 การพัฒนาพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคควรมีกิจกรรมหรือเวทีในการชื่นชมต้นแบบพฤติกรรมที่ดี

2.3 การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนถือว่ามีความสำคัญอย่างมากดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อนำมาสร้างพัฒนาเป็นหลักสูตรให้มีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้หลายพื้นที่ระดับจังหวัดหรือประเทศ โดยอาจจะศึกษาทั้งในขณะเกิดโรคและหลังการเกิดโรคเพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ซึ่งจะเป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดีด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุชา เพียรชนะ และอาจารย์ ดร.รสวลีย์ อักษรวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งครูอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยคุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ข้าพเจ้าขอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดาและบูรพาจารย์ทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีพระคุณอื่นที่ไม่ได้เอ่ยนาม

เอกสารอ้างอิง

1. ชีรวุฒิ เอกกุล. ระเบียบวิธีการวิจัย. อุบลราชธานี : วิทยาการพิมพ์; 2555.
2. นิตยา เพ็ญศิริภา. การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด:แนวคิด และการปฏิบัติ : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี; 2554.
3. ผ่องศรี พูลทรัพย์. การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) โดยการส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริง รพ.สต.ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข; 2558. 25(2) : 206-218.
4. ระบบสถิติทางทะเบียน. สถิติประชากรและบ้าน – จำนวนประชากรแยกอายุปี 2561. เข้าถึงจาก จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2562.
5. รุจิรา ดวงสงค์. การจัดการทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
6. ศิริชัย กาญจนวาสิ. ทฤษฎีการประเมิน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สถิติโรคไข้เลือดออก. เข้าถึงจาก

http://www.ssko.moph.go.th/index.php/leo_report/poc/leo_report/leo/www/news/login/news/info.html สืบค้นเมื่อ

วันที่ 15 มกราคม 2562.

8. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. คู่มือวิชาการโรคติดต่อแมลงและโรคไข้เลือดออกแมลงก้นดงด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2558.
9. อภิษฐ์ คุณิพงษ์ และเสมอ วุฒิ. “การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด แรงแสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีการระบาดของตำบลที่ไม่มีการระบาด ในพื้นที่อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี”.วารสารควบคุมโรค; 2561. 44(1) : 102 – 110.
10. อังสินันท์ อินทรกำแหง. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์จำกัด; 2552.
11. Bakhsh, K., Sana, F., & Ahmad, N. Dengue fever in Punjab, Pakistan: Knowledge, perception and adaptation among urban adults. Science of The Total Environment; (2018); (644): 1304–1311.
12. Hashem, A. M., Abujamel, T., Alhabbab, R., Almazroui, M., & Azhar, E. I. Dengue infection in patients with febrile illness and its relationship to climate factors: A case study in the city of Jeddah, Saudi Arabia, for the period 2010–2014. Acta Tropica. 2018;(181): 105–111.
13. Li, C., Lu, Y., Liu, J., & Wu, X. Climate change and dengue fever transmission in China: Evidences and challenges. Science of The Total Environment. 2018; (622–623): 493–501.
14. Li, C., Wang, X., Wu, X., Liu, J., Ji, D., & Du, J. Modeling and projection of dengue fever cases in Guangzhou based on variation of weather factors. Science of The Total Environment. 2017; (605–606): 867–873.
15. Nascimento, E. J. M., George, J. K., Velasco, M., Bonaparte, M. I., Zheng, L., DiazGranados, C. A., Huleatt, J. W. Development of an anti-dengue NS1 IgG ELISA to evaluate exposure to dengue virus. Journal of Virological Methods. 2018; (257) : 48–57.
16. Rosenstock, I.M. “Historical Origins of the Health Belief model,” In The Health Belief Model and Personal Behavior. New Jersey : Charies B. Slack; 1974.
17. Tsai, C. W., Yeh, T.-G., & Hsiao, Y.-R. Evaluation of hydrologic and meteorological impacts on dengue fever incidences in southern Taiwan using time-frequency analysis methods. Ecological Informatics. 2018; (46): 166–178.
18. Zhu, M., & Lin, Z. The impact of human activity on the risk index and spatial spreading of dengue fever. Nonlinear Analysis: Real World Applications. 2018; (39): 424–450.

ความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Knowledge and Needs in Research of Personnel in the Muang Kalasin District Public Health Office, Kalasin Province

ภูษิต ภูบุย¹, ชัยรัช จันทรมุข², ลำพูน เสนาวัง²

Phuchit Phupuy¹, Chaitach Jansamood², Lumpoon Sanawang²

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 91 คน เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีความรู้ในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการเขียนโครงการวิจัย และด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานวิจัย อยู่ในระดับปานกลาง 2) บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน และด้านเงินทุนในการทำวิจัย อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านสิ่งแวดล้อมในการวิจัย และด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง 3) บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกัน มีความรู้ในการทำวิจัย ไม่แตกต่างกัน แต่บุคลากรที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ในการทำวิจัยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และตำแหน่งงาน มีความต้องการในการทำวิจัย ไม่แตกต่างกัน แต่บุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานต่างกัน มีความต้องการในการทำวิจัย แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5) ความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ: ความรู้และความต้องการในการทำวิจัย

Abstract

This research aimed to study and compare knowledge and needs in research of personnel in the Muang Kalasin district public health office, Kalasin province. The population consisted of 91 personnels. The questionnaires were developed and used to collect data. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Testing the hypotheses by t-test (Independent Sample), F-test (One-way ANOVA) and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results revealed the following: 1) Personnel in the Muang Kalasin district public health office, Kalasin province showed their knowledge in research total and each aspect include proposal writing and analysis data and report research was at medium level. 2) Personnel in the Muang Kalasin district public health office, Kalasin province

¹ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² หลักสูตร การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

showed their needs in research total and each aspect include progress in position, agency support and research funding was at high level but to be respected, environmental research and materials equipment and facilities was at medium level. 3) Personnel in the Muang Kalasin district public health office, Kalasin province with different gender, married status, education level, position job and working time did not showed knowledge in research differently, but personnel different age showed knowledge in research differently at 0.05 level significance. 4) Personnel in the Muang Kalasin district public health office, Kalasin province with different gender, age, married status, education level and position job did not showed needs in research differently, but personnel different working time showed needs in research differently at 0.05 level significance. 5) Knowledge and needs in research of personnel in the Muang Kalasin district public health office, Kalasin province were not correlated.

Keyword: knowledge and needs in research

บทนำ

ปัจจุบันการพัฒนาประเทศไทยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) อยู่ในห้วงเวลาของการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานหลายด้านที่สั่งสมมานานท่ามกลางสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วและเชื่อมโยงกันใกล้ชิดมากขึ้น การแข่งขันด้านเศรษฐกิจจะเข้มข้นมากขึ้นสังคมโลกจะมีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกันมากขึ้นเป็นสภาพไร้พรมแดน การพัฒนาเทคโนโลยีจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและจะกระทบชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมและการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจอย่างมาก ขณะที่ประเทศไทยมีข้อจำกัดของปัจจัยพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์เกือบทุกด้านและจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาที่ชัดเจนขึ้น ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 นับเป็นจังหวะเวลาที่ท้าทายอย่างมากที่ประเทศไทยต้องปรับตัวขนานใหญ่ โดยจะต้องเร่งพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัยและพัฒนา และนวัตกรรมให้เป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาในทุกด้านเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทยท่ามกลางการแข่งขันในโลกที่รุนแรงขึ้นมากแต่ประเทศไทยมีข้อจำกัดหลายด้าน⁽²⁾

การพัฒนานวัตกรรมและการนำมาใช้เป็นปัจจัยขับเคลื่อนการพัฒนาในทุกมิติเพื่อยกระดับศักยภาพของประเทศไทยทุกด้าน โดยที่ในช่วงต่อจากนี้ไปจะมุ่งเน้นการนำความคิดสร้างสรรค์และการพัฒนานวัตกรรมเพื่อทำให้เกิดสิ่งใหม่ที่มีมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจทั้งในเรื่อง

กระบวนการผลิตและรูปแบบผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และรูปแบบการดำเนินธุรกิจนวัตกรรม ในผลิตภัณฑ์หรือด้านกระบวนการผลิตเพื่อใช้ประโยชน์ในการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์และบริการโดยให้ความสำคัญทั้งกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้เทคโนโลยีแบบซับซ้อนหรือการใช้นวัตกรรมสำหรับการพัฒนาสินค้าและบริการทั้งในระดับพื้นฐานจนถึงระดับสูงซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน⁽²⁾

ทั้งนี้โดยมีแนวทางหลักในการผลักดันการพัฒนา นวัตกรรมและการนำมาใช้ คือ การกำหนดวาระการวิจัยแห่งชาติ (National Research Agenda) ให้มีจุดเน้นที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับสาขาเป้าหมายการพัฒนาประเทศ และการใช้กลยุทธ์ด้านนวัตกรรมบูรณาการ โดยส่งเสริมความร่วมมือและการเป็นหุ้นส่วนของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษา ภาคเอกชนในทุกสาขาการผลิตและบริการ รวมทั้งชุมชนในการสร้างสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบของระบบการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมให้เข้มแข็ง และต้องบูรณาการการวิจัยและพัฒนากับการนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และการพัฒนานวัตกรรม โดยต้องกำหนดวาระการวิจัยของประเทศที่สอดคล้องกับสาขาเป้าหมายหรือประเด็นการพัฒนาทางสังคมที่สำคัญๆ ซึ่งเป็นความต้องการของตลาดและสังคม และภาคเอกชนจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมที่เข้มแข็งในทุกขั้นตอนตั้งแต่กระบวนการวิจัย การพัฒนา การนำผลการวิจัยและการพัฒนาไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ และการพัฒนานวัตกรรม โดยการสนับสนุนด้านเงินทุนเพื่อการวิจัย องค์

ความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และแนวคิดและทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น ขณะเดียวกันก็คำนึงถึงการใช้นวัตกรรมในการตอบโจทย์การพัฒนาที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนชุมชนในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ และการสร้างสังคมคุณภาพ⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีเพื่อรองรับอนาคตที่จะเป็นสังคมเมืองตามกรอบยุทธศาสตร์ 4 Excellence ได้แก่ Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) ภายใต้การดำเนินงานร่วมกันตามค่านิยมองค์กร MOPH Mastery ความเป็นนายตัวเอง Originality สร้างสรรค์นวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ People centered approach ขีดประชาชนเป็นศูนย์กลาง Humility อ่อนน้อมถ่อมตน ประกอบด้วย 16 แผนงาน 28 โครงการ 96 ตัวชี้วัดแผนงานที่ 15 เป็นการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทย ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งให้ความสำคัญกับการใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ผลงานวิจัยและพัฒนาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์อย่างเข้มข้นทั้งในภาคธุรกิจ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาสภาวะแวดล้อมหรือปัจจัยพื้นฐานที่เอื้ออำนวยทั้งการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาการพัฒนามูลค่าวิจัย โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีและการบริหารจัดการเพื่อช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้ก้าวสู่เป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งการส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูได้มีการพัฒนาระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากการพัฒนาระบบบริหารสุขภาพแล้วบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเองจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาวิจัยค้นคว้าเพื่อ

ความก้าวหน้าในหน้าที่และการเกิดองค์ความรู้ใหม่ของบุคลากรสาธารณสุข⁽¹⁾

ในปีงบประมาณ 2560 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 21 แห่ง มีเจ้าหน้าที่จำนวน 91 คน โดยในปีงบประมาณ 2555-2559 ยังไม่มีการส่งผลงานวิจัยเข้าประกวด⁽³⁾

จากข้อมูลดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ยังขาดการดำเนินงานวิจัยอย่างต่อเนื่องอีกทั้งผลงานวิจัยยังมีน้อยจึงจำเป็นต้องศึกษาความต้องการพัฒนาการทำงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ที่ส่งผลต่อการทำงานวิจัย เพื่อกระตุ้นส่งเสริมและพัฒนาให้บุคลากรสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพได้นำความรู้ใหม่จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยเผยแพร่สู่เวทีสาธารณะ นำไปสู่การพัฒนาและใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางานวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มี เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ประจำปี 2560 ประกอบด้วยตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และแพทย์แผนไทย จำนวน 91 คน⁽³⁾ กำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลที่ตอบแบบสอบถาม

ระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2560 รวมระยะเวลา 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างโดยองค์ประกอบของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน⁽⁷⁾ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งทางวิชาการ อายุการปฏิบัติงาน โดยแบบสอบถามมีคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) หรือเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับงานวิจัย มีจำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนนการจัดระดับความรู้เกี่ยวกับงานวิจัย จัดโดยอิงเกณฑ์ (วรพจน์ พรหมสัตยพรต. 2544) ดังนี้

มีระดับความรู้ดี หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8 - 10 คะแนน)

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 (6 - 7 คะแนน)

มีความรู้ระดับต้องปรับปรุง หมายถึง คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสังกัดสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ รูปแบบของการตอบแบบสอบถามเป็นแบบแสดงความต้องการมากน้อย (Scales Questions) ระดับช่วงคะแนน (Interval Scale) ให้คะแนนความต้องการ 5 ระดับ คือ ระดับความต้องการน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คำถามในส่วนนี้ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับต้องการของบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จำนวน 6 ด้าน คือ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้าน

ความก้าวหน้าในตำแหน่ง ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน ด้านเงินทุนในการทำวิจัย ด้านสิ่งแวดล้อมในการวิจัย ด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือในการเก็บข้อมูลมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยแต่ละระดับกำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	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 4.21 - 5.00 หมายถึง ต้องการมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง ต้องการมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ต้องการปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง ต้องการน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ต้องการน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหลังจากนั้นทำการปรับปรุงเนื้อหาของเครื่องมือ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสาธารณสุขอำเภอคอนจานในเขตพื้นที่อำเภอคอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 35 ชุด เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือดังต่อไปนี้ แบบสอบถามความต้องการพัฒนาการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ หากค่าอำนาจจำแนกโดยใช้โดยใช้การหาค่าสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item-total Correlation) โดยค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.3) อายุ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 38.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 81.3) มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 89) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 39.5) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 63.7)

2. บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์มีความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยเฉลี่ย 6.6 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนนคิดเป็น (ร้อยละ 65.80) ของคะแนนเต็มซึ่งประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.40) รองลงมาความรู้ระดับดี (ร้อยละ 22.00) และระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 17.60) ส่วนความรู้ในการทำวิจัยจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ มีความรู้ในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.83) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเขียนโครงร่างการวิจัย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.83) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง (Sample) หมายถึง เป็นส่วนหนึ่งของประชากรที่ผู้วิจัยสนใจกลุ่มตัวอย่างที่ดีหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ที่สำคัญครบถ้วนเหมือนกับกลุ่มประชากร เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรได้ (ร้อยละ 89) และมีข้อผู้ตอบถูกน้อยที่สุดได้แก่ ระดับการวัดของตัวแปร เป็นการจัดเรียงลำดับของตัวแปร โดยสามารถแบ่งระดับในการวัดได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ นามบัญญัติ (Nominal Scale), จัดลำดับ (Ordinal Scale), อินตรภาคชั้น (Interval Scale) (ร้อยละ 25.3) ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานวิจัย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.38) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีผู้ตอบถูกมากที่สุดได้แก่ การเขียนเอกสารอ้างอิงเป็นการ

ให้เกียรติแก่ผู้เขียนเดิม แสดงถึงการรับรู้ลิขสิทธิ์ทางปัญญาของผู้อื่น (ร้อยละ 91.2) และมีข้อผู้ตอบถูกน้อยที่สุดได้แก่ ข้อมูลมีลักษณะเป็นเส้นโค้งปกติ หมายถึง ค่าเฉลี่ย ไม่เท่ากับ มัชฐาน ไม่เท่ากับ ฐานนิยม (ร้อยละ 26.4)

3. บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.56$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ผลงานวิจัยมีโอกาสร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ($\bar{X} = 3.57$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ผู้วิจัยได้รับเชิญเป็นวิทยากรในการประชุม อบรม เป็นประจำ ($\bar{X} = 3.07$) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ เป็นวิธีการแสวงหาความรู้สร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะทางแก่ตนเอง ($\bar{X} = 4.08$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ผู้ที่ทำวิจัยมีโอกาสก้าวหน้ามากกว่าผู้ที่ไม่ทำวิจัยเป็นประจำ ($\bar{X} = 3.80$) ด้านการสนับสนุนจากหน่วยงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.74$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ หน่วยงานส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรสายวิชาการให้มีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัย ($\bar{X} = 4.02$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ หน่วยงานมีนโยบายสนับสนุนการทำวิจัยอย่างชัดเจน ($\bar{X} = 3.63$) ด้านเงินทุนในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ รางวัลสนับสนุนแก่บุคลากรที่ได้รับคัดเลือกผลงานหรือได้รับรางวัล ($\bar{x} = 4.27$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การแสวงหาทุนจากแหล่งต่าง ๆ โดยไม่ต้องพึ่งแหล่งทุนจากหน่วยงาน ($\bar{X} = 3.65$) ด้านสิ่งแวดล้อมในการวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ มีการประชุมและสัมมนาวิชาการระหว่างผู้ทำวิจัยกับ

ผู้บริหารเพื่อกำหนดทิศทางการวิจัย ($\bar{X} = 3.33$) และมีข้อ
ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การรวมกลุ่มการทำวิจัย ($\bar{X} =$
3.04) ด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวก
สะดวกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.29$) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่
หนังสือ เอกสาร และระบบฐานข้อมูลในการค้นคว้าในการ
ทำวิจัย ($\bar{X} = 3.36$) และมีข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่
ศูนย์บริการด้านจัดพิมพ์ และจัดทำเอกสารงานวิจัย ($\bar{X} =$
3.20)

4. บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกันมีความรู้ในการทำวิจัย
โดยรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลและการเขียนรายงานวิจัย
ไม่แตกต่างกัน แต่ด้านการเขียนโครงร่างการวิจัย แตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้ที่ส่งผลต่อ
ความรู้และความต้องการการพัฒนาการทำวิจัยของ
บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ที่มีอายุต่างกันมีความรู้ในการทำวิจัยโดยรวมและ
ด้านการเขียนโครงร่างการวิจัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการ
เขียนรายงานวิจัยไม่แตกต่างกัน จึงมีการเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ Scheffe พบว่า บุคลากร
สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มี 41-
50 ปี มีความรู้ในการทำวิจัย ด้านการเขียนโครงร่างการวิจัย
มากกว่าบุคลากรที่มีอายุ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความรู้
เกี่ยวกับการวิจัย โดยรวม ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอ
เมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีอายุต่างกัน พบว่า
บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ที่มี 41-50 ปี มีความรู้ในการทำวิจัย โดยรวม มากกว่า
บุคลากรที่มีอายุ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มี
สถานภาพสมรสต่างกันต่างกัน พบว่า บุคลากร
สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มี
สถานภาพสมรสต่างกันมีความรู้ในการทำวิจัยโดยรวมและ
เป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความรู้

เกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน
พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ในการทำวิจัย
โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การ
เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มี
ตำแหน่งงานต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอ
เมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีตำแหน่งงานต่างกันมี
ความรู้ในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่
แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการวิจัยของ
บุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า
บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกันมีความรู้ในการทำวิจัย
โดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การ
เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มี
เพศต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมือง
กาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีเพศต่างกันมีความต้องการ
ในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่าง
กัน การเปรียบเทียบความต้องการเกี่ยวกับการวิจัยของ
บุคลากรที่มีอายุต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอ
เมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีอายุต่างกันมีความ
ต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่
แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความต้องการเกี่ยวกับการวิจัย
ของบุคลากรที่มีสถานภาพต่างกัน พบว่า บุคลากร
สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มี
สถานภาพต่างกันมีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและ
เป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบ
ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มีระยะเวลาการ
ปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมือง
กาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน
ต่างกันมีความรู้ในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุก
ด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความต้องการเกี่ยวกับ
การวิจัยของบุคลากรที่มีเพศต่างกัน พบว่า บุคลากร
สาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีเพศ
ต่างกันมีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นราย
ด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความต้องการ
เกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มีอายุต่างกัน พบว่า
บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

ที่มีอายุต่างกันมีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความต้องการเกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มีสถานภาพต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีสถานภาพต่างกันมีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความต้องการเกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มีการศึกษาต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีการศึกษาต่างกันมีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบความต้องการเกี่ยวกับการวิจัยของบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกันมีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมแตกต่างกันและเป็นรายด้านพบว่าด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของความ ต้องการเกี่ยวกับการวิจัย ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ของบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 16-20 ปี มีความต้องการในการทำวิจัย ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ มากกว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 11-15 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของความ ต้องการเกี่ยวกับการวิจัย ด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยของบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 16-20 ปี มีความต้องการในการทำวิจัย ด้านวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือและสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยมากกว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของความ ต้องการเกี่ยวกับการวิจัยโดยรวม ของบุคลากรที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ที่มี

ระยะเวลาการปฏิบัติงานระหว่าง 16-20 ปี มีความต้องการเกี่ยวกับการวิจัยโดยรวม มากกว่าบุคลากรที่มีระยะเวลาปฏิบัติงาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความรู้และความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาระดับความรู้ในการทำวิจัยของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ประชากรที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับงานวิจัยเฉลี่ย 6.6 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนนคิดเป็น ร้อยละ 65.8 ของคะแนนเต็ม ซึ่งประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.4 (S.D = 1.3 คะแนน) เนื่องจาก ความรู้เป็นความสามารถที่บุคคลจำจากประสบการณ์ การเรียนรู้ การรับรู้ สภาพแวดล้อมและกรอบการทำงานสำหรับการประเมินซึ่งความรู้เป็นส่วนใหญ่ของการตัดสินใจ และการมีเหตุผลที่ดี หากองค์กรจะพัฒนาตนเองให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ก็จำเป็นต้องบริหารจัดการความรู้ภายในองค์กรให้เป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้ได้จริงและต่อเนื่อง หากองค์กรใดมีการจัดการความรู้โดยไม่มีการสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นภายในองค์กร ก็นับเป็นการลงทุนที่สูญเปล่าได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการความรู้ มีความซับซ้อนมากกว่าการพัฒนาบุคลากรด้วยการฝึกอบรม เพราะเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการต่อภายหลังจากที่บุคลากรมีความรู้ความชำนาญแล้ว องค์กรจะอย่างไรให้บุคลากรเหล่านั้นยินดีถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น และในขั้นตอนสุดท้าย องค์กรจะต้องหาเทคนิคการจัดเก็บความรู้เฉพาะไว้กับองค์กรอย่างมีระบบเพื่อที่จะนำออกมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัญหาการพัฒนางานวิจัยของบุคลากรในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประสบปัญหาในเรื่องยังมีอาจารย์บางส่วนไม่เห็นความสำคัญของการวิจัย

แต่ในขณะเดียวกันก็มีอาจารย์จำนวนมากที่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการวิจัย แต่มีอาจดำเนินการวิจัยได้หรือดำเนินไปได้ไม่เต็มที่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ หรือการสนับสนุนการทำวิจัย⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ ส่วนที่ขาดดังกล่าวอาจเป็นเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน อาทิ เช่น การวางแผนงาน การเขียนโครงการการวางแผนวิธีวิจัย การปฏิบัติการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผลงานวิจัย การกำหนดปัญหาที่จะวิจัยอีกทั้งขาดแรงจูงใจหรือพลังสนับสนุน อาทิ กลไกซึ่งเอื้อต่อการกระจายความสามารถของบุคลากรซึ่งพร้อมด้วยประสบการณ์ อีกทั้งยังมีปัญหาในด้านเจตคติของผู้ทำวิจัยที่ทำเพียงเพื่อผลการพิจารณาตำแหน่งทางวิชาการ ทำให้ขาดพลังใจที่จะทำวิจัยเพื่อบุกเบิกแสวงหาความก้าวหน้าในตัวเอง รวมทั้งขาดเจตคติที่ดีต่อการวิพากษ์วิจารณ์และการรับคำวิพากษ์วิจารณ์ในผลงานวิจัย จรัส สุวรรณเวลา (2545 : 78)⁽⁴⁾ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาก็จะเห็นว่า ระดับความรู้ในการทำวิจัยของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะในการทำวิจัยในแต่ละปีอย่างน้อย และลักษณะงานที่รับผิดชอบมีหลายงานจึงทำให้เวลาไม่เพียงพอในการที่ศึกษาองค์ความรู้ในการทำวิจัย และไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. จากการศึกษาระดับความรู้ในการทำวิจัยของบุคลากร สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอเมืองกาฬสินธุ์มีความต้องการในการทำวิจัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.56$) ด้านที่มีความต้องการมากที่สุดคือ ด้านเงินทุนในการทำวิจัย ($\bar{X} = 4.00$) รองลงคือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ($\bar{X} = 3.95$) เนื่องจาก ตามทฤษฎีความต้องการมาสโลว์ (Dr. Abraham H. Maslow) ตามลำดับขั้นของมนุษย์ แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับ ความคิดสำคัญของทฤษฎีนี้ก็คือ ความต้องการส่วนใหญ่ในระดับที่ต่ำกว่าต้องได้รับการตอบสนองก่อนที่จะมีความต้องการในระดับที่สูงขึ้นไปจะเกิดขึ้น อย่างไรก็ดี ทั้งนี้ก็ได้หมายความว่าต้องการมากกว่า

หนึ่งระดับไม่อาจเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน ความต้องการของมนุษย์เป็นจุดเริ่มต้นของการจูงใจ มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีความต้องการไม่สิ้นสุด ตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ทุกคนมีความต้องการตลอดเวลา และจะต้องมากขึ้นเรื่อยไป ความต้องการของมนุษย์จัดเป็นขั้นตอนตามความสำคัญจากต่ำไปสูง ซึ่งเรียกว่า ความต้องการมูลฐาน 5 ขั้น มาสโลว์จัดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ไว้อย่างมีระเบียบเรียกว่า Hierarchy of human needs เรียงลำดับขั้นจากต่ำไปสูง ถ้าความต้องการในขั้นแรกๆ ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการในขั้นสูงถัดไปเมื่อเทียบกับหลักธรรมของพุทธศาสนา เปรียบได้กับอริยมรรค 4 คือ⁽⁵⁾ ลาภ ซึ่งได้แก่ ทรัพย์ ศฤงคาร (สิ่งที่ทำให้เกิดความรัก, ความใคร่) เงินทอง ยศ ได้แก่ ตำแหน่ง เจริญศุข ปรินิพพาน วิชยฐานะ สรรเสริญ ได้แก่ ความเคารพ นับถือจากผู้อื่น ความสุข ทั้งในร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน สาธารณสุขเขต 14 จากการศึกษาค้นคว้าความต้องการในการพัฒนาตนเองภาพรวม พบว่ามีความต้องการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับมากความต้องการในการพัฒนาตนเองภาพรวม พบว่ามีความต้องการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับมากความต้องการในการพัฒนาตนเองค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน รุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์ (2551)⁽⁶⁾ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาก็จะเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านเงินทุนในการทำวิจัย และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งควรส่งเสริมให้บุคลากรมีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิจัย นำผลงานวิจัยในการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือนให้สูงขึ้น ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีประสบการณ์ ด้านเงินทุนในการทำวิจัยการให้รางวัลสนับสนุนงานวิจัยอาจทำให้บุคลากรทำวิจัยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควร ส่งเสริม และ สนับสนุน ความรู้ และ ประสบการณ์ในการทำวิจัยให้กับบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์

2. ควรปรับปรุงห้องของสำนักงานให้มีระบบ
กันควันที่ทันสมัย มีเอกสารตำราวิชาการ ทั้งภาษาไทยและ
ภาษาต่างประเทศ

3. ควรกำหนดนโยบายด้านวิจัยที่ชัดเจน เน้นให้
เกิดความคล่องตัวจัดประชุมเพื่อสร้างภาคีเครือข่าย และทำ
เป็นระเบียบ คำสั่ง แจกแจงให้บุคลากรได้รับทราบนโยบาย
และแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจน

4. ควรส่งเสริมและให้โอกาสบุคลากรในการทำ
วิจัยโดยการให้การยอมรับนับถือยกย่อง ชมเชย ให้รางวัล
จากผลการปฏิบัติงานสนับสนุนความก้าวหน้าในตำแหน่ง
หน้าที่ ทุนวิจัย เวลาในการทำวิจัย กระตุ้นและเสริมสร้าง

ความรู้สึกรักอยากทำวิจัยให้มากขึ้น โดยการสร้างวัฒนธรรม
การทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง

5. ควรส่งเสริมแนวทางไปยังให้โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลนำไปใช้วางแผนดำเนินการด้านการ
วิจัย ผลงานวิชาการให้เหมาะสม ส่งเสริมให้เพิ่มจำนวน
ผลงานวิจัย สร้างสรรค์และนำไปใช้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบของ
การทำวิจัยในด้านอื่นๆ

2. ควรศึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ใน
หน่วยงานของจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเสนอเป็นนโยบายการ
พัฒนาระดับจังหวัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. โครงการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข, 2560.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2560.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์. งานวิชาการสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์, 2560.
- จรัส สุวรรณเวลา. ระบบวิจัยโลกกับระบบวิจัยไทย. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2545.
- เสถียร เหลืองอร่าม. หลักการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ : แพร่พิทยา, 2519.
- รุ่งอรุณ กระมุทกาญจน์. ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน
สาธารณสุขเขต 14. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการทั่วไป, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2551.
- นิศากร สิงหนณี. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2546.
- ประภาพร กุลฉวงศ์. ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนงานด้านวิชาการคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
- ประสิทธิ์ ศักดิ์คำดวง. ความต้องการพัฒนาการวิจัยในชั้นเรียนของครูผู้สอนในโรงเรียน ประถมศึกษา สังกัดสำนักงาน
การประถมศึกษาอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันราชภัฏ
มหาสารคาม, 2545.
- ปิ่นทรีรา จันทหลวง. แนวทางการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. การศึกษาอิสระ
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต. เชียงราย : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2552.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกระบวนการ PAOR ของผู้ป่วยในเขต
 รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชาตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
 Behavior Modification of Opisthorchiasis patients by PAOR process in Ban Kham Luea Cha Health Promotion
 Hospital, Sahatsakhan Sub-district, Sahatsakhan District,

อารีย์ ภูอุกใจ¹, ธีรนาถ สุวรรณเรือง²

Aree Phuthookjai¹, Theeranat Suwanarung²

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับโดยกระบวนการ PAOR ของผู้ป่วย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาทั้งประชากรจำนวน 98 คน ด้วยการเลือกแบบเจาะจง โดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการ สะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชาตำบลสหัสขันธ์อำเภอสหัสขันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์พบมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3) ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลสหัสขันธ์อำเภอสหัสขันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์มีความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 4) ความรู้ พฤติกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ,ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

The aim of this study was investigated the behavior modification of Opisthorchiasis patients by PAOR process in Ban Kham Luea Cha health promotion hospital, Sahatsakhan sub-district, Sahatsakhan district, Kalasin province. The study was a specific selection of 98 populations with action research. There were 4 steps: planning, observing, and analyzing data using frequency, percentage, mean, and standard deviation. Test hypothesis used Pearson's product moment correlation coefficient.

The results were as follows : 1) Patients with liver fluke disease in Ban Kham Luea Subdistrict Sahatsakhan Health Promoting Hospital, Sahatsakhan District, Kalasin Province, had a moderate level of knowledge about liver fluke disease and cholangiocarcinoma. 2) Patients with liver fluke disease at Sahatsakhan District, Kalasin Province were overall risk behaviors of the pathogen, liver fluke and cholangiocarcinoma were at a moderate level. 3) Patients with psoriasis, Sahatsakhan district, Kalasin province had health beliefs about liver fluke disease and cholangiocarcinoma at a moderate level. 4) Knowledges, behaviors and health beliefs of Liver Leukemia Patients at Ban Kham Luecha Health Promotion Hospital Sahatsakhan district, Kalasin province were not relationship.

Keyword: investigated the behavior modification, Opisthorchiasis patients

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุข (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุหลักมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคปลาที่น้ำจืดที่มีเกล็ดขาวแบบดิบๆ หรือไม่สุกพอเพียงพอ ซึ่งจะตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับที่มีชื่อเรียกกันว่า โอพิทอคิส วิเวอรรินาย (Opisthorchis Viverrini) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของท่อน้ำดีในตับ และถ้าเป็นมากหรือเป็นเรื้อรังนานๆก็อาจจะก่อให้เกิดโอกาสเสี่ยงกลายเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือมะเร็งตับได้ (กาญจนา ฮามสมพันธ์, 2558)⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลก (WHO) ขอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงมากที่สุดในโลก ข้อมูล พ.ศ.2557 พบความชุกพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.2 โดยในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 90 รองลงมาคือภาคเหนือพบร้อยละ 5.2 ในระดับหมู่บ้านอาจมีความชุกสูงถึงร้อยละ 45.6 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการบริโภคอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเช่น ปลาร้าดิบ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ แจ่วบองใส่ปลาร้าดิบ โรคนี้มีต้นทุนในการรักษาสูงประมาณ 5 แสนบาทต่อคน ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำมาก เนื่องจากพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายๆ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น เครือข่ายสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และจากการสำรวจความชุกโรคหนอนพยาธิทั่วประเทศ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ พยาธิใบไม้ตับในภาพรวม ร้อยละ 8.7 หรือประมาณ 6 ล้านคนทั่วประเทศ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นปรสิตก่อมะเร็ง ข้อมูลล่าสุดในปี 2553 โดย มข. สถาบันมะเร็งนานาชาติ และองค์การอนามัยโลก พบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของมะเร็งตับสูงเป็นอันดับที่ 5 ของโลก ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีกว่าปีละ 28,000 คน หรือประมาณ 80 คนต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งปาก

มดลูกซึ่งมีอัตราการเสียชีวิต 6 คนต่อวัน และกว่าร้อยละ 70 เป็นมะเร็งตับชนิดมะเร็งท่อน้ำดี เกือบร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งตับทั่วโลก อยู่ที่มีประมาณปีละ 600,000 คนซึ่งนับว่าสูงมากสำหรับประเทศขนาดเล็กอย่างประเทศไทย

สำหรับจังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 7 ขอนแก่น พบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี และแต่ละปีก็มีแนวโน้มที่จะพบมากขึ้นเรื่อยๆ จากผลการสำรวจพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย พ.ศ. 2552 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้ กาฬสินธุ์พบร้อยละ 27.4 ขอนแก่นพบร้อยละ 14.2 ร้อยเอ็ดพบร้อยละ 11.8 มหาสารคามพบร้อยละ 11.6 อัตราตายจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีต่อประชากร 100,000คน ดังนี้ ร้อยเอ็ด 54.8 คน กาฬสินธุ์ 50.9 คน และ มหาสารคาม 44.9 คน

อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยคิดจากตัวชี้วัดของจังหวัดกาฬสินธุ์ และยุทธศาสตร์อำเภอสหัสขันธ์ ร้อยละ 60 ของประชากรทั้งหมดซึ่ง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรอายุ 40 – 60 ปี จำนวน 11,563 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จากผลการรณรงค์ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ ปี 2560 กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ จำนวน 3,912 คน ผลการสำรวจมีกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยง 3 ข้อ ขึ้นไป จำนวน 2,303 คน ได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระ จำนวน 846 คน ร้อยละ 36.73 พบ ไข่พยาธิใบไม้ตับ จำนวน 98 คน ร้อยละ 11.58 พยาธิใบไม้ลำไส้ 32 คน ร้อยละ 3.78 ไข่พยาธิตัวตืด จำนวน 25 คน ร้อยละ 2.95 พยาธิสตรองจิริยด์ จำนวน 17 คน ร้อยละ 2 และพยาธิปากขอ จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.35 จะเห็นได้ว่าจากผลการรณรงค์ตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ในปี 2560 ประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา พบว่ายังมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับเกินร้อยละ 10 และได้มีการ

จัดทำโครงการเพื่อลดปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนเพื่อลดการเดินโรคพยาธิใบไม้ตับ

ดังนั้นในการศึกษากครั้งนี้ผู้ศึกษาได้สนใจศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง แก้ไข ดำเนินการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อลดอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลสหสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคำลือชา ตำบลสหสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วย ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์รูปแบบการจัดการครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีการแบบทดสอบกลุ่มเดียว

วัด 2 ครั้ง (The One Group Pre test – Post test Design) ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโดยแบบคัดกรองตามเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 905 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองโดยแบบคัดกรองตามเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ กระทรวงสาธารณสุข และตรวจพบเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 98 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ (Interviews) ที่พัฒนาจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารตารางงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การเคยได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ เคยตรวจพบพยาธิ ใบไม้ตับ การเคยรับรักษาการซื้อยามาพยาธิใบไม้ตับ มารับประทานแหล่งน้ำในชุมชนการรับประทาน ปลาในแหล่งน้ำชุมชนมีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โดยแบบสัมภาษณ์เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ อาทิ สาเหตุ อาการ ป้องกันการเกิดโรค จำนวน 15 ข้อ การจัดระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จัดโดยอิงเกณฑ์ (อ้างใน วรพจน์ พรหมสัถยพรด, 2544) ดังนี้

มีความรู้ระดับดี หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน)

มีความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้ร้อยละ 60 – 79 (9 – 11 คะแนน)

มีความรู้ระดับต้องปรับปรุง หมายถึง คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 – 8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 25 ข้อ เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลความความหมายระดับความเชื่อโดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) จำนวนชั้น (Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19 อ้างอิงจาก สมัทธนา กลางการ และวราภรณ์ พรหมสัถยพรด, 2553) สรุปผลเป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก ระดับสูงปานกลาง ระดับต่ำ และระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด (Close Ended Question) มีคำถามให้เลือก 3 ตัวเลือก ผู้ถูกสอบถามจะเลือกคำตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ การวิเคราะห์การให้คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) จำนวนชั้น สรุปผลเป็น 5 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 เตรียมการ

1.1 การเตรียมชุมชน ประสานงานกับส่วนที่เกี่ยวข้อง และสร้างความเข้าใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1.2 การเตรียมเนื้อหา โดยการศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านสุขภาพของชุมชนดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระยะที่ 2 การวางแผน

2.1 การประชุมประชาคมเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกัน

2.2 การวางแผน โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการจัดทำแผนงานโครงการชาวตำบลสหัสขันธ์ร่วมใจ ป้องกัน

ภัยพยาธิใบไม้ตับ โดยได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลสหัสขันธ์

ระยะที่ 3 การปฏิบัติการตามแผน

3.1 กิจกรรมต้นไม้งานศรัทธา

ต้นไม้งานที่ 1 คน กิจกรรมมีดังนี้ มอบหมายให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับวงจรชีวิตการเกิดโรค แนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง/ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคด้วยตนเอง ทำพันธะสัญญา

ต้นไม้งานที่ 2 สิ่งแวดล้อม กิจกรรมมีดังนี้ การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ ขับถ่ายลงส้วมทุกครั้ง ประกาศให้เขตชุมชนเป็นเขตปลอดครูดุส้วมมาเท ให้ย้ายถ่ายพยาธิในสัตว์เลี้ยง

ต้นไม้งานที่ 3 ตัวเชื้อโรค กิจกรรมมีดังนี้ มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับและได้รับการตรวจ อัลตราซาวด์ทุกรายที่ตรวจพบไข่พยาธิ

3.2 ให้สุขศึกษารายเคี้ยว/รายกลุ่ม/เยี่ยมบ้าน สุขศึกษา เป็นการสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้ โดยอาศัยรูปแบบต่างๆของการสื่อสารที่คิดค้นขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนา ซึ่งผลเกี่ยวหนุนสุขภาพของชุมชนและปัจเจกบุคคล ประยุกต์ใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่างถูกต้องและต้องมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำได้ทั้งขณะสนทนารายเคี้ยว รายกลุ่ม หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีรูปแบบแล้ววิธีการ เพื่อให้เกิดผลคุ้มค่ามากที่สุดเข้าถึงสะดวกและมีระบบปรึกษาที่ดีเพื่อการอภิบาลปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ พบมีอัตราการติดโรคสูงในภาคอีสาน

ระยะที่ 4 สรุปและประเมินผล โดยการประเมินความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเชื่อทางด้านสุขภาพเรื่องพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

1. ขั้นตอนการได้แก่

1.1 การเตรียมชุมชน โดยการประสานงานกับส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสหพันธ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา องค์การบริหารส่วนตำบลสหพันธ์ ผู้นำชุมชนจำนวน 13 หมู่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี และการสร้างความเข้าใจต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการชี้แจงหลักการดำเนินงาน วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานการขอความร่วมมือ การวางแผนงาน รูปแบบการเก็บข้อมูล การประสานส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ร่วมดำเนินการ ขอบเขตในการดำเนินการ สื่ออุปกรณ์ที่ต้องใช้ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์

1.2 การเตรียมเนื้อหา โดยการการศึกษาบริบทและสถานการณ์ด้านสุขภาพของชุมชนดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จากแกนนำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการประชุม ทบทวนค้นคว้าจากเอกสาร ใช้อุปกรณ์ ได้แก่ กระดาษ ปากกา กล้องถ่ายรูป ผลที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อรู้สภาพปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. ขั้นตอนการวางแผน ได้แก่

2.1 ดำเนินการประชาสัมพันธ์เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกัน

ประชุมเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพชุมชนร่วมกัน ถึงความต้องการของชุมชนต่อการพัฒนาและแก้ปัญหาทั่วไป และปัญหาสุขภาพ ร่วมกันศึกษาข้อมูล พบว่าปัญหาเรื่อง

โรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งชุมชนเป็นพื้นที่ใกล้แหล่งน้ำจืด ยังมีประชาชนที่ยังมีการรับประทานปลาแบบสุกๆดิบๆอยู่ ชุมชนจึงอยากให้มีการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.2 จัดทำแผนงานโครงการชาวตำบลสหพันธ์ ร่วมใจ ป้องกันภัยพยาธิใบไม้ตับ โดยได้รับงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลสหพันธ์ ประกอบด้วย กิจกรรมต้นไม้แห่งศรัทธา และกิจกรรมให้สุขศึกษารายเดือน/รายกลุ่ม/เยี่ยมบ้าน

3. การปฏิบัติการตามแผน ได้แก่

3.1 กิจกรรมต้นไม้แห่งศรัทธา

ต้นไม้ที่ 1 คน กิจกรรมมีดังนี้ อบรมให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับวงจรชีวิตการเกิดโรค แนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคด้วยตนเอง ทำพันธะสัญญา

ต้นไม้ที่ 2 สิ่งแวดล้อม กิจกรรมมีดังนี้ การขุดถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ ขุดถ่ายลงส้วมทุกครั้ง ประกาศให้เขตชุมชนเป็นเขตปลอดการขุดถ่ายมาเท ให้ขุดถ่ายพยาธิในส้วมเสีย

ต้นไม้ที่ 3 ตัวเชื้อโรค กิจกรรมมีดังนี้ มีการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับให้แก่ประชาชน ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับและได้รับการตรวจ อัลตราซาวด์ทวารที่ตรวจพบไข่พยาธิ

3.2 ให้สุขศึกษารายเดือน/รายกลุ่ม/เยี่ยมบ้าน เป็นการสร้างโอกาสเพื่อการเรียนรู้ โดยอาศัยรูปแบบต่างๆของการสื่อสารที่คิดค้นขึ้น รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนา ซึ่งผลเกี่ยวเนื่องสุขภาพของชุมชนและปัจเจกบุคคลประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและต้องมีประสิทธิภาพสูงสุด ทำได้ทั้งขณะสนทนารายเดี่ยว รายกลุ่ม หรือการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้วิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีรูปแบบแล้ววิธีการ เพื่อให้เกิดผลคุ้มค่ามากที่สุดเข้าถึงสะดวกและมีระบบปรีกษาที่ดี เพื่อการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบมีอัตราการติดโรคสูงในภาคอีสาน

2. ความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคำ

ลือชา ตำบลสหพันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

2.1 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหพันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.3) อายุต่ำสุด 29 ปี อายุมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ย 51.76 ปี โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี สถานะคู่/ สมรส (ร้อยละ 81.6) มีการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 83.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 95.9) และมีรายได้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 34.96) รองลงมาได้รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 25.51) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 100) เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 100) เมื่อตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับแล้วได้ดำเนินการรักษาโดยการรับประทานยาทุกครั้งที่ตรวจพบ (ร้อยละ 100) ไม่เคยซื้อยาถ่ายพยาธิมารับประทานเอง (ร้อยละ 92.9) มีแหล่งน้ำในชุมชน (ร้อยละ 75.5) เคยรับประทานปลาในแหล่งน้ำชุมชน (ร้อยละ 86.7) มีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 13.23) ส่วนใหญ่ที่ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีเป็น พ่อ แม่ (ร้อยละ 7.14)

2.2 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหพันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.00) รองลงมาคือควรปรับปรุง (ร้อยละ 32.70) และมีความรู้ระดับดี (ร้อยละ 16.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความรู้สูงสุดตามรายข้อ คือ สุนัข แมว มีส่วนทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้ (ร้อยละ 91.8) และมีระดับความรู้ต่ำสุด คือ ไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระก่อนกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ เพราะเป็นยาที่ปลอดภัย (ร้อยละ 29.6)

2.3 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลสหพันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับการ

ปฏิบัติสูง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานส้มตำปลาสดดิบ ($\bar{X}=2.04$) รองลงมาระดับพฤติกรรมปานกลาง ได้แก่ รับประทานลาบปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ และการรับประทานปลาร้าดิบเครื่องแกงดิบ ($\bar{X}=1.98$) การรับประทานส้มปลาดิบหรือสุกๆดิบๆรับประทานส้มปลาน้อยดิบ หรือสุกๆดิบๆ ($\bar{X}=1.96$) รับประทานแจ่วบองปลาร้าดิบ หรือสุกๆดิบๆ ($\bar{X}=1.95$) รับประทานปลาทั้งตัวดิบ หรือสุกๆดิบๆ ($\bar{X}=1.94$) รับประทานกินก้อยปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ ($\bar{X}=1.91$) รับประทานปลาเจ้าปลาจอม) ดิบ ($\bar{X}=1.88$) และรับประทานหม่ำปลาดิบ หรือสุกๆดิบๆ ($\bar{X}=1.86$)

2.4 ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลสหพันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความเชื่อทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.27$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การกินปลาร้าดิบ ปลาสดดิบ แหนม ดิบ ไม่เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีมะเร็งตับ ($\bar{X}=4.16$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งเป็นโรคเวรโรคกรรม ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ($\bar{X}=1.88$)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด โรคพยาธิใบไม้ตับไม่อันตรายเพราะมียารักษาหาย ($\bar{X}=4.02$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก ท่านจึงกลัวโรคนี้นี้มากกว่าโรคอื่นๆ ($\bar{X}=1.57$)

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด สามารถซื้อยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับกินเองได้เพราะยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับไม่มีผลเสียต่อร่างกาย ($\bar{X}=3.24$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ได้แก่ การตรวจอุจจาระ และรักษาเมื่อพบพยาธิใบไม้
ตับ เป็นการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ($\bar{X}=1.44$)

ด้านการการรับรู้ต่ออุปสรรค โดยรวมอยู่ในระดับ
ปานกลาง ($\bar{X}=2.07$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่
มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ขาดพยาธิใบไม้ตับ ซื้อง่าย ขอได้ฟรี
จึงไม่จำเป็นต้องเลิกกินปลาดิบ ($\bar{X}=3.08$) และข้อที่มี
ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ท่านเลิกกินสุก ถึงแม้ว่ารสชาติจะเสีย
ไป ท่านก็ยินดีทำ เพราะท่านกลัวเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ ($\bar{X}=1.70$)

ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับ
ต่ำ ($\bar{X}=1.60$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มี
ค่าเฉลี่ยมากที่สุด จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับปัจจัย
เสี่ยงต่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี กินปลาดิบ ปลาสำ/ปลาต้ม/
แห่นมดิบ และกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับแบบไม่จำเป็น)
เพื่อคนที่ท่านรักและครอบครัวท่าน ($\bar{X}=1.85$) และข้อที่มี
ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่อง โรคพยาธิ
ใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีส่งผลต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมมารับรักษาของท่าน ($\bar{X}=1.39$)

3. ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้
ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านคำลือชา ตำบลสหสันต์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำ
ลือชา ตำบลสหสันต์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ไม่มีความสัมพันธ์กัน

พฤติกรรมและความเชื่อของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้
ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านคำลือชา ตำบลสหสันต์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลสหสันต์
อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระดับความรู้เกี่ยวกับ

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่พบว่า มี
ความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51 รองลงมา
คือการปรับปรุง ร้อยละ 32.7 และมีความรู้ระดับดี ร้อยละ
16.3 เมื่อพิจารณารายข้อระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิ
ใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า มีความรู้สูงสุดตามราย
ข้อ คือ สุนัข แมว มีส่วนทำให้เกิดการแพร่เชื้อโรคพยาธิ
ใบไม้ตับได้ ร้อยละ 91.8 และมีระดับความรู้ต่ำสุด คือ ไม่
จำเป็นต้องตรวจอุจจาระก่อนกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
เพราะเป็นยาที่ปลอดภัย ร้อยละ 29.6 แสดงให้เห็นว่า
ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหสันต์
อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรค
พยาธิใบไม้ตับที่พบมีอายุ 51 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ มีความรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและการ
ป้องกันโรคเป็นอย่างดี แต่ยังมีมารับประทานอาหารที่
เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และในด้านความเชื่อ
ทางด้านสุขภาพในประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและ
โรคมะเร็งท่อน้ำดีด้านระดับความเชื่อทางสุขภาพใน
ประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
พบว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลสหสันต์ อำเภอส
หัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความเชื่อทางด้านสุขภาพใน
ประเด็นเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี
โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน
พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$
=3.28) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยรวมอยู่ใน
ระดับสูง ($\bar{X}= 4.6$) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการ
รักษาและป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}= 2.05$)
และด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค โดยรวมอยู่ในระดับปาน
กลาง ($\bar{X}=2.07$) แสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้
ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
คำลือชา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคพยาธิ
ใบไม้ตับได้ และทราบถึงความรุนแรงของการเกิดโรค แต่
ผู้ป่วยไม่เลิกในการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิด
โรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเมื่อป่วย
เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับแล้วมีรักษา เมื่อป่วยแล้วสามารถ

ชื่อยามารับประทานได้ ซึ่งจากการศึกษาจะแสดงให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับเชื่อในการดำเนินสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.6$) สิ่งที่สามารถที่จะปฏิบัติมากที่สุดคือ จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (เลิกการรับประทานปลาดิบ /ปลาร้าดิบ/ ปลาสัมดิบ/ แหนมดิบ/ และการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับแบบไม่จำเป็น) เพื่อคนและครอบครัวของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับการปฏิบัติสูง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานส้มตำปลาร้าดิบ ($\bar{X} = 2.04$)

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมและความเชื่อของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความรู้และพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.5 ความรู้และความเชื่อของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.5 จะเห็นแสดงให้เห็นได้ว่าการศึกษาศึกษาผล

ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคำลือชา ตำบลสหัสขันธ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับมีความรู้และเข้าใจปัจจัยการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และรับรู้ถึงวิธีการป้องกันเพื่อลดการเกิดโรคเป็นอย่างดี รับรู้ถึงความรุนแรง และผู้ป่วยยังจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้เพื่อคนที่รักและครอบครัวของผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับการการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ศึกษามา

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการทบทวนให้ความรู้ผู้เกี่ยวกับวงจรชีวิตของโรคพยาธิใบไม้ตับตลอดจนการรักษาและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้มีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้นและสามารถนำไปขยายสู่ประชาชนในชุมชนต่อไป

2. ควรมีการส่งเสริมการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เช่น การรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวให้สุกก่อนรับประทาน อาทิ การรับประทานส้มตำโดยใช้ปลาร้าที่มีการต้มให้สุกเรียบร้อยก่อนนำมาปรุงอาหาร

3. การสร้างเวทีการเรียนรู้ชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็นโต้แย้งเสนอแนะเพื่อให้ทราบถึงผลกระทบทั้งข้อดีและข้อเสียในกรณีต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

ควรที่จะทำการศึกษาปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ฮามสมพันธ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558.

การจัดการขยะมูลฝอยของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิชการ ตำบลหนองแวงอำเภอสมเด็จ
จังหวัดกาฬสินธุ์

Solid Waste Management of Students of Somdet Technology Commercial College of Nongwang

Sub District Somdet District Kalasin Province

สุวิมล คอบุตร¹, ธันวาท ไชยเที่ยง², ธีรนาถ สุวรรณเรือง²

Aree Phuthookjai¹, Thunwa Chaitieng², Theeranat Suwanarung²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณ คุณลักษณะ ขยะมูลฝอยและพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษา ของวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิชการ ศึกษาต่อบรรณคดีอย่างจำนวน 237 คน ด้วยการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยเป็นวิจัยแบบผสมผสาน การเก็บข้อมูลโดยใช้ตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยปรากฏ ดังนี้ 1) วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิชการมีอัตราการเกิดขยะเท่ากับ 100 กิโลกรัม/วัน คิดเป็นร้อยละ 0.15 กิโลกรัม / คน / วันในหนึ่งเดือน ความหนาแน่นปกติของขยะมูลฝอย ในเฉลี่ยคิดเป็น 485 กิโลกรัม ต่อลูกบาศก์เมตรและองค์ประกอบขยะที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ ขยะทั่วไป และขยะที่พบน้อยที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ 2) นักเรียน นักศึกษา มีแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมอยู่ในระดับน้อย 3) นักเรียน นักศึกษาที่มีเพศ และระดับการศึกษาต่างกัน มีแรงจูงใจโดยรวมและเป็นรายด้านทุกด้าน และมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย และด้านขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ด้านขั้นตอนการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะ ไม่แตกต่างกัน 4) นักเรียน นักศึกษาที่มีสาขาวิชาต่างกันระดับการศึกษาต่างกัน มีแรงจูงใจและส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมและเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย และด้านขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การจัดการขยะมูลฝอยของนักศึกษา

Abstract

The aim of this research was studied the amount of solid waste management of students at Somdet Technology Commercial College. The samples were 237 students which were a hybrid research. The data collection used questionnaire and group discussion. The data was analyzed by frequency, mean, standard deviation. Test the hypothesis used t-test (Independent Sample) and F-test (One-way ANOVA).

The results of the research were as follows. 1) Somdet Technology Commercial College had a waste rate of 100 kg / day, or 0.15 kg / person / day, in one month. The average density of solid waste was 485 kilograms per cubic meter. The most common waste composition was common waste and the smallest waste was organic waste. 2) Students had motivation to participate in management. Total waste disposal was at a moderate level. Participation in waste management was a low level. 3) Students with different gender and education levels had overall motivations in every aspect and

¹ วิทยาลัยการอาชีวศึกษา (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

participate in waste management. The waste separation process and the steps used recycle waste at the 0.05 level of significance. However, the process of disposing of garbage were hygienic that was not different. 4) Students with different majors at different levels were motivates and participates in waste management. The waste separation process and the steps used recycle waste. The difference was statistically significant at the 0.05 level.

Keyword: Solid Waste Management of Students

บทนำ

นับตั้งแต่อดีตมาสู่ปัจจุบันปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่อยู่คู่กับสังคมไทยมาช้านานและนับวันยังมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีส่งผลให้มีวัสดุและผลิตภัณฑ์จำนวนมากที่ช่วยให้ชีวิตมีความสะดวกสบาย ได้มีการอุปโภคและบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน จากเดิมที่เคยใช้ตะกร้าเวลาไปจ่ายตลาด ใช้ปิ่นโตใส่อาหารใช้ใบตองหรือใบบัวซึ่งเป็นวัสดุที่ย่อยสลายได้ง่ายห่ออาหาร แต่ปัจจุบันมีการใช้สินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์จำพวกพลาสติก โฟม แก้ว กระดาษ โลหะ อลูมิเนียม เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดมูลฝอยสูงขึ้นตามไปด้วย ผลกระทบที่จะตามมาทั้งความสูญเสียทางด้านสิ่งแวดล้อมก่อให้เกิดมลพิษทางน้ำ ดินเสื่อมสภาพ การใช้สิ่งเหล่านี้ล้วนเพื่อตอบสนองต่อจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นตลอดจนความต้องการอุปโภคของมนุษย์ที่ไร้ขีดจำกัด จนนำไปสู่ปัญหาสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีสัดส่วนองค์ประกอบที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใหม่ได้ ในอัตราที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น โดยสามารถนำขยะจำพวก พลาสติก แก้ว กระดาษ โลหะ อลูมิเนียม มารีไซเคิลได้ร้อยละ 30 - 35 และนำขยะอินทรีย์หรือขยะที่สามารถย่อยสลายได้มาหมักทำปุ๋ยได้ ร้อยละ 45 - 50 แต่ปัจจุบันอัตราการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่นี้มีเพียงร้อยละ 22 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ซึ่งยังคงเป็นอัตราที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับขยะมูลฝอยที่มีศักยภาพในการกลับมาใช้ประโยชน์ได้ดังนั้น หากทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการลดคัดแยกและใช้ประโยชน์จากขยะมูลฝอยโดยเริ่มจากตนเองครอบครัว หมู่บ้านหรือชุมชนสถานประกอบการต่างๆ เช่น ร้านอาหาร โรงแรม ห้างสรรพสินค้าร้านสะดวกซื้อ

รวมทั้งองค์กรต่างๆเช่น โรงเรียน สถาน ที่ราชการอาคารสำนักงาน ก็จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยได้และยังช่วยให้ประหยัดงบประมาณและทรัพยากรธรรมชาติอีกด้วย⁽¹⁾

ขยะทั่วไป (General waste) หรือ มูลฝอยทั่วไป คือ ขยะประเภทอื่นนอกเหนือจากขยะย่อยสลาย ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย มีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่าสำหรับการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ เช่น ห่อพลาสติกใส่ขนมถุงพลาสติกบรรจุผงซักฟอก พลาสติกห่อลูกอม ขอบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ถุงพลาสติกเบื่อนเศษอาหาร โฟมเบื่อนอาหาร พอลียเบื่อนอาหาร เป็นต้น สำหรับขยะทั่วไปนี้เป็นขยะที่มีปริมาณใกล้เคียงกับขยะอันตราย กล่าวคือ จะพบประมาณ 3% ของปริมาณขยะทั้งหมดในกองขยะ⁽³⁾ ขยะมูลฝอย เป็นมลพิษที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ทุกคนต้องร่วมมือร่วมใจกันจัดการโดยการลดคัดแยกและนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด โดยเริ่มจากระดับครัวเรือนขยายออกไปสู่ชุมชน และองค์กรต่างๆ อันจะส่งผลให้ปริมาณขยะมูลฝอยลดลงในภาพรวมของประเทศ อีกทั้งยังเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่าและเกิดประโยชน์มากที่สุดคู่มือนี้นี้ประกอบด้วยแนวทางเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอย ณ แหล่งกำเนิดการคัดแยกมูลฝอยเพื่อให้ขายได้ในราคาดี การใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยในระดับครัวเรือนและชุมชน รวมทั้งตัวอย่างกิจกรรมลด คัดแยกและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอย ซึ่งครัวเรือนและชุมชนสามารถดำเนินการได้ในท้องถิ่นของตัวเอง⁽¹⁾

วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพระพนิตยการ ได้ก่อตั้งเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2554 จนถึงปัจจุบัน และในปีการศึกษา 2560 นี้ ได้มีนักเรียน นักศึกษา ทั้งหมด 581 คน ขยะมูล

ฝอยที่เกิดขึ้นภายในวิทยาลัย ฯ ส่วนมาก มาจากการใช้ชีวิตประจำวันของนักเรียน นักศึกษา รวมถึงอาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา ของวิทยาลัย ฯ ที่มาจากสหกรณ์ วิทยาลัย ฯ และร้านขายอาหารในโรงอาหารของวิทยาลัย ฯ ซึ่งขยะมูลฝอยเหล่านี้ยังไม่มีจัดการขยะมูลฝอยของทางวิทยาลัย ฯ และยังไม่ได้มีหน่วยงานใด เข้ามาศึกษาเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยของวิทยาลัย ฯ

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยของ นักศึกษา ในวิทยาลัยเทคโนโลยี สมเด็จพระพนิตยการ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือร่วมใจกันในการแก้ไขปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณ คุณลักษณะ ขยะมูลฝอยในวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ
2. เพื่อศึกษามีแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักศึกษาวិทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ
3. เพื่อเปรียบเทียบมีแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ ที่มี เพศ ระดับการศึกษา และสาขาวิชาที่แตกต่างกัน
4. เพื่อศึกษาแนวทางการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการขยะ ของนักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่องการศึกษาเรื่อง การจัดการขยะมูลฝอยของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะเวลาที่ศึกษา เดือน สิงหาคม พ.ศ.2560 - มกราคม พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียน

นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ จำนวน 581คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียน นักศึกษา ระดับ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณจากสูตร Taro Yamane ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 237คน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสอบถามนักเรียน นักศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) จำนวน 237 คน ในการชักกลุ่มตัวอย่างของการทำการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการชักกลุ่มตัวอย่างแบบจำแนกตามระดับการศึกษาและแผนกหรือสาขาวิชาต่างๆแล้วก็นำกลุ่มตัวอย่างไปทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 4 ตอนโดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน นักศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา จำนวน 4ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ ได้แก่ การยอมรับว่าเป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบ การสนใจความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในวิทยาลัย ความมุ่งหวังการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยร่วมกัน จำนวน 3 ด้านรวมทั้งหมด 13 ข้อโดยมีระดับการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพนิตยการ ได้แก่ ขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย ขั้นตอนการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะ และขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอยมีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ ขั้นตอนการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะมีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ และ

ขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ใหม่มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 12 ข้อ เป็นการวัดโดยคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบ 4 ระดับ คือ จำนวน 3 ด้านรวมทั้งหมด 12 ข้อโดยแต่ละข้อคำถามมีคำตอบ 4 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการถึงขยะภายในวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการจำนวน 7 ข้อซึ่งเกี่ยวกับการให้บริการถึงขยะภายในวิทยาลัย ฯ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาปริมาณและอัตราการเกิดขยะมูลฝอยโดยการนำขยะมูลฝอยทั้งหมดมาซึ่งทุกสัปดาห์ละ 1 วันในระยะเวลา 1 เดือนที่วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยจัดส่งแบบสอบถามถึงนักเรียน นักศึกษา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อจนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ เมื่อครบตามจำนวนผู้วิจัยจะได้จัดส่งผู้ช่วยนักวิจัยไปเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ โดยผู้ช่วยนักวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามทันที

3. การสนทนากลุ่มที่โดยกำหนดประเด็นสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในวิทยาลัย ฯ การมีส่วนร่วมศักยภาพของนักเรียน / นักศึกษา และการประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการจัดการขยะมูลฝอยในวิทยาลัย ฯ ปัจจัยปัญหาและอุปสรรค

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test (Independent Sample) และ F-test (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ปริมาณ คุณลักษณะ ขยะมูลฝอยในวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ พบว่า

1.1 ปริมาณขยะและอัตราการเกิดขยะมูลฝอย พบว่าปริมาณขยะและอัตราการเกิดขยะมูลฝอยของวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ ส่วนใหญ่มาจากนักเรียน นักศึกษา และอาจารย์ รวมถึงบุคลากรทางวิทยาลัย ฯ

รวม 581 คน อัตราการเกิดขยะ ในหนึ่งเดือน จะเกิดขยะมูลฝอย ที่ 2,000 กิโลกรัม หรือประมาณ 100 กิโลกรัม / วัน คิดเป็นร้อยละ 0.15 กิโลกรัม / คน / วัน

1.2 ความหนาแน่นขยะ พบว่าในหนึ่งเดือนความหนาแน่นปกติของขยะมูลฝอย ในวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ เฉลี่ยคิดเป็น 485 กิโลกรัม ต่อ ลูกบาศก์เมตร สัปดาห์ที่มีความหนาแน่นของขยะมากที่สุด คือ สัปดาห์ที่ 1 มีความหนาแน่น ที่ 500 กิโลกรัม ต่อ ลูกบาศก์เมตร และความหนาแน่นของขยะที่น้อยที่สุด คือ สัปดาห์ ที่ 4 มีความหนาแน่น 460 กิโลกรัม ต่อ ลูกบาศก์เมตร

1.3 องค์ประกอบขยะ พบว่า จากการศึกษาองค์ประกอบขยะมูลฝอยในวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ ขยะที่พบเป็นส่วนใหญ่ คือ ขยะทั่วไป เช่น ถังพลาสติก

สัปดาห์ที่ 1 ขยะที่มีปริมาณมากที่สุด คือ ขยะทั่วไป (46.09 %) ขยะที่พบน้อยที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ (24.82 %)

สัปดาห์ที่ 2 พบว่า ขยะที่มีปริมาณมากที่สุด คือ ขยะทั่วไป (38.73 %) และที่พบน้อยที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ (21.83 %)

สัปดาห์ที่ 3 พบว่า ขยะที่มีปริมาณมากที่สุด คือ ขยะทั่วไป (38.16 %) และที่พบน้อยที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ (23.66 %)

สัปดาห์ที่ 4 พบว่า ขยะที่มีปริมาณมากที่สุด คือ ขยะทั่วไป (38.51 %) และที่พบน้อยที่สุด คือ ขยะอินทรีย์ (25.92 %)

2. พฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษา ของวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ พบว่า

2.1 นักเรียน นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย (ร้อยละ 56.5) ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ใน ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 82.3) และศึกษาอยู่ในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลัง (ร้อยละ 27.0)

2.2 นักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชมัยการ แรงจูงใจที่มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย

โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านการยอมรับว่าเป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 3.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบในตัวเองเพื่อเป็นการเตรียมตัวเป็นพลเมืองมีคุณภาพในอนาคต ($\bar{X} = 3.29$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ จำเป็นที่จะต้องมีการวางวัดหรือค่าตอบแทนสำหรับนักเรียน ($\bar{X} = 2.73$)

ด้านการสนใจความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในวิทยาลัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มาก

($\bar{X} = 3.25$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ ทำให้มุมมองของนักเรียน นักศึกษา ในการกำจัดขยะมูลฝอยดีขึ้น ($\bar{X} = 3.31$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ ส่งเสริมให้นักเรียน นักศึกษามีระเบียบวินัยในตนเอง ($\bar{X} = 3.21$)

ด้านความมุ่งหวังการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหามูลฝอยร่วมกัน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนจะเข้าร่วมการจัดการขยะมูลฝอย เพราะมีโอกาสช่วยเหลือสังคมมากขึ้น ($\bar{X} = 3.27$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนจะเข้าร่วมการจัดการขยะมูลฝอย เพราะเป็นตัวกระตุ้นให้ บุคคลแสดงพฤติกรรม เช่น เห็นขยะมูลฝอยแล้วรีบเก็บทิ้งลงถังขยะ ($\bar{X} = 3.09$)

2.3 นักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ ในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.65$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนแยกคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้งลงถังขยะ ($\bar{X} = 2.69$) และ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนใช้ภาชนะส่วนตัวรองรับขยะมูลฝอยให้กับส่วนรวม ($\bar{X} = 2.61$)

ด้านขั้นตอนการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

($\bar{X} = 2.59$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนเคยนำขยะมูลฝอยไปทิ้งที่สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของวิทยาลัย ($\bar{X} = 2.68$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนเคยนำขยะมูลฝอยไปทิ้งบริเวณที่มีการแยกประเภทขยะภายในวิทยาลัย ฯ ($\bar{X} = 2.53$)

ด้านขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.38$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนเคยเสนอแนะการปรับปรุงวิธีการทำงานในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์ภายในวิทยาลัย ฯ ($\bar{X} = 2.60$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนเคยนำเศษขยะหรือเศษสิ่งของไปขาย ($\bar{X} = 2.41$)

2.4 นักเรียน นักศึกษาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการถังขยะว่ามีการบริการ ได้แก่ หน้าอาคารหรือบริเวณที่ใกล้เคียงกับอาคารของท่าน มีถังขยะหรือที่รวบรวมขยะของวิทยาลัย ฯ อยู่หรือไม่ (ร้อยละ 86.1) ถังขยะหรือที่รวบรวมขยะนั้น มีฝาปิดมิดชิดหรือไม่ (ร้อยละ 84.0) ถังขยะหรือที่รวบรวมขยะ สังกั้นรบกวน หรือปัญหาความเดือดร้อนรำคาญ หรือไม่ (ร้อยละ 55.7) ถังขยะหรือที่รวบรวมขยะที่มีอยู่นั้น เพียงพอกับปริมาณขยะหรือไม่ (ร้อยละ 54.9) ถังขยะในอาคารเรียนหรือห้องเรียนของท่านส่วนใหญ่ มีศักยภาพเป็นอย่างไร (ร้อยละ 56.1) มีการทำความสะอาดถังขยะในอาคารเรียนหรือห้องเรียนของท่าน หรือไม่ (ร้อยละ 51.1) แต่มีความคิดเห็นที่ไม่มีบริการ ได้แก่ ถังขยะหรือที่รวบรวมขยะที่มีอยู่นั้น มีการแยกตามประเภทขยะหรือไม่ (ร้อยละ 67.5)

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ ที่มี เพศ ระดับการศึกษา และสาขาวิชาที่แตกต่างกัน พบว่า

3.6 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการจัดการ
ขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษาที่มีสาขาวิชาที่ต่างกันมี
ส่วนร่วมในการจัดขยะมูลฝอยโดยรวมและเป็นรายด้าน
ได้แก่ ด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย ด้านขั้นตอน
การนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ที่ระดับ 0.05 จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ LSD แต่ด้านขั้นตอนการทิ้งขยะมูลให้ถูกสุขลักษณะไม่แตกต่างกันพบว่า

3.6.1 การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วม ด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย ของนักเรียน นักศึกษา ที่มีสาขาวิชาที่ต่างกันสาขาวิชาช่างยนต์ มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอยมากกว่าสาขาวิชาการบัญชีและการตลาด สาขาวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจมีการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยมากกว่าสาขาวิชาการบัญชี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3.6.2 การเปรียบเทียบด้านขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ ของนักเรียน นักศึกษา ที่มีสาขาวิชาที่ต่างกันสาขาวิชาช่างยนต์ มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ มากกว่า สาขาวิชาการตลาด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3.6.3 การเปรียบเทียบโดยรวมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย ของนักเรียน นักศึกษา ที่มีสาขาวิชาที่ต่างกันสาขาวิชาช่างยนต์ มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวมมากกว่า สาขาวิชาการตลาดและสาขาวิชาช่างไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

4. แนวทางการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการขยะ ของนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ พบว่า จากการสนทนากลุ่ม ตัวแทนนักเรียน นักศึกษา ทั้งหมด 14 คน จาก 6 สาขาวิชา ในวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ นั้น ประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ในการจัดการขยะมูลฝอย ผู้ทำวิจัยได้รวบรวมข้อเสนอแนะหลักจากตัวแทนนักเรียน นักศึกษา มีทั้ง 4 หัวข้อ ดังนี้

4.1 ควรมีผู้นำในการจัดการขยะมูลฝอยในสถาบัน จากการสนทนากลุ่ม ในที่ประชุมเห็นร่วมกันว่า ควรมีผู้นำ

...เนื่องจากว่ามีผู้นำชักชวนจะทำให้มีความส่วนร่วมอย่างเต็มใจมากกว่าครูสั่ง..

4.2 ควรมีรางวัลในการจัดการขยะมูลฝอยในวิทยาลัยฯ จากการสนทนากลุ่ม ในที่ประชุมเห็นร่วมกันว่า ควรมีรางวัลให้กับคนที่ช่วยจัดการขยะมูลฝอย

เนื่องจากว่า ถ้ามีรางวัลในการช่วยกันจัดการขยะจะทำให้คนที่ทำรู้สึกตื่นเต้น และอยากทำบ่อย ๆ

รางวัลที่ เสนอ เช่น ขยะแลกเพลงตามสาย ขยะแลกดินสอ – ปากกา

4.3 ควรมีการแบ่งเขตรับผิดชอบ จากการสนทนากลุ่ม ในที่ประชุมเห็นร่วมกันว่า ควรมีการแบ่งเขตรับผิดชอบในการจัดการขยะมูลฝอย เนื่องจาก ถ้ามีการแบ่งเขตรับผิดชอบและหน้าที่ที่ชัดเจน จะทำให้พื้นที่ตรงนั้นสะอาดมากยิ่งขึ้น

4.4 ควรมีกิจกรรมวันทำความสะอาดของวิทยาลัยฯ อย่างน้อยเดือนละครั้ง จากการสนทนากลุ่ม ในที่ประชุมเห็นร่วมกันว่า ควรมีกิจกรรมวันทำความสะอาดของวิทยาลัย เนื่องจาก จะเป็นการประชาสัมพันธ์และร่วมกันจัดการขยะของวิทยาลัยฯ ให้สะอาดน่าอยู่

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ ตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ศึกษาปริมาณ คุณลักษณะ ของขยะมูลฝอย จากการศึกษาพบว่า ปริมาณขยะในวิทยาลัยเทคโนโลยี ส่วนใหญ่มาจากนักเรียน นักศึกษา ขยะที่พบเป็นส่วนมาก คือ ขยะทั่วไป เช่น ถุงพลาสติก โดยพบมาเป็นอันดับ 1 และขยะที่บิ่นที่สุดคือขยะประเภทขยอินทรีย์ สุจิตรา ฤยาธิ (2558)⁽⁴⁾ได้ศึกษา การศึกษาปริมาณและประเภทของขยะอันตราย และแนวทางการจัดการที่เหมาะสมบริเวณชุมชนรอบ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ พบว่า ปริมาณขยะของชุมชนรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เฉลี่ย 2,187 กก./วัน อัตราการเกิดขยะ 0.28 กิโลกรัม/คน/วันองค์ประกอบของขยะส่วนใหญ่เป็นประเภทขยะทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 36.23 รองลงมาเป็นขยะอินทรีย์ คิดเป็นร้อยละ 31.96 ขยะรีไซเคิล คิดเป็นร้อยละ 23.15 และขยะอันตราย คิดเป็นร้อยละ 8.43 ตามลำดับแนวทางจัดการที่เหมาะสมในการจัดการขยะอันตราย ควรให้ประชาชนมีความตระหนักในการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง

2. ศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ ที่มี เพศ ระดับการศึกษา และสาขาวิชาที่แตกต่างกันพบว่า นักเรียน นักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ ส่วนใหญ่เป็น เพศ ชาย (ร้อยละ 56.5) ศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 82.3) .ในสาขาวิชาไฟฟ้ากำลัง (ร้อยละ 27.0) มีแรงจูงใจที่มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.17$)เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านการยอมรับว่าเป็นพลเมืองที่มีความรับผิดชอบ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้สึกรับผิดชอบในตัวเองเพื่อเป็นการเตรียมตัวเป็นพลเมืองมีคุณภาพในอนาคต ($\bar{X} = 3.29$)และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ จำเป็นที่จะต้องมีการวัดหรือค่าตอบแทน สำหรับนักเรียน ($\bar{X} = 2.73$)ด้านการสนใจความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในวิทยาลัย พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.25$)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ ทำให้มุมมองของนักเรียน นักศึกษา ในการกำจัดขยะมูลฝอยดีขึ้น ($\bar{X} = 3.31$)และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การจัดการขยะมูลฝอยภายในวิทยาลัย ฯ ส่งเสริมให้นักเรียนนักศึกษามีระเบียบวินัยในตนเอง ($\bar{X} = 3.21$)ด้านความมุ่งหวังการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยร่วมกัน พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนจะเข้าร่วมการจัดการขยะมูลฝอยเพราะมีโอกาสช่วยเหลือสังคมมากขึ้น ($\bar{X} = 3.27$)และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนจะเข้าร่วมการจัดการขยะมูลฝอยเพราะเป็นตัวละครต้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เช่นเห็นขยะมูลฝอยแล้วรีบเก็บทิ้งลงถังขยะ($\bar{X} = 3.09$)การจัดการขยะมูลฝอย โดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.47$)เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านขั้นตอนการคัดแยกขยะมูลฝอย พบว่า โดยรวมอยู่ใน

ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.65$)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียน คัดแยกขยะมูลฝอยก่อนทิ้งลงถังขยะ ($\bar{X} = 2.69$)และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนใช้ภาชนะส่วนตัวรองรับขยะมูลฝอยให้กับส่วนรวม($\bar{X} = 2.61$)ด้านขั้นตอนการทิ้งขยะมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.59$)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนขนานขยะมูลฝอยไปทิ้งที่สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยของวิทยาลัย($\bar{X} = 2.68$)และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนขนานขยะมูลฝอยไปทิ้งบริเวณที่มีการแยกประเภทขยะภายในวิทยาลัย ฯ($\bar{X} = 2.53$)ด้านขั้นตอนการนำขยะมูลฝอยกลับไปใช้ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.38$)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ นักเรียนเสนอแนะการปรับปรุงวิธีการทำงานในการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวกับการนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์ภายในวิทยาลัย ฯ($\bar{X} = 2.60$)และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ นักเรียนขนานเศษขยะหรือเศษสิ่งของไปขาย($\bar{X} = 2.41$)ชมพูนุท สงกลาง(2557)⁽²⁾ ได้ศึกษา พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียนโรงเรียนบ้านนาดี - สร้างบงตำบลผาสุก อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียนโรงเรียนบ้านนาดี-สร้างบง จังหวัดอุดรธานีและเปรียบเทียบพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้นและตอนปลายของโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 จำนวน 72 คนเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนต้น 32 คนและระดับประถมศึกษาตอนปลาย 40 คนผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษาพบว่าข้อที่นักเรียนมีพฤติกรรมในการปฏิบัติทุกครั้งเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยเป็นจำนวนมากที่สุดคือนักเรียนทิ้งขยะมูลฝอยลงในถังขยะทุกครั้งจำนวน 40 คน (ร้อยละ 55.56) กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ใน

ระดับพึงประสงค์มาก ($\bar{X} = 3.63$) ข้อที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพึงประสงค์มากที่สุดคือนักเรียนทิ้งขยะมูลฝอยลงในถังขยะทุกครั้ง ($\bar{X} = 4.38$) ข้อที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับพึงประสงค์น้อยที่สุดคือเวลานักเรียนซื้อของหรือขนมในโรงเรียนแล้วบอกคนขายไม่ต้องใส่ถุงพลาสติกให้ ($\bar{X} = 3.17$)

3. การศึกษาแนวทางการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการขยะ ของนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีสมเด็จพะนิชการ พบว่า..ควรมีผู้นำในการจัดการขยะมูลฝอยในสถาบัน..เนื่องจากว่า..มีผู้นำชักชวนจะทำให้มีความมีส่วนร่วมอย่างเต็มใจมากกว่าครูสั่ง..ควรมีรางวัลในการจัดการขยะมูลฝอยในวิทยาลัย ฯ เนื่องจากว่า ถ้ามีรางวัลในการช่วยกันจัดการขยะจะทำให้คนที่ทำรู้สึกดีตื่นเต้น และอยากทำบ่อยๆ รางวัลที่ เสนอ เช่น ขยะแลกเพลงตามสาย ขยะแลก ดินสอ – ปากกา (บพิตร พิมุขจักรวรรดิ,มปป.) การสนทนากลุ่มที่ทำงานทางด้านสังคมศาสตร์ (Social Sciences) มีลักษณะเป็นการสนทนา

ถูกแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาที่มีการกำหนดหัวข้อเฉพาะบางประเด็นของผู้จัด (Organizer) โดยกลุ่มคนที่เข้าร่วมประมาณ 9-12 คนซึ่งเรียกว่าเป็น *Participants* หรือ *Respondents* โดยผู้ที่เข้าร่วมการทำ Focus Group จะได้รับการคัดเลือก (Screen) ตามเงื่อนไขมาอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริม ให้นักเรียน นักศึกษา ครู และบุคลากรในวิทยาลัยเทคโนโลยี มีการคัดแยกขยะมูลฝอยก่อนนำไปทิ้งถังขยะ
2. ควรมีการจัดตั้งสถานที่เก็บรวบรวมขยะ หรือบ่อขยะที่เป็นของทางวิทยาลัย ฯ เอง และมีโครงการเพื่อจัดการขยะมูลฝอย
3. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการจัดการขยะมูลฝอย ให้แก่นักเรียน นักศึกษา ครู และบุคลากร เพื่อเพิ่มความรู้ในการจัดการขยะมากขึ้น
4. ทางวิทยาลัย ควรมีนโยบายช่วยกันจัดการขยะมูลฝอย ให้วิทยาลัยสีเขียว

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือแนวทางการลดคัดแยกและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยสำหรับอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน.พิมพ์ครั้งที่ 1 ปีที่พิมพ์ 2551 สถานที่พิมพ์:บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด. 2551.
- 2.ชมพูนุท สงกลาง. พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของนักเรียนโรงเรียนบ้านนาดี – สร้างงบตำบลผาสุกอำเภอกุมภวาปีจังหวัดอุดรธานี.การประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทที่ยั่งยืนครั้งที่ 4. 2557.
- 3.ปิยชาติ ศิลปะสุวรรณ. ขยะมูลฝอยชุมชนปัญหาใหญ่ที่ประเทศกำลังเผชิญ. วิทยากรปฏิบัติการ กลุ่มงานติดตามและประมวลผลงานของวุฒิสภาสำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.2557.
- 4.สุจิตรา ภูยาธิ. การศึกษาปริมาณและประเภทของขยะอันตรายและแนวทางการจัดการที่เหมาะสมบริเวณชุมชนรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรและวิทยาศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์. 2558.

ผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลดงมูล

อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Social Impact Toward Petroleum Onshore Exploration of Dong Mun

Subdistrict Nong Kiang Si District Kalasin Province

ยุพภรณ์ ญาณศิริ¹, ชัยรัช จันทร์สมุด²,ธีรนาด สุวรรณเรือง²Aree Phuthookjai¹, Chaitach Jansamood², Theeranat Suwanarung²

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษาจากหัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือน จำนวน 333 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน

ผลการวิจัยปรากฏดังนี้ 1) หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของ ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ โดยรวมและทุกประเด็นอยู่ในระดับลบน้อย ด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายประเด็นทุกประเด็น อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบน้อย 2) แนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลดงมูล อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ควรหลีกเลี่ยงพื้นที่ทำกินของชาวบ้าน จัดสร้างแหล่งเก็บกักน้ำให้ชาวบ้านในกรณีที่โครงการต้องใช้น้ำในพื้นที่ ควรจำกัดน้ำหนักรถบรรทุกขนย้ายอุปกรณ์ในระหว่างการก่อสร้าง ควรแบ่งสายไฟฟ้าสำหรับกระแสไฟฟ้าและใช้ในครัวเรือนให้แยกจากกัน ควรจัดหาอาชีพเสริมที่ทดแทนรายได้จากการเกษตรกรรมของชุมชน ควรจัดทำทะเบียนคัดกรองและตรวจโรคในชุมชน ควรส่งเสริมประชาสัมพันธ์และพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่นในชุมชน 3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวก และเป็นลบ 2 ตัว ได้แก่ การศึกษาและระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน และเมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นบวก และลบ ตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้ $Y = -0.112 - 0.218(\text{ระยะเวลาที่อยู่อาศัย})$

คำสำคัญ: ผลกระทบทางสังคม, การขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบก

Abstract

This research aimed to study the social impact toward petroleum onshore exploration of Dong Mun subdistrict Nong Kiang Si district Kalasin province. The samples consisted of 333 household agents selected by using the stratified sampling technique. The questionnaires were developed and used to collect data. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation. Multiple regression analysis by stepwise, were employed for testing the hypotheses.

The research results revealed the following: 1) Household agents in Dong Mun subdistrict Nong Kiang Si district Kalasin province showed their opinions about the social impact toward petroleum onshore exploration was at negative high level. The value of human resource aspect total showed at negative low level but traffic and electrical energy showed at positive low level. The value of quality of life aspect total and all subjects included economic and social,

¹ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

² อาจารย์ หลักสูตรการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

aesthetics/scenery, value of cultural, Occupational health and safety showed at negative low level 2) The guidelines of problem management from petroleum onshore exploration should avoid the area of the villagers; create a reservoir for the villagers if the project requires water in the area; should limit the weight of the moving truck during construction; electric and household cables should be separated; should provide a supplementary occupation that compensates for the income of the community's agriculture; should be screened and screened for diseases; promoting public relations and developing local learning centers, local traditions and cultures. 3) Relationships of predictive variables included education level and period of residence with positive and negative social impact toward petroleum onshore exploration. However, when introduced into the equation found that there was only a predictive variable introduced into the equation, an occupation, which can be written as the following equation in the form of raw score $Y = -0.112 - 0.218(\text{period of residence})$.

Keyword: Social Impact, Petroleum Onshore Exploration

บทนำ

พลังงานเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่ง ต่อการพัฒนาประเทศ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม เพราะจำเป็นต้องใช้พลังงานในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน ทั้งทางด้านอุตสาหกรรม คอมพิวเตอร์ เกษตรกรรม และอื่นๆ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อปริมาณการใช้พลังงานที่เห็นได้อย่างชัด คือ จำนวนประชากร อัตราการเพิ่มของประชากร และระดับของการพัฒนา ซึ่งประเทศที่ยังพัฒนามากเท่าไรจะยังมีการบริโภค พลังงานมากขึ้นเป็นเท่าตัว แหล่งพลังงานพื้นฐานที่สำคัญที่ใช้กันมากในชีวิตประจำวันโดยทั่วไป คือ น้ำมัน ถ่านหินและก๊าซธรรมชาติ ซึ่งเป็นต้นทุนของการท าลายสิ่งแวดล้อมและมักเป็นชนวนให้เกิดกรณีพิพาท ระหว่างประเทศ และสืบเนื่องจนถึงขนาดเกิดสงคราม เพื่อแย่งชิงหรือครอบครองแหล่งพลังงานต่างๆ ขึ้น บ่อยครั้ง อย่างไรก็ตาม เมื่อกล่าวถึงสถานการณ์การใช้พลังงาน ก็จำเป็นต้องกล่าวถึงภาพรวมของการใช้ พลังงานทั้งหมด คือทั้งในส่วนที่เป็นพลังงานประเภทสิ้นเปลืองหรือใช้แล้วมีโอกาสหมดไปจากโลก รวมถึง พลังงานที่ใช้ไม่มีวันหมดหรือที่เรียกว่าพลังงานหมุนเวียนหรือพลังงานทดแทน

ปิโตรเลียมถือว่าเป็นพลังงานทดแทนที่มีการใช้มากในปัจจุบัน ซึ่งการสำรวจและผลิตปิโตรเลียมในประเทศถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญหนึ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ลดการพึ่งพาน้ำมันจากต่างประเทศลงได้บ้าง ปัจจุบันราคาน้ำมันแพงขึ้นมาก

เนื่องจากการใช้น้ำมันเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาประเทศและวิกฤตการณ์บางอย่าง การค้นพบแหล่งน้ำมันในประเทศยังไม่มากพอ ทำให้ต้องนำเข้าน้ำมันเป็น จำนวนมากกว่าวันละ 800,000 บาร์เรล ประเทศขาดดุลการค้าเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องหาปิโตรเลียมเพิ่มอย่างเร่งด่วน เพื่อแก้ไขวิกฤตครั้งนี้ ในอดีตที่ผ่านมาได้มีการเจาะหลุมสำรวจพบปิโตรเลียม แต่ไม่สามารถพัฒนาขึ้นมาใช้ให้เกิด ประโยชน์ได้เนื่องจากเป็นแหล่งขนาดเล็กไม่คุ้มทุนสำหรับการพัฒนาที่ระดับราคาปิโตรเลียมใน อดีต ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและราคาปิโตรเลียมที่สูงขึ้นอย่างมากทำให้การ พัฒนาแหล่งปิโตรเลียมขนาดเล็กที่ในอดีตไม่คุ้มทุนมีความเป็นไปได้ อีกทั้งสำหรับแหล่งก๊าซขนาดเล็กที่ในอดีตจะไม่สามารถพัฒนาให้เกิดประโยชน์ได้นั้น ในปีงบประมาณ 2550 กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติได้จัดจ้างที่ปรึกษาเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำ ก๊าซธรรมชาติที่ผลิตได้ ในเขตสัมปทานปิโตรเลียมบนบกมาใช้ประโยชน์โดยตรงกับท้องถิ่นที่มีแหล่งทรัพยากร เพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องในการพัฒนาของชุมชน ทั้งเป็นส่งเสริมให้อุตสาหกรรมขนาดเล็กสามารถลดต้นทุน และค่าใช้จ่ายลงสามารถแข่งขันได้และยังได้ส่งเสริมการใช้ก๊าซธรรมชาติเป็นเชื้อเพลิงทดแทนให้ แพร่หลายออกไป นอกจากนี้ยังได้ศึกษาความเป็นไปได้ทั้ง ก๊าซปริมาณน้อยไปผลิตไฟฟ้าหรือทำ เป็นก๊าซธรรมชาติเหลว ซึ่งการศึกษาดังกล่าวเป็นการสนับสนุนและเร่งรัดให้เกิดการพัฒนาแหล่ง ผลิตก๊าซธรรมชาติขนาดเล็กบนบกซึ่งแต่เดิมไม่

สามารถพัฒนาได้เนื่องจากมีปริมาณสารองไม่สูง มากนัก จึงไม่คุ้มทุนที่จะพัฒนา ซึ่งกิจการด้านการสำรวจและผลิตปิโตรเลียมในประเทศไทย อยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยกรมเชื้อเพลิงธรรมชาติ (ชธ.) กระทรวงพลังงาน เพื่อให้การดำเนินงานในทุกขั้นตอนเป็นไปตามกฎระเบียบข้อบังคับตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติและกฎกระทรวง ทั้งนี้รวมถึงทั้งในด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ซึ่งนอกจากที่ผู้รับสัมปทานจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายปิโตรเลียมแล้ว ยังจะต้องดำเนินการให้มีการจัดทำรายงานแผนการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม (SEM) ก่อนการสำรวจคลื่นไหวสะเทือน การศึกษาและจัดส่งรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (EIA) ก่อนการเจาะ และการผลิตปิโตรเลียมให้สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบอีกด้วย

พื้นที่ของตำบลดงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ ตำบล ดงมูล จึงเป็นแหล่งหนึ่งที่ค้นพบบ่อก๊าซมากถึงการ 14 บ่อ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นในการขุดเจาะส่งผลกระทบต่ออย่างมากในทั้งด้านผลกระทบทางสังคม ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม และชาวบ้านยังคัดค้านในการขุดเจาะปิโตรเลียมทั้งหมด 14 บ่อ ส่วนของอำเภอน้ำพองมีทั้งหมด 9 บ่อ ใช้เวลาขุดเจาะอยู่ประมาณ 10 ปี ถึงจะแล้วเสร็จ ขุดเจาะบ่อแรกใช้เวลาห่างกัน 2 - 3 ปี จึงขุดต่ออีก แต่ที่แหล่งดงมูล 14 บ่อ ใช้เวลาขุดเจาะแค่ 2 ปี ชาวบ้านจะได้รับผลกระทบอย่างหนัก จะไม่สามารถทราบได้ทันทีว่าจะได้รับผลกระทบมากน้อยแค่ไหน เพราะผลกระทบมาในหลายรูปแบบ และไม่สามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบได้ ซึ่งแต่ละบ่อให้ปริมาณปิโตรเลียมไม่เท่ากัน ดังนั้นเวลาที่ต้องยืดหยุ่นออกไป

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้สนใจที่จะศึกษาผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะเพื่อสำรวจหาปิโตรเลียมบนบก ของตำบลดงมูล อำเภอ นองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการขุดเจาะปิโตรเลียม โดยผลการทำวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลและประโยชน์แก่ชาวบ้านในการทำวิจัยในครั้งนี้และเพื่อประโยชน์ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์และด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิตจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลดงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลกระทบทางสังคมด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์และด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิตจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลดงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกของ ตำบลดงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กันยายน 2560 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2560 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลดงมูล อำเภอ นองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 2,006 ครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลดงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 333 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณ ของ Taro Yamane สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ตอนโดยมีลักษณะดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยแบ่งเป็นด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ จำนวน 7 ด้าน 35 ข้อ และด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิต จำนวน 4 ด้าน 18 ข้อ โดยมีระดับการวัด

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระดับได้ดังนี้

ผลกระทบทางบวก	ผลกระทบทางลบ
มาก 3 คะแนน	-1 คะแนน
ปานกลาง 2 คะแนน	-2 คะแนน
น้อย 1 คะแนน	-3 คะแนน
ไม่มี 0 คะแนน	0 คะแนน

โดยเกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผลความหมายค่าเฉลี่ยช่วงละ 0.75 ซึ่งคำนวณจากสูตรหาความกว้างของอันตรภาคชั้น ดังนี้ (อัครวิทย์ จันทลักษณ์. 2542 : 36)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะปิโตรเลียมกับอายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่อยู่อาศัย ของหัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลคงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) สร้างสมการพยากรณ์ผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะปิโตรเลียม โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลคงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.30) อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 63.40) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.70) การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 76.60) มีภูมิลำเนาอยู่ที่นี่ตั้งแต่กำเนิด (ร้อยละ 75.40) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน (ร้อยละ 67.57) บ้านพักเป็นของตนเอง (ร้อยละ 89.19) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 84.10) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 65.47) รายได้กับกับรายจ่ายไม่พอต้องกู้ (ร้อยละ 41.10) รายได้ในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมามีไม่เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 45.30) เดินทางด้วยรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 57.40) เป็น

เจ้าของที่ดิน (ร้อยละ 69.37) อาศัยอยู่ในชุมชนนี้มากกว่า 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 69.37)

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมของหัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนในตำบลคงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมากที่สุด ($\bar{X} = -1.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า

ประเด็นการใช้ประโยชน์จากที่ดิน โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมากที่สุด ($\bar{X} = -0.99$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ สภาพดินที่อยู่ภายในพื้นที่ทำกินอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมากที่สุด ($\bar{X} = -0.54$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ แหล่งอาหารของสัตว์ป่า อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.19$)

ประเด็นน้ำและการใช้น้ำ โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.20$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ พื้นที่ต้นน้ำภายในป่าชุมชนอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.08$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางไหลของน้ำใต้ดิน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมากที่สุด ($\bar{X} = -1.32$)

ประเด็นการระบายน้ำและการป้องกันน้ำท่วม โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบน้อยที่สุด ($\bar{X} = -1.14$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ระบบระบายน้ำภายในชุมชน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.12$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การปรับถมพื้นที่ปิดกั้นการไหลของน้ำตามธรรมชาติ อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.16$)

ประเด็นการจัดการน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมากที่สุด ($\bar{X} = -1.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การระบายน้ำเสียระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.16$)

และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ระบบบำบัดน้ำเสียอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.20$)

ประเด็นสภาพการคมนาคม โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.10$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ สภาพถนนอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.08$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ความปลอดภัยในการคมนาคม อยู่ในระดับ มีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.12$)

ประเด็นการจัดการมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.14$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ เก็บขนและกำจัดมูลฝอย อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.08$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ อุปกรณ์เก็บรวบรวมมูลฝอย อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.22$)

ประเด็นพลังงานไฟฟ้า โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.14$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ความสม่ำเสมอของกระแสไฟฟ้า อยู่ในระดับ มีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.11$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ปริมาณของกระแสไฟฟ้า อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -1.17$)

หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลคงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.70$) เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็นพบว่า

ประเด็นเศรษฐกิจและสังคม โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ อาชีพของคนในหมู่บ้าน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.47$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การเพิ่มงานให้กับชุมชน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.53$)

ประเด็นสุนทรียภาพ/ทัศนียภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.79$) เมื่อพิจารณาเป็น

รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ความสมบูรณ์ของสภาพธรรมชาติ อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.71$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ แหล่งโบราณคดีและโบราณสถาน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.88$)

ประเด็นคุณค่าทางวัฒนธรรม โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ประเพณีของชุมชน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.58$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การนับถือศาสนาอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.63$)

ประเด็นอาชีวอนามัยและความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.89$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ การให้บริการด้านการสาธารณสุข อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.80$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ อาหารการกิน อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ($\bar{X} = -0.95$)

3. แนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบก ของตำบลคงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลคงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการขุดเจาะปิโตรเลียม ด้านการใช้ที่ดินว่าควรหลีกเลี่ยงพื้นที่ทำกินของชาวบ้าน (ร้อยละ 43.50) ด้านน้ำและการใช้น้ำว่าจัดสร้างแหล่งเก็บกักน้ำให้ชาวบ้านในกรณีที่โครงการต้องใช้น้ำในพื้นที่ (ร้อยละ 38.10) ด้านการใช้ถนนการคมนาคมว่าควรจำกัดน้ำหนักรถบรรทุกขนย้ายอุปกรณ์ในระหว่างการก่อสร้าง (ร้อยละ 36.30) ด้านพลังงานไฟฟ้าว่าการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคควรแบ่งสายไฟฟ้าสำหรับกระเช้าไฟฟ้าและใช้ในครัวเรือนให้แยกจากกัน (ร้อยละ 44.10) ด้านเศรษฐกิจและสังคมว่าควรจัดหาอาชีพเสริมที่ทดแทนรายได้จากการเกษตรกรรมของชุมชน (ร้อยละ 39.90) ด้านสาธารณสุขว่าควรจัดทำทะเบียนคัดกรองและตรวจโรค

ในชุมชน (ร้อยละ 43.20) ด้านคุณค่าทางประเพณีและวัฒนธรรมในท้องถิ่นว่าควรส่งเสริมประชาสัมพันธ์และพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่นในชุมชน (ร้อยละ 30.90)

ความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์ผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบก พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlations) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ (ตัวแปรต้น) และตัวแปรเกณฑ์ (ตัวแปรตาม) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นบวก และเป็นลบ 2 ตัว ได้แก่ การศึกษาและระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน และเมื่อพิจารณา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นบวก และลบตามลำดับ โดยสร้างสมการถดถอยดังนี้

$$y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + b_5X_5 + b_6X_6$$

เมื่อนำตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว เข้าทำการวิเคราะห์การถดถอยทางพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise พบว่า มีตัวแปรพยากรณ์ ที่เข้าสู่สมการเพียง 1 ตัว ได้แก่ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน โดยที่ตัวแปรพยากรณ์ 1 ตัวนั้นตัว (F=7.809, p=0.006 และ t=-0.383) ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (VIF มีค่าน้อยกว่า 10) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 2.00 (adj R²=0.020) จึงไม่มี Multicollinearity รายละเอียดดังแสดงในตาราง 11 ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y = -0.112 - 0.218(X_6)$$

ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนของหัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนของตำบลคงมูล อำเภอนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่งผลต่อผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะปิโตรเลียม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการสำรวจผลกระทบทางสังคมจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบก ในการลงสำรวจและลงพื้นที่ในชุมชนในครั้งนี้ทำให้เห็นว่าประชาชนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการขุดเจาะน้ำมันปิโตรเลียมบนบกในระดับมีผลกระทบทางลบมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์อยู่ในระดับมีผลกระทบทางลบมากที่สุด ด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมีผลกระทบทาง ด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นในด้านลบเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากผลกระทบในด้านต่างๆที่ชาวบ้านไม่เห็นด้วยอย่างมาก ซึ่งไม่จะเป็นด้านคุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ ประเด็นการใช้ประโยชน์จากที่ดิน การใช้น้ำ การระบายน้ำและการป้องกันน้ำท่วม การจัดการน้ำเสียและสิ่งปฏิกูล การคมนาคม การจัดการมูลฝอย และพลังงานไฟฟ้า ด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิตประเด็นเศรษฐกิจและสังคม สุขภาพ/ทัศนียภาพ คุณค่าทางวัฒนธรรม และอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อาจเป็นไปได้ว่า ในขั้นตอนขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบกนั้นส่งผลกระทบต่อชุมชนนั้นเกิดผลกระทบมากกับชุมชนจึงเกิดการก่อตั้งคณะกรรมการอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในแต่ละหมู่บ้านของพื้นที่ตำบลคงมูล ซึ่งอาสาสมัครจะทำหน้าที่ไปอบรมโครงการที่จะเข้ามาในพื้นที่ของตำบลคงมูลเพื่อไม่ให้เกิดการประท้วงเกิดขึ้นจึงต้องมีอาสาสมัครเพื่อเข้าไปคุยก่อนจะลงมือก่อสร้างทุกโครงการ และต้องมีการประสานงานชี้แจงให้ชุมชนได้รับทราบทั่วกัน

2. ชุมชนตำบลคงมูล อำเภอนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ส่วนใหญ่เสนอแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการขุดเจาะสำรวจปิโตรเลียมบนบก ด้านการใช้ที่ดินว่าควรหลีกเลี่ยงพื้นที่ทำกินของชาวบ้าน ด้านน้ำและการใช้น้ำว่าควรจัดสร้างแหล่งเก็บกักน้ำให้ชาวบ้านในกรณีที่โครงการต้องใช้น้ำในพื้นที่ ด้านการใช้ถนนการคมนาคมว่าควรจำกัดน้ำหนักบรรทุกทุกชนิดเข้าอุปโภคบริโภคในระหว่างการก่อสร้าง ด้านพลังงานไฟฟ้าว่าการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคควรแบ่งสายไฟฟ้าสำหรับการใช้ไฟฟ้าให้แยกออกจากครัวเรือน ด้านเศรษฐกิจและสังคมว่าควรจัดหาอาชีพเสริมที่ทดแทนรายได้จากการเกษตรกรรมของชุมชน ด้านสาธารณสุขว่าควรจัดทำทะเบียนคัดกรองโรคในชุมชน

ด้านคุณค่าทางประเพณีและวัฒนธรรมในท้องถิ่นว่าควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาและส่งเสริมคุณค่าทางประเพณีและวัฒนธรรมในท้องถิ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ชัยรัช (2555: บทคัดย่อ)⁽²⁾ เพื่อศึกษาผลกระทบทางสังคมจากการจัดตั้งมหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์ของตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ หัวหน้าหรือตัวแทนครัวเรือนในตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประเด็น ได้แก่ การใช้ประโยชน์จากที่ดิน น้ำและการใช้น้ำ การระบายน้ำและการป้องกันน้ำท่วม การจัดการน้ำเสีย และสิ่งปฏิกูล และการจัดการมูลฝอย อยู่ในระดับมีผลกระทบทางบวกน้อยที่สุด ส่วนประเด็นสภาพการคมนาคมและพลังงานไฟฟ้า อยู่ในระดับมีผลกระทบทางบวกน้อย ด้านคุณค่าต่อคุณภาพชีวิต โดยรวมและเป็นรายประเด็นทุกประเด็น ได้แก่ เศรษฐกิจและสังคม สุขภาพ/ทัศนียภาพ คุณค่าทางวัฒนธรรม และอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อยู่ในระดับมีผลกระทบทางบวกมาก กตัญญูรัตน์ เสงารักษ์ (2557: บทคัดย่อ)⁽²⁾ ศึกษาประเมินผลกระทบทางสังคมของชุมชนรอบโรงงานผลิตเอทานอลและเพื่อหาแนวทางและมาตรการลดผลกระทบทางสังคมบนพื้นฐานการมีส่วนร่วม ของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาแล้วส่งผลทางด้านบวกมากกว่าด้านลบ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. การศึกษาเพื่อหาแนวทางหรือมาตรการลดผลกระทบทางสังคม โดยการป้องกันผลกระทบนั้น จำเป็นต้องอาศัยหน่วยงาน 3 หลัก คือ ชุมชน หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เพื่อให้สามารถกำหนดกรอบการทำงานได้อย่างชัดเจน และเพื่อสร้างความร่วมมือตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม

2. ควรหลีกเลี่ยงพื้นที่ทำกินของชาวบ้านและจัดสร้างแหล่งเก็บกักน้ำให้ชาวบ้านในกรณีที่โครงการต้องใช้น้ำในพื้นที่ รวมถึงดำเนินการซ่อมแซมถนนที่ชำรุดเสียหายจากการใช้ขนส่งอุปกรณ์ก่อสร้าง และการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคควรวางแผนเพื่อป้องกันกระแสไฟฟ้าขัดข้อง

3. ควรจัดหาอาชีพเสริมที่ทดแทนรายได้จากการเกษตรกรรมของชุมชน และควรมีแผนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและแจ้งให้ชุมชนรับทราบ รวมถึงควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาและส่งเสริมคุณค่าทางประเพณีและวัฒนธรรมในท้องถิ่น

4. ควรมีการจ้างแรงงานในท้องถิ่นแทนการจ้างแรงงานต่างถิ่นเพื่อให้ชาวบ้านมีอาชีพและรายได้ที่มั่นคง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและหาแนวทางร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. ควรทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของชุมชน ในเขตพื้นที่ ตำบล ดงมูล อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ และชุมชนใกล้เคียงด้วย

3. ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาผลกระทบทางสังคมแบบเชิงลึกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กตัญญูรัตน์ เสงารักษ์. การประเมินผลกระทบทางสังคมของโรงงานผลิตเอทานอลต่อชุมชนบริเวณรอบข้าง. 2557.
2. ชัยรัช จันทรสมุทร. ผลกระทบทางสังคมจากการจัดตั้งมหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์ของตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. 2555.

ระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จังหวัดหนองคาย

Health Care Network System for Elders Long Term Care, Nong Khai Province

ธนกร สนั่นเอื้อ¹

Thanakorn Sanan-uea¹

บทคัดย่อ

ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ได้แก่ ศักยภาพของทีมหมอบรรเทาทุกข์ ศักยภาพของผู้ดูแล ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ศึกษาประชากรในจังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยสุ่มอย่างง่ายศึกษากลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ทีมหมอบรรเทาทุกข์ (Family Care Team: FCT) จำนวน 84 คน 2) ผู้ดูแล จำนวน 186 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 159 คน และเครือข่าย จำนวน 140 คน ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2562 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ คุณภาพทีมหมอบรรเทาทุกข์ $\alpha=0.97$, ศักยภาพของผู้ดูแล $\alpha=0.89$, แบบประเมินความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ $\alpha=0.91$, แบบวัดคุณภาพชีวิต $\alpha=0.94$ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha=0.84$ โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบ paired-samples T-test

ผลการวิจัยพบว่า ศักยภาพของทีมหมอบรรเทาทุกข์ จังหวัดหนองคาย มีการสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพทีมหมอบรรเทาทุกข์ (Family Care Team: FCT) โดยแต่งตั้งทีมหมอบรรเทาทุกข์ กำหนดบทบาทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังดำเนินการทีมหมอบรรเทาทุกข์มีศักยภาพบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านมีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุนอกเขตรับผิดชอบที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 47.5 หลังดำเนินการผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 35.7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 39.9 มีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.1 มากที่สุดด้านการมีระบบส่งต่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.2 หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ร้อยละ 21.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีความสามารถในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.5 และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ร้อยละ 25.8 หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุดในการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ร้อยละ 86.0 สรุป หลังดำเนินการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว

ABSTRACT

The Long Term Care (LTC) was a health and social service that is both formal and informal to the needs of the elderly who could not help themselves in their daily livings. This study aim to health care network system for elders long term care (LTC) in Nong Khai Province. Comparison between before and after the operation were as The quality of family care team (FCT), the elderly caregiver capacity, activities of daily living (ADL), quality of life for the elderly and participation of the elderly care network. This participatory action research to study population in Nong Khai Province. By simple random sampling of 4 groups as follows 1) 84 of FCT, 2) 186 of caregivers, 159 of elderly and 140 of network. Collected data during between May - June 2019, tools used as questionnaires there were quality of FCT $\alpha=0.97$, caregiver capacity $\alpha=0.89$, ADL questionnaires $\alpha=0.91$, quality of life questionnaires $\alpha=0.94$ and network participation $\alpha=0.84$ and Using for statistics: Percentages, Means, Standard deviation, paired-samples T-test.

¹ พ.บ., เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลหนองคาย

Research results show that quality of FCT in Nong Khai Province to team building and development were as follows of FCT appointment, determine the role of elderly health care services. Found that after the operation, the family doctor team had the potential to visit the elderly home as a whole more than before, increased 32.0% whit differing significantly ($p < 0.001$), the greatest of referring and monitoring system, receiving the elderly outside of the responsibility area forward to the service network at 47.5% of home visit. The elderly caregiver capacity after performing the roles of work more than before with statistically significant differences ($p < 0.001$) increased 35.7%, was finding to the greatest capacity of received training 39.9%, quality of elderly care increased 26.1%, the greatest of referral increased 46.2%. After the operation the elderly have ADL more than before with statistically significant differences ($p < 0.001$) increased 21.1%, with increased bathing ability 31.5% and increase quality of life whit the greatest of Physical 25.8%. After the operation have an average score of network participation more than before proceeding with statistically significant differences ($p < 0.001$) and the greatest of participation searching for problems 86.0%. Conclusion: after the operation of develop the elderly care system was enabling the elderly to have better ability in daily activities and increase quality of life more than before with statistical significance.

Key words: Health Care Network System, Elders Long Term Care

บทนำ

ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2548 กล่าวคือ ในขณะนั้น ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า โครงสร้างประชากรไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุว่า “ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุถึง 1 ใน 4 ของประชากรและเป็นสังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบภายในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2551 – 2571 สัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 23.5 หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย, 2556) ผลสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel's activities of daily living: ADL) ของกรมอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุสุขภาพดี ร้อยละ 85.3 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 13.4 และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย/พิการ/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 1.3

การดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย ขับเคลื่อนด้วยทีมหมอรอบครัว (FCT : family care team) ตั้งแต่ปี 2560 โดยการทำงานเชื่อมโยงกัน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทุกกลุ่มและทุกมิติ มีระบบ

ประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งเสริมและสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีการกำหนดโครงสร้างระบบประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลแม่และเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยให้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC : continuous of care center) ทำหน้าที่เป็นศูนย์สนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ สนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ (เครื่องมือ กายอุปกรณ์ Home O2 เครื่อง Suction ที่นอนลม) จัดหาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ (ยาที่จำเป็นต้องใช้) และจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ การทำงานของทีมหมอรอบครัว (FCT) ในพื้นที่ของจังหวัดหนองคาย พบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ทักษะของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะทักษะของแพทย์ต่อการทำงานในชุมชน ที่ส่วนหนึ่งยังคงเน้นที่การรักษา ไม่เน้นที่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ บางสหสาขาวิชาชีพยังไม่เห็นความสำคัญของชุมชน เน้นการทำงานในโรงพยาบาลแบบตั้งรับ มีการจัดประชุมอบรมในห้องประชุมแต่ไม่ได้มีการลงชุมชนให้เห็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการฟังฟัง ไม่ได้มีการเรียนรู้จากการปฏิบัติ วัสดุบางอย่างไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟัง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละรายต้องใช้จำนวนมาก แต่บางคนมีข้อจำกัดของรายได้ ไม่สามารถจัดหาให้เพียงพอได้เอง บางคนต้องนำผ้าอ้อมสำเร็จรูปที่ใช้แล้วไปตากแดดแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ ขาดงบประมาณในการเยี่ยมบ้านและจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ราวจับเดินในบ้าน

ผู้สูงอายุติดเตียงบางรายไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่องตลอด ต้องใช้ให้จิตอาสาหรือ อสม. มาดูแลเป็นระยะ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน (ข้อติด ปอดบวม แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม) ปัญหาด้านสุขภาพจิต (ความรู้สึกรู้ค่า หดหู่ใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลระยะยาว) ถึงแม้ว่า FCT ได้วางโครงสร้างการมีส่วนร่วมในการทำงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องให้มีความเชื่อมโยงการมีส่วนร่วมระหว่างเครือข่ายหน่วยงานบริการสุขภาพ (รพช. รพ. สต. อสม. ทีมสหสาขาวิชาชีพ) กับเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น (ผู้นำชุมชน จิตอาสา อปท. เครือข่ายชุมชน) แต่ก็ยังไม่มีมีการประสานงานในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ทีม FCT ยังพบปัญหาของระบบข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลติดตามผู้สูงอายุ ที่ทีม FCT ต้องการพัฒนาให้ได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วและเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ

ศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC) จัดทำโปรแกรมให้สามารถลงข้อมูลได้โดยขณะที่ไม่ติดตามการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทำให้ทราบสถานการณ์ หรือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องและต้องการความช่วยเหลือได้ สามารถเชื่อมโยงกับระบบ JHCIS และ ระบบ HOSxP ได้ ซึ่งทำให้ข้อมูลของผู้สูงอายุมีการพัฒนาไปด้วย และจะทำให้มีระบบข้อมูลบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง โดยมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมงภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและประเมิน คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ทั้งด้านสุขภาพช่องปาก ภาวะสมองเสื่อม การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ได้รับความคุ้มครองให้ปลอดภัย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้กำหนด

กรอบการดำเนินงาน โครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีการพัฒนาทีมงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จังหวัดหนองคาย ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ครอบคลุมอำเภอเป็นแห่งแรกของประเทศ ในปี พ.ศ. 2561⁽¹⁾ จังหวัดหนองคาย มีประชากรทุกช่วงวัยจำนวน 522,103 คน ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 76,592 คน (คิดเป็นร้อยละ 14.67 ของประชากรทั้งหมด) จำแนกข้อมูลลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน 1,103 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ (well elder) จำนวน 818 คน 2) กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) จำนวน 145 คน 3) กลุ่มติดเตียง (bed bound elder) จำนวน 124 คน 4) กลุ่มติดเตียงอาการรุนแรงอยู่ในระยะสุดท้ายจำนวน 16 คน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้กรอบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและท้องถิ่น เพื่อการจัดทำแนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับจากผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นการตอบสนองต่อนโยบายของจังหวัดหนองคาย กระทรวงสาธารณสุขและนโยบายของประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของทีมหมอบรรเทาในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
4. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในการจัดระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ⁽²⁾ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้และการจัดการความเปลี่ยนแปลงอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน สะท้อนองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. ทบทวนสถานการณ์ระบุนโยบายที่มุ่งความเชื่อมโยงกับการแก้ปัญหาร่วมกันของชุมชน (community orientation and community-based integration) มุ่งพัฒนาประเด็นการวิจัยที่มุ่งเน้นแก้ปัญหาทางการปฏิบัติของชุมชนและกลุ่มคนต่างๆ รวมทั้งมุ่งยกระดับความเป็นจริงทางสังคม และยกระดับการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพแห่งชีวิต

2. การพัฒนาศักยภาพเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ (learning process integration) มุ่งระดมพลังจากกระบวนการเรียนรู้ (ศักยภาพของบุคลากรทีมหมอครอบครัว การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและศักยภาพของผู้ดูแล)

3. การบูรณาการจากพื้นฐานการปฏิบัติ (research integration) ซึ่งการเกิดประสบการณ์และความเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติ เป็นเครื่องบ่งชี้ผลลัพธ์การดำเนินงาน ได้แก่ ความสามารถในการจัดทรัพยากรประจำวันของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และผลงานตามตัวชี้วัดดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้ SWOT analysis

ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการจัดการระบบ

ระยะที่ 3 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (Partnership participation)

ระยะที่ 4 การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ศึกษาประชากรในจังหวัดหนองคาย ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร โดยสุ่มอย่างง่ายศึกษากลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) จำนวน 84 คน คือบุคลากรทีมหมอครอบครัว โดยเลือกศึกษาแบบเจาะจงผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในโรงพยาบาลหนองคาย โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เลือกกลุ่มบุคคลในชุมชน พื้นที่เขตจังหวัดหนองคาย ที่ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ เลือกรายอำเภอ จนได้ครบตามขนาดตัวอย่าง

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 159 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เลือกประชากรผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ศึกษาข้อมูลลักษณะทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

4. เครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำนวน 140 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เลือกผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. บุคลากรทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) จำนวน 84 คน คือบุคลากรทีมหมอครอบครัว โดยแบบเจาะจงผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในจังหวัดหนองคาย

2. การคัดผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ คือประชากรทั้งหญิงและชาย อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว อาศัยอยู่ในจังหวัดหนองคายช่วงที่ศึกษา

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหญิงและชาย ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว เลือกผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

5. ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ หรือย้ายที่อยู่

2. ผู้ที่ไม่ยินยอมลงนามเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน มีทั้งแบบให้เลือกตอบ (multiple choice) และคำถามแบบเปิด (open-ended) จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับบุคลากรทีมหมอบรรเทา จำนวน 18 ข้อ คำถามข้อมูลเกี่ยวกับการทบทวนสถานการณ์และแผนงานของระบบเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพของทีมหมอบรรเทาในการบริการเยี่ยมบ้าน $\alpha = 0.97$ ประกอบด้วยบุคลากรทีมสหวิชาชีพหลายด้าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษตรกร นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เกษตรกร และอาจมีผู้ช่วยดูแลสุขภาพที่บ้านและคนทำงานบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแล จำนวน 38 ข้อ คำถามปรับมาจาก โครงการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอบรรเทา "ได้แก่" สักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน $\alpha = 0.89$ และ สักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสำหรับประเมินผู้สูงอายุ จำนวน 45 ข้อ คำถามเกี่ยวกับความสามารถในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน $\alpha = 0.91$ ประยุกต์ใช้แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (The Barthel index of activities daily living: ADL) ของสถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย (2545)⁽⁴⁾ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (QoL: Quality of Life indicator) จำนวน 26 ข้อ $\alpha = 0.94$ พัฒนาจากองค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI) (สุวรรณ มหัตตนิรันดร์กุล; 2540)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha = 0.84$ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557)⁽⁵⁾ ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมตามบทบาทของเครือข่าย และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ประกอบด้วยผู้บริหาร อปท. ผู้นำชุมชน และ อสม.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบสอบถาม ทำการตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา ความเข้าใจของผู้ตอบ โดยผู้รอบรู้เฉพาะทาง (Subject matter specialist: SMS) ให้ตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำถามครอบคลุมเนื้อหาสาระสำคัญอย่างครบถ้วน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างศึกษาจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดหนองคาย

3. นำแบบสอบถามมาพิจารณาเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องไปในเรื่องเดียวกัน โดยการหาค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's coefficient alpha) เพื่อวัดค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ใช้กับข้อมูล Interval scale โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Likert scale⁽⁶⁾ ความเชื่อมั่นครั้งนี้ แบบประเมินคุณภาพของทีมหมอบรรเทาในการบริการเยี่ยมบ้าน $\alpha = 0.97$, แบบประเมินศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน $\alpha = 0.89$, แบบประเมินผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน $\alpha = 0.91$, แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ $\alpha = 0.94$ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่าย $\alpha = 0.84$

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการโดยใช้ T-Test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) คือ การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย จากการเก็บรวบรวมมาทั้ง 3 แบบ ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจากการศึกษาเอกสารวิชาการ และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ของระบบเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ SWOT analysis การทบทวนสถานการณ์ โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้มีการสร้างทีมและพัฒนาศักยภาพทีมหมอ

ครอบครัว (Family Care Team: FCT) โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัว กำหนดบทบาทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทีม FCT ปฏิบัติงานในพื้นที่ตามระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (Home visit) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) การบริการที่จัดในชุมชน กำหนดบทบาทผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) โดยการสำรวจข้อมูล และจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) และกำกับการดำเนินงานของผู้ดูแล (Care Giver) พบว่าหลังดำเนินการทีมหมอครอบครัวมีศักยภาพบริการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.0 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบมีคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านมีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุนอกเขตรับผิดชอบ ที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 47.5 มีข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ ร้อยละ 45.7 และทีมหมอครอบครัวมีการประเมินปัญหาของผู้สูงอายุและให้ความรู้เฉพาะด้าน ร้อยละ 35.2 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ศักยภาพของทีมหมอครอบครัว (N=84)

กิจกรรมบริการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. มีข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับผิดชอบ	2.08	0.49	3.83	0.84	45.7	<0.001
2. ทีมหมอครอบครัวมีการประเมินปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้เฉพาะด้าน และวางแผน	6.10	1.35	9.42	1.28	35.2	<0.001
3. มีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุ นอกเขตรับผิดชอบที่ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการฯ	1.90	0.48	3.62	0.75	47.5	<0.001
4. การเยี่ยมและติดตามดูแล	12.19	4.64	16.45	3.71	25.9	<0.001
5. มีระบบรายงานและข้อมูล	6.77	1.37	9.36	1.26	27.7	<0.001
คะแนนรวมเฉลี่ย	5.80	5.14	8.53	4.50	32.0	<0.001

ศักยภาพของผู้ดูแล หลังดำเนินการผู้ดูแลมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 35.7 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 39.9 การประสานงานกับทีมหมอครอบครัว ร้อยละ 39.0 และการสำรวจค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุ ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ หลังดำเนินการผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนดำเนินการ เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.1 แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่ามีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านการมีระบบส่งต่อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.2 การเยี่ยมและติดตาม ร้อยละ 32.7 และมีการจัดทำแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.1 ตามลำดับ โดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัวมากที่สุดจากพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.6 นักการแพทย์แผนไทย ร้อยละ 86.6 และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 83.9 ตามลำดับ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=186)

ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละ ความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1.การสำรวจกลุ่มประชากร เพื่อค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ	3.94	1.59	6.13	1.16	35.7	<0.001
2.การได้รับการฝึกอบรมการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ	4.10	1.31	6.13	1.16	33.1	<0.001
3.การประสานงานกับทีมหมอครอบครัว	3.99	1.86	6.54	0.94	39.0	<0.001
4.ร่วมวางแผนและขอรับคำปรึกษา	4.17	1.16	6.25	0.93	33.3	<0.001
5.ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการและประสานส่งต่อ	3.98	1.82	6.62	0.96	39.9	<0.001
6.การให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่ครอบครัว	4.03	1.0	6.10	0.82	33.9	<0.001
7.การช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการประสานงานและดำเนินงานขอความช่วยเหลือร่วมกับองค์กรภาคี	4.10	1.35	6.24	0.91	34.3	<0.001
รวมเฉลี่ย	4.04	9.0	6.28	6.21	35.7	<0.001

ตาราง 2 ศักยภาพผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (ต่อ)

ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละ ความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การจัดทำแฟ้มข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	3.51	0.78	4.75	0.56	26.1	<0.001
2. การ ประเมิน ปัญหา ของผู้สูงอายุ	6.50	2.96	8.24	1.51	21.1	<0.001
3. มีระบบส่งต่อและติดตาม	2.10	0.59	3.90	0.75	46.2	<0.001
4. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน	12.70	4.58	16.26	3.94	21.9	<0.001
5. การเยี่ยมและติดตามดูแลผู้สูงอายุ	6.33	1.44	9.41	1.19	32.7	<0.001
รวมเฉลี่ย	6.22	6.82	8.51	5.52	26.1	<0.001

ความสามารถในกิจกรรมประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจกรรมประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ร้อยละ 21.1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($P<0.001$) โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 31.5 การลุกนั่ง ร้อยละ 27.8 และการล้างหน้า แปรงฟัน ร้อยละ 27.4 ตามลำดับ หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ร้อยละ 25.8 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 25.1 ด้านจิตใจ ร้อยละ 24.0 และด้านสังคม ร้อยละ 22.9 ตามลำดับ (ตาราง 3)

ตาราง 3 ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (N=159)

กิจวัตรประจำวัน (คะแนน)	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ร้อยละ ความต่าง	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
1. การรับประทานอาหาร (Feeding)	6.05	1.60	8.13	1.04	25.6	<0.001
2. การลุกนั่ง (Transfer)	10.44	2.42	14.46	1.19	27.8	<0.001
3. การล้างหน้า แปรงฟัน (Grooming)	3.13	1.04	4.31	0.91	27.4	<0.001
4. การเข้าห้องน้ำ (Toilet Use)	6.90	1.46	8.69	1.11	20.6	<0.001
5. การอาบน้ำ (Bathing)	3.02	0.76	4.41	0.67	31.5	<0.001
6. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (Mobility)	12.18	1.41	13.77	1.33	11.5	<0.001
7. การขึ้นลงบันได (Stairs)	7.02	1.35	8.82	0.98	20.4	<0.001
8. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	6.80	0.88	8.39	0.92	19.0	<0.001
9. การกลั้นอุจจาระ (Bowels)	7.23	1.16	8.80	1.09	17.8	<0.001
10. การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)	7.25	1.29	8.95	1.11	19.0	<0.001
รวมเฉลี่ย	70.0	1.33	88.7	1.33	21.1	<0.001

หลังดำเนินการผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ร้อยละ 25.8 ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 25.1 ด้านจิตใจ ร้อยละ 24.0 และด้านสังคม ร้อยละ 22.9 ตามลำดับ (ตาราง 4)

ตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=159)

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ด้านร่างกาย					
ข้อ2. การเจ็บปวดตามร่างกาย	1.98	1.07	2.98	0.92	<0.001
ข้อ3. มีกำลังที่จะทำสิ่งต่างๆ	2.63	0.99	3.63	0.91	<0.001
ข้อ4. พอใจกับการนอนหลับ	2.56	0.79	3.56	0.83	<0.001
ข้อ10. พอใจที่สามารถทำอะไรได้ในแต่ละวัน	3.19	1.24	3.98	0.92	<0.001
ข้อ11. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะมีชีวิตแต่ละวัน	2.37	1.27	3.19	1.24	<0.001
ข้อ12. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	2.98	0.85	3.87	0.77	<0.001
ข้อ24. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	2.67	1.22	3.54	1.17	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านร่างกาย	2.62	1.06	3.53	0.96	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	25.8				

ด้านจิตใจ

ข้อ5. รู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	3.07	0.74	4.11	0.71	<0.001
ข้อ6. มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี	3.06	1.07	3.91	0.89	<0.001
ข้อ7. รู้สึกพอใจในตนเอง	2.91	0.99	3.85	0.85	<0.001
ข้อ8. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	2.67	0.86	3.57	0.76	<0.001
ข้อ9. ความรู้สึกดี เช่น ไม่รู้สึกเหงา	1.15	0.76	1.65	0.82	<0.001
ข้อ23. ชีวิตมีความหมาย	3.28	0.85	4.17	0.74	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านจิตใจ	2.69	0.87	3.54	0.79	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	24.0				

ด้านสังคม

ข้อ13. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น	3.24	0.84	4.15	0.73	<0.001
ข้อ14. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน	2.94	0.59	3.94	0.59	<0.001
ข้อ25. พึงพอใจในชีวิตทางเพศ	2.91	1.15	3.70	1.03	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านสังคม	4.54	1.13	5.89	1.03	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	22.9				

ด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อ15. ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	3.31	0.69	4.31	0.69	<0.001
ข้อ16. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อาศัย	3.04	1.09	3.91	0.78	<0.001
ข้อ17. มีเงินพอใช้จ่าย	2.28	1.15	3.15	1.21	<0.001

ตาราง 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ข้อ18. พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.28	0.96	4.19	0.71	<0.001
ข้อ19. ได้รับรู้เรื่องราว ข่าวสารที่จำเป็น ในชีวิตแต่ละวัน	2.94	1.08	3.85	0.89	<0.001
ข้อ20. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	2.52	0.90	3.43	0.85	<0.001
ข้อ21. มีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	2.81	0.77	3.83	0.76	<0.001
ข้อ22. พอใจที่มีความสะดวกกับการเดินทาง	2.46	0.96	3.46	0.82	<0.001
ข้อ1. ความพึงพอใจกับสุขภาพในปัจจุบัน	2.35	0.99	3.22	0.59	<0.001
รวมเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อม	2.77	0.95	3.70	0.81	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	25.1				

การมีส่วนร่วมของเครือข่าย จังหวัดหนองคาย ได้กำหนดบทบาทการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ในพื้นที่ จังหวัดหนองคาย ได้ดำเนินการภายใต้ข้อกำหนดตามเกณฑ์ของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากกว่าก่อนดำเนินการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นมากที่สุด

ในด้านการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ร้อยละ 86.0 การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท. และ อสม. ร้อยละ 56.9 การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล ร้อยละ 53.6 ตามลำดับ (ตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (N=140)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา					
1.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีการประสานงานการดูแลผู้สูงอายุ	0.42	0.49	4.01	0.71	<0.001
2.มีส่วนร่วมได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของรพ./รพสต./อบต./เทศบาล	0.42	0.49	3.04	0.76	<0.001
3.ได้เข้าร่วมในการประชุมประชาคมหมู่บ้าน/ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ	0.23	0.41	3.45	0.16	<0.001
4.มีส่วนร่วมในการประสานงานความร่วมมือกับสมาชิกสภา อบต.หรือเทศบาล	0.58	0.49	4.59	1.07	<0.001
5.ได้เข้าร่วมกำหนดแนวทางหรือมาตรการชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ	0.80	0.39	4.44	0.56	<0.001
รวมเฉลี่ย	0.49	0.45	3.90	0.65	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	86.0				

ตาราง 5 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ (ต่อ)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		P-value
	Mean	SD	Mean	SD	
การมีส่วนร่วมตามบทบาทของ อปท./ อสม.					
1. อปท.และ อสม. มีศักยภาพที่สามารถบริหารจัดการเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุ	0.58	0.49	1.97	0.60	<0.001
2. มีการออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติในการดูแลผู้สูงอายุ	1.20	0.39	2.17	0.37	<0.001
3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	1.00	0.00	1.61	0.48	<0.001
4. มีการนำข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุ มาวางแผนแก้ไขตามสภาพปัญหาหรือเฉพาะราย เฉพาะโรค	0.42	0.49	3.28	1.32	<0.001
5.เครือข่ายท้องถิ่นมีกิจกรรมประชุมระดม	2.13	0.75	3.28	1.32	<0.001

สมองในด้านการดูแลผู้สูงอายุ					
รวมเฉลี่ย	1.06	0.42	2.46	0.81	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	56.9				
การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล					
1.ท่านได้เข้าร่วมประชุมเพื่อกำหนดเกณฑ์ การ					
ประเมินผลกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุใน	1.35	0.47	3.10	1.12	<0.001
ท้องถิ่นและชุมชน					
2.ท่านได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ ติดตาม					
การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	1.35	0.47	3.11	0.94	<0.001
3.อบต.หรือเทศบาลได้ประสานงานขอความ					
ร่วมมือจากชุมชนในท้องถิ่นเพื่อช่วยงาน	3.07	0.88	4.44	0.76	<0.001
กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ					
4.มีส่วนร่วมเป็นกรรมการหรือเป็นคณะกรรมการ					
ออกเยี่ยมเยียนวิชาการดูแลผู้สูงอายุที่ยากจนที่	1.20	0.39	2.46	1.30	<0.001
มีสภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม					
5.ทราบข้อมูลผลสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุ					
รวมค่าเฉลี่ย	1.63	0.52	3.51	0.97	<0.001
ร้อยละความแตกต่าง เท่ากับ	53.6				

สรุป หลังดำเนินการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจักรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ศักยภาพของทีมหมอครอบครัว จังหวัดหนองคาย มีการสร้างทีมและพัฒนา ศักยภาพทีมหมอครอบครัว โดยแต่งตั้งทีมหมอครอบครัว กำหนดบทบาทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หลังดำเนินการทีมหมอครอบครัวมีศักยภาพบริการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุโดยรวมมากกว่าก่อนดำเนินการ มีคุณภาพบริการ เพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านมีระบบส่งต่อและติดตาม การตอบรับผู้สูงอายุนอกเขตรับผิดชอบที่ส่งต่อไปยังเครือข่าย บริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ทาง จังหวัดหนองคาย ได้จัดการบริการสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ โดยการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Holt, et al (2017) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราภาครัฐของสหรัฐ จะมีการส่ง

ต่อจากบ้านพักคนชราไปโรงพยาบาล มากกว่า 25% ต่อปี ของผู้สูงอายุบ้านพักคนชราทั้งหมด และการศึกษาของ ภาสกร สวนเรือง และคณะ (2561)⁽⁷⁾ ที่ศึกษาพบว่า การ ทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพที่สอดคล้องกับความต้องการ การรับบริการของผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญมากยิ่งขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงที่ต้องการการดูแลอย่างสม่ำเสมอ

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังดำเนินการผู้ดูแลมี ศักยภาพด้านบทบาทการทำงานโดยรวมมากกว่าก่อน ดำเนินการ มีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้านได้รับการ ฝึกอบรม มีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดด้าน การมีระบบส่งต่อ ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้าน ความก้าวหน้า และการมีส่วนร่วมในการดูแลของ หน่วยงานด้านสุขภาพจากการสนับสนุนงบประมาณของ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ทั้งนี้ทางจังหวัดหนองคาย ได้ เพิ่มการให้บริการเยี่ยมบ้านเป็นระยะตามสภาพผู้ป่วยที่

สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากในการเยี่ยมบ้านที่ดีจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาและเป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว อันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและความร่วมมือในการดูแลมากขึ้น ทำให้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว⁽⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี ศรีหาคา และคณะ (2556) ที่ศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยเป็นการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งพบว่า การดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกดดัน

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังดำเนินการผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ ความสามารถในการอาบน้ำเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากที่สุดในด้านร่างกาย ทั้งนี้ทางปฏิบัติจำเป็นจะต้องให้การช่วยเหลือตามที่ต้องการในด้านสิ่งของเครื่องใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Winter, et al (2013) ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มการศึกษาต่ำ มีรายได้น้อย และไม่มีรายได้ เมื่อเกษียณอายุ รัฐบาลควรให้การสนับสนุนความช่วยเหลือสิ่งเหล่านี้และมีการส่งเสริมสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Chen, et al (2014)⁽⁹⁾ ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้

จากผลการวิจัยที่พบว่าหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากกว่าก่อนดำเนินการ มากที่สุดในด้านการมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา ทั้งนี้ทางจังหวัดหนองคายได้ดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่จัดการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนที่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับการร่วมคิด ร่วมทำ

ร่วมเรียนรู้และร่วมตรวจสอบ และมีการสร้างระบบเชิงรุกของการมีส่วนร่วม (พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) ทั้งนี้เนื่องจาก ในสังคมไทยผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังอาจยังได้รับการดูแลจากลูกหลานซึ่งอยู่ห่างออกไป แ่งคิดสำหรับอนาคตก็คือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสดหรือหม้าย และผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย จะมีจำนวนมากขึ้น และหากคำนึงของสังคมการให้คุณค่าผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะมีโอกาสเจ็บป่วยและเกิดภาวะในการดูแลเพิ่มขึ้น ดังนั้นการดำเนินงานระบบเครือข่ายดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว จำเป็นที่จะต้องมีการกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรทรัพยากรตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. รัฐบาลควรพิจารณาประเด็นการกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับ “ความจำเป็น” ของผู้สูงอายุที่สมควรได้รับเบี้ยยังชีพ ควรให้สวัสดิการเป็นตัวแทนเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และอาจพิจารณาปรับเปลี่ยนอัตราเบี้ยยังชีพให้สูงขึ้นตามค่าครองชีพที่สูงขึ้น

2. การบูรณาการด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ตั้งแต่ระดับ ตำบล หมู่บ้านและชุมชน โดยคำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต

3. พัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยมีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข พัฒนาจากข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ผ่านแนวทางการจัดการคุณภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และนำไปปฏิบัติได้จริง จะทำให้ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวได้มาก

4. จัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ส่งเสริมกิจกรรมชุมชนที่ผู้สูงอายุมีบทบาทในชุมชน และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

5. พัฒนาแบบโครงสร้างอาคารสถานที่ที่ยังไม่อำนวยความสะดวกต่อการมาใช้บริการของผู้สูงอายุกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ เช่น สถานที่ราชการ

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ออกแบบเป็น 2 ชั้นไว้สูงมากจนยากที่ผู้สูงอายุจะเดินขึ้นบันไดสูงขึ้นขึ้นไปถึงได้

6. พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

7. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าภาพหลักในการ

บริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยงานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ อาจจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เสนอให้ศึกษาเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิที่พึงมีของผู้สูงอายุเพื่อจัดทำนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสิทธิที่พึงมีสำหรับผู้สูงอายุ

2. ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะด้านอาชีพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้

เอกสารอ้างอิง

1. รัชชัย จิตริวิเศษ. จังหวัดหนองคายขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, 2561. <ออนไลน์> [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤษภาคม 2562]. จาก: <https://www.hfocus.org>
2. วรณภา ศรีชัยรัตน์, ถัดคำ คำศิริการเลิศ. แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สหมิตร พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2555.
3. สุพัตรา ศรีวนิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกษา บุญบุญ, ปิยะฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว (Family Care Team: FCT). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558.
4. สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส, 2554.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการสุขภาพ : District Health System (DHS) และการประเมินตนเองตามมาตรฐานแนวทาง UCARE. นนทบุรี: 2557. <ออนไลน์> [เข้าถึงเมื่อ 27 กรกฎาคม 2561]. จาก: <http://www.nhso.go.th>
6. กัลยา วาณิชชัยบัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
7. ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้แผนนโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2561; 12(3): 437-449.
8. สรนาถ สินอุไรพันธ์, สายทิศา รามสูต, ธนาศรี สัมพันธ์รักษ์, สุปรียา หวังพัชรพล, ขวัญชัย กาแก้ว, ประภัศรา นาคะ. สุขตามสภาพ (แวดล้อม) แนวทางการปรับพื้นที่สำหรับผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลลำสนธิโมเดล. กรุงเทพฯ: กลุ่มวิจัยสิ่งแวดล้อมสรรค์สร้างเพื่อสุขภาวะ 2559: 29-34.
9. Chen LJ, Chen CY, Lue BH, Tseng MY, Wu SC. Prevalence and Associated Factors of Frailty Among Elderly People in Taiwan. Els Taiwan LLC. IJGE 2014; 8: 114-19. <online> [cited 2017 Jan 11]. Available from: <http://www.IJGE.online.com>

ค่านิยมหลัก 12 ประการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Twelve core values of students at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

เบญญาภา กาลเขว้า¹, ประทีป กาลเขว้า²

Benyapa Kankhwao¹, Prateep kankhwao²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่านิยมหลัก 12 ประการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวนตัวอย่าง 204 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ค่าความเที่ยง แบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก เท่ากับ 0.942 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Mann – Whitney U test และ Kruskal-Wallis Test

ผลการศึกษา: เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยมหลัก 12 ประการ พบว่า ตัวแปร หลักสูตร มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนตัวแปรสถานภาพทางครอบครัว (ของบิดา-มารดา) และระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.324$ และ $p = 0.062$ ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (สสช.) กับหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม (ทก.) และ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (สสช.) กับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (ทส.) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p = 0.001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ค่านิยมหลัก 12 ประการ, นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

ABSTRACT

This research aimed to investigate and compare twelve core values of students at Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Participants were 204 students selected by stratified sampling. Data were collected by using questionnaires. Content validity of measurement instrument was between 0.67 and 1.00 and reliability, by using Cronbach's alpha coefficient, was 0.942. Data were analyzed by using software package STATA for Windows in terms of descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation, and Inferential statistics, consisting of Mann – Whitney U test and Kruskal-Wallis Test.

Result: When comparing the scores of twelve core values of students identified by family status, programmes and years of study to the average scores of practice of twelve core values, programmes of study were significant ($p < 0.001$), but family status and years of study were not significant ($p = 0.324$ and $p = 0.062$ respectively). When comparing the average scores of practice of twelve core values of students in each programme (in pair) between Bachelor of Public Health Programme in Community Public Health and Diploma of Public Health Programme in Pharmacy Technique, and between Bachelor of Public Health Programme in Community Public Health and Bachelor of Public Health Programme in Dental Health were significant ($p < 0.001$ and $p = 0.001$ respectively).

Keywords: twelve core values, Sirindhorn college's Student

¹ อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ประเทศไทยประสบปัญหาการทุจริตประพตมิชอบ การคอร์รัปชัน ตลอดจนพฤติกรรมความไม่โปร่งใสของภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ทั้งในรูปของการติดสินบนเจ้าหน้าที่ การสมรู้ร่วมคิดในการเอาสาธารณสมบัติหรือสาธารณประโยชน์อันเป็นประโยชน์ของส่วนรวมหรือประโยชน์ของสังคมมาเป็นประโยชน์ของส่วนตัวภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว ได้สร้างผลกระทบมากมายให้กับสังคมไทย การทุจริตและการคอร์รัปชันเป็นสิ่งที่ปรากฏในสังคมไทยอย่างต่อเนื่องยาวนาน และได้ขยายวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ พฤติกรรมดังกล่าวอาจอยู่ในรูปของพฤติกรรม การติดสินบน การฉ้อราษฎร์บังหลวง การใช้อำนาจในทางมิชอบ การล่อลวง โดยการแสวงหาผลประโยชน์ในรูปแบบต่างๆ นั้น ได้กลายเป็นสิ่งที่อยู่คู่กับสังคมไทยจนกลายเป็นเรื่องปกติที่ยอมรับได้หรือกลายเป็น “วัฒนธรรมคอร์รัปชัน”⁽¹⁾

สังคมไทยเป็นสังคมที่กำลังอยู่ในระยะการเร่งรัดพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การศึกษา มีสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งกระทำให้สองประการคือ การพัฒนาคนให้มีคุณภาพ และการพัฒนาวัตถุ สิ่งแวดล้อมให้เจริญทัดเทียมกันอย่างสมดุล ซึ่งการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรม และมีค่านิยมที่ดีงามนั้นเครื่องมือสำคัญคือการศึกษาอบรม เพราะเป็นกระบวนการที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมปรารถนาได้⁽²⁾

ค่านิยมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทยในแง่ของ การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาค่านิยมของบุคคลในสังคม เพราะค่านิยม มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมที่แสดงออก หรือไม่แสดงออก การศึกษาถึงค่านิยมของบุคคลจึงเป็นความรู้พื้นฐาน ที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขค่านิยมที่ไม่พึง ประสงค์และปลูกฝังค่านิยมที่พึงประสงค์ขึ้น อันจะส่งผลให้คนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และลดปัญหาสังคมที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากค่านิยมไปพร้อมกัน⁽³⁾ หากทุกคนได้ปฏิบัติและ

บำรุงให้เจริญงอกงามด้วยความเพียรจนกลายเป็นทักษะชีวิตแล้ว ก็จะเป็นการสร้างคนดีให้สังคม ยังให้ประเทศชาติบังเกิดความสุขร่มเย็น มีโอกาสพัฒนาให้มั่นคง ก้าวหน้าต่อไป

ผลการประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาเมื่อสิ้นสุดระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ 10 สะท้อนให้เห็นว่า สังคมไทยกำลังเผชิญวิกฤตความเสื่อมถอยด้านคุณธรรมและ จริยธรรม มีความเป็นวัตถุนิยม การใช้ชีวิตและความสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยมุ่งหารายได้เพื่อสนองความ ต้องการบริโภค การช่วยเหลือเกื้อกูลกันลดลง ความมีน้ำใจไมตรีน้อยลง แย่งแย่ง เอาเปรียบกัน ขาดความสามัคคี ไม่เคารพสิทธิผู้อื่น และขาดการยึดถือประโยชน์ส่วนรวม ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนา คุณภาพคนไทยให้มีคุณธรรม สถาบันทางสังคม และชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็ง สามารถปรับตัวรู้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง ยึดโยงคนไทยให้เป็นปึกแผ่นลดอิทธิพลของความทันสมัยและความขัดแย้งใน สังคมไทย⁽⁴⁾

รัฐบาลไทยภายใต้การนำของ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี และ หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ(คสช.) ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงกำหนดค่านิยมหลักของคนไทยให้ชัดเจน คือ“ค่านิยมหลักของคนไทย 12 ประการ” เพื่อให้คนไทยใช้เป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติและเพื่อปลูกจิตสำนึกคนไทย ซึ่งการที่ประเทศไทยจะเข้มแข็งได้นั้น ประชาชนคนไทยต้องมีความเข้มแข็งก่อน⁽¹⁾ ดังนั้น ค่านิยมหลักจึงเป็นความเชื่อที่เชื่อว่าเป้าหมายบางอย่างหรือวิถีปฏิบัติบางอย่างเป็นสิ่งที่ดีตนและสังคมเห็นว่าดี มีคุณค่าที่จะยึดถือเป็นเป้าหมาย เป็นแนวปฏิบัติและเป็นแนวในการดำเนินชีวิต⁽⁵⁾

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันได้มีการเปิดสอนหลักสูตรระดับปริญญาตรีโดยสมทบร่วมกับมหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข) และหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) และหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ

ชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน ในปัจจุบันวิทยาลัยฯ ดำเนินงานของ ภายใต้อำนวยการ คือ “จัดการศึกษา ผลิตความรู้สู่ชุมชน พัฒนากำลังคนอย่างมีคุณภาพเพื่อให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ซึ่งมีปณิธานคือ “วิทยาลัยมีความมุ่งมั่นที่จะผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานในชุมชนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” และได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF : HED) ที่มุ่งเน้นเป้าหมายการจัดการศึกษาที่ผลการเรียนรู้ (Learning Outcomes) ของนักศึกษาซึ่งเป็นการประกันคุณภาพบัณฑิตที่ได้รับคุณวุฒิแต่ละคุณวุฒิ และกำหนดผลการเรียนรู้ (Learning Outcomes) ที่คาดหวังให้บัณฑิตมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ด้านทักษะทางปัญญาด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ⁽⁶⁾ โดยการจัดประสบการณ์เรียนรู้ใน วิทยาลัยฯ ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาผู้เรียนให้มีความรับผิดชอบ มีวินัย โดยมีความคุณธรรมและจริยธรรมตามคุณ สมบัติหลักสูตรฯ นอกจากนี้ยังได้จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมด้านคุณธรรมและจริยธรรมดังกล่าว ได้แก่ โครงการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อชุมชน การเข้าแถวหน้าเสาธงก่อนเข้าเรียน โครงการวิทยาลัยสีเขียว โครงการสำนักรักบ้านเกิด เป็นต้น แต่ผลจากการดำเนินโครงการ/กิจกรรมดังกล่าวยังขาดการประเมินที่เป็นรูปธรรม และไม่ครอบคลุมทุกหลักสูตรและทุกชั้นปี

จากความสำคัญและความจำเป็นที่รัฐบาลเร่งรัดในด้านการปลูกฝังค่านิยมและคุณธรรม จริยธรรมให้กับนักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชนทั่วไป ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาค่านิยมหลัก 12 ประการ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 4 หลักสูตร ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบสภาพคุณลักษณะดังกล่าวว่าอยู่ในระดับใด และนำผลที่ได้ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่ดีของนักศึกษา ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาและออกไปปรับใช้สังคมโดยส่วนรวมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับค่านิยมหลัก 12 ประการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับค่านิยมหลัก 12 ประการ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามเพศ สถานภาพทางครอบครัว ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และหลักสูตรที่ศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัย ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นทั้ง 4 หลักสูตร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์(ชั้นปีที่1-2) นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม(ชั้นปีที่1-2) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน(ชั้นปีที่1-3) และ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข(ชั้นปีที่1-3)

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก⁽⁷⁾ ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 204 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามวิธีการของ Pander and Verma (2008)⁽⁸⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) (อยู่ในช่วง 0.67-1.00) และค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.942

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติเชิง
อ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบ Mann – Whitney U test และ
Kruskal-Wallis Test

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศ
หญิง ร้อยละ 80.88 เป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุข
ศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 36.27
และคือนักศึกษาชั้นปีที่2 มากที่สุด ร้อยละ 39.22
สถานภาพทางครอบครัวของบิดา-มารดา ส่วนใหญ่ อยู่
ด้วยกัน ร้อยละ 79.41 นักศึกษาส่วนใหญ่มี ผลสัมฤทธิ์
ทางการเรียน(ภาคการศึกษาสุดท้าย) อยู่ในช่วง 2.50 – 4.00
ร้อยละ 98.04

นักศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
เทคนิคเกษตรกรรม มีคะแนนเฉลี่ย ค่านิยมหลัก 12 ประการ
มากที่สุด ($\bar{X} = 154.36$, $SD = 6.26$) รองลงมาคือ
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันต
สาธารณสุข ($\bar{X} = 150.78$, $SD = 12.33$) โดยนักศึกษาทั้ง
2 หลักสูตรมีระดับพฤติกรรม/การปฏิบัติ ค่านิยมหลัก 12
ประการ เป็นประจำหรือทุกครั้งและเป็นแบบอย่างที่ดี
ส่วนหลักสูตรหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ และ หลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มี
ระดับพฤติกรรม/การปฏิบัติ ค่านิยมหลัก 12 ประการ
พฤติกรรม/การปฏิบัติ เกี่ยวกับค่านิยมหลัก 12 ประการ
เป็นประจำหรือทุกครั้งและด้วยความสมัครใจ ($\bar{X} =$
 146.12 , $SD = 18.76$ และ $\bar{X} = 138.42$, $SD = 19.73$
ตามลำดับ)และระดับพฤติกรรม/การปฏิบัติ ค่านิยมหลัก 12
ในภาพรวมนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตรมีระดับพฤติกรรม/การ
ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้งและด้วยความสมัครใจ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยม
หลัก 12 ประการ ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิ
รินธร จังหวัดขอนแก่น จำแนกตามสถานภาพทาง
ครอบครัว หลักสูตรและระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา พบว่า
ตัวแปร หลักสูตร มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยมหลัก 12
ประการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)
ส่วนตัวแปรสถานภาพทางครอบครัว (ของบิดา-มารดา)

และระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.324$ และ $p = 0.062$ ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยม
หลัก 12 ประการของแต่ละหลักสูตร (รายคู่) พบว่า
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยมหลัก 12 ประการ ของ
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข
ชุมชน (สสช.) กับหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
เทคนิคเกษตรกรรม (ทก.) และ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร
บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน (สสช.) กับหลักสูตร
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
(ทส.) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ
 $p = 0.001$ ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรม/การปฏิบัติ
ค่านิยมหลัก 12 ในภาพรวมนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร มี
ระดับพฤติกรรม/การปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้งและ
ด้วยความสมัครใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพร
สิทธิวนกุล, นงคราญ วงษ์ศรี และสุนทร ช่องชนิล (2557)
(⁹) ที่พบว่า คุณลักษณะอันพึงประสงค์ของบุคลากรตาม
ค่านิยมหลักของโรงพยาบาลเซนต์เมรี่ โดยภาพรวม อยู่ใน
ระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า วิทยาลัยการสาธารณสุขสิ
รินธร จังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดนโยบายสร้างเสริม
คุณธรรมอย่างต่อเนื่อง และได้กำหนดนโยบาย “วิทยาลัย
คุณธรรม ” เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาและบุคลากรได้
ร่วมกันปลูกฝัง สร้างจิตสำนึกที่ดีและร่วมสร้างค่านิยม
หลักขององค์กร ไว้ในแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง
นอกจากนี้ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของ
ประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher
Education; TQF : HED) (⁶) โดยกำหนดผลการเรียนรู้
(Learning Outcomes) ค่านิยมหลักด้านคุณธรรม จริยธรรม
ไว้เป็นความสำคัญอันดับแรกอีกด้วย

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยมหลัก 12 ประการ
ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
ขอนแก่น จำแนกตามเพศ และ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา
พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของ สันติ ยุทธยง และคณะ (2555)(³) , อาจริยพงษ์ คำตัน

(2554)⁽¹⁰⁾ และ นนุช เทศทอง (2547)⁽¹¹⁾ อาจเป็นเพราะว่า วิทยาลัยฯ ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาแต่ละระดับชั้นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF : HED) โดยเฉพาะด้านคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังให้เกิดทุกระดับชั้นปี นอกจากนี้ ทางวิทยาลัยฯ ได้จัดกิจกรรมที่ปลูกฝังและสร้างเสริมค่านิยมหลักให้กับนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง และให้มีการทำงานร่วมกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านเพศ ให้ทุกคน ทุกเพศเข้าถึงการมีส่วนร่วมที่เสมอภาคกัน โดยโครงการที่สำคัญได้แก่ โครงการสร้างฝายชะลอน้ำ พัฒนาจิตอาสา เทิดพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน, กิจกรรมการเข้าแถวหน้าเสาธง เป็นต้น

ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยมหลัก 12 ประการ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งต่างจากการการศึกษาของ กาญจนา สุวรรณบุรณ์ (2551)⁽²⁾ ที่พบว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูง มีค่านิยมพื้นฐานแตกต่างจากนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์การเรียนรู้หรือผลที่คาดหวังของนักศึกษาในปัจจุบันเปลี่ยนไปเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โดยสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาได้กำหนดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF : HED)⁽¹²⁾ โดยกำหนดผลการเรียนรู้ (Learning Outcomes) ที่คาดหวังให้บัณฑิตมีอย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ด้านทักษะทางปัญญาด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ นั่นคือให้ความสำคัญความเป็นคนดี มากกว่าความเป็นคนเก่ง นั่นเอง

นักศึกษาในแต่ละหลักสูตร (4 หลักสูตร) มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติค่านิยมหลัก 12 ประการ แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมมีลักษณะหลากหลายตาม

ความจำเพาะของบริบทแต่ละหลักสูตร ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และความต่อเนื่อง ที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรส่งเสริมค่านิยมหลักของนักศึกษา ทั้ง 12 ประการ ให้ดียิ่งขึ้นหรือรักษาระดับให้คงเดิม เช่น มีการยกย่องชมเชยผู้ที่ปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือทาคุณประโยชน์เพื่อส่วนรวม จัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริม เช่น คนดีประจำเดือน คนดีแห่งปี หรือจัดค่ายอบรมคุณธรรมและจริยธรรมประจำปีการศึกษาให้กับทุกชั้นปี จัดกิจกรรมการสวดมนต์ไหว้พระทุกวันพฤหัสบดี การจัดกิจกรรมหน้าเสาธงโดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์ เป็นต้น

2. ควรปลูกฝังค่านิยมในด้านการประหยัดอดออม ไม่ใช่จ่ายฟุ่มเฟือย โดยควรมีการสอดแทรกเรื่องค่านิยมด้านการประหยัดเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนและจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างการประหยัดอดออม ไม่ใช่จ่ายฟุ่มเฟือย โดยเฉพาะการใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการเรียน การอุปโภค บริโภคตามปกติ โดยเฉพาะการใช้จ่ายขณะออกนอกรั้ววิทยาลัยซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นมากเรื่อยๆ ภายในวิทยาลัยควรมีกิจกรรมฝึกนิสัยความประหยัด อดออม ไม่ใช่จ่ายฟุ่มเฟือย เช่น การใช้กระดาษ 2 ด้าน ปิดน้ำ-ไฟฟ้า เมื่อเลิกใช้ คิดก่อนใช้ คิดก่อนซื้อ เก็บออม ถนอมใช้ทรัพย์สินสิ่งของอย่างคุ้มค่า รู้จักทำบัญชีรายรับ-รายจ่ายของตนเองอยู่เสมอ เป็นต้น

3. ควรปลูกฝังค่านิยมในด้านวินัยจราจร โดยสอดแทรกเรื่องการกวดขันวินัยจราจรกับความปลอดภัยในชีวิต เนื่องจากปัญหาอุบัติเหตุการจราจรไม่เพียงทำให้เสียชีวิต แต่ยังก่อให้เกิดความพิการและเป็นภาระอันหนักหน่วงของสังคม ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศอีกด้วย โดยเริ่มจากพฤติกรรมง่ายๆ เช่น การใส่หมวกนิรภัยทุกครั้งทั้งคนขับและคนซ้อนท้าย การจับเข็มตามเส้นทางที่กำหนดและหลีกเลี่ยงการขับร้ย้อนศร เป็นต้น

4. ควรปลูกฝังค่านิยมด้านการเคารพและนอบน้อมต่อผู้ใหญ่ เช่น การไหว้ การกล่าวทักทาย การเดินผ่านหน้าผู้ใหญ่ การต้อนรับ การมีมารยาทที่ดีและมีสัมมาคารวะ

การอ่อนน้อมถ่อมตนตามสถานภาพและกาลเทศะ ไม่ก้าวร้าวรุนแรง การให้อภัยผู้อื่น การรู้จักกล่าวขอโทษเมื่อทำผิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นการแสดงออกถึงการให้ความเคารพและให้เกียรติผู้ที่มีความอาวุโสกว่า และในขณะเดียวกันนั้น เรายังคงมีความมั่นใจในตนเอง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรคุณลักษณะอื่นๆหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อค่านิยมหลัก 12 ประการ เช่น ประสิทธิภาพทางสังคม แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ หรือความเชื่ออำนาจในตน
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมของนักศึกษาอันเกี่ยวเนื่องกับค่านิยมหลัก 12 ประการ ของนักศึกษา เพื่อจะได้ทราบข้อเท็จจริงในสภาพปัจจุบันของนักศึกษาแล้วนำไปสู่การวางแผนการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานการศึกษาแห่งชาติหรือตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF: HEd)
3. ควรมีการศึกษาสภาพและปัญหาการส่งเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักศึกษาทุกตามค่านิยมหลัก

12 ประการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

4. ควรมีการศึกษากลยุทธ์การส่งเสริมคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักศึกษาทุกตามค่านิยมหลัก 12 ประการของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ ศิริ วัฒนธีรวงศ์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะกรรมการบริหารวิทยาลัย ฯ และผู้บังคับบัญชาที่ได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนทุนวิจัยต่องานวิจัยนี้ ขอขอบคุณนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 4 หลักสูตร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์(ชั้นปีที่ 1-2) นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม (ชั้นปีที่ 1-2) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน(ชั้นปีที่ 1-3) และ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข(ชั้นปีที่ 1-3) ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. วีรพงษ์ คล้อยดี และ คณะ. กลยุทธ์การขับเคลื่อนค่านิยมหลักของคนไทย 12 ประการสู่การปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารสถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 : 2558. 57-67
2. กาญจนา สุวรรณบุรณ์. ค่านิยมพื้นฐาน 5 ประการของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานคร เขต2. ศึกษาสาตรมหาบัณฑิต (การวัดและประเมินผลการศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2551.
3. สันติ ยุทธยง, ศิริรัตน์ อรรถพร และ ภาณุ อุดกกลิ่น. รายงานวิจัย เรื่อง ค่านิยมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. อุตรธานี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. 2555.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555 – 2559. 2555. ค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2560 จาก <http://www3.oae.go.th/zone1/images/WebZone1/04-PDF/2559/02-Plan11/01-Thai/02-Summary/04-Summary.pdf>
5. Rokeach, M. **The nature of human values**. New York: Free Press. 1973.
6. สถาบันพระบรมราชชนก. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2553. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2553.

7. อรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2550.
8. Pander, R and Verma, M.R. Samples Allocation in Different Strata for Impact Evaluation of Developmental Programme. **Rev. Bras. Biom., São Paulo**, 26(4). 2008. 103-112.
9. กมลพร สิทธิวนกุล, นงคราญ วงษ์ศรี และสุนทร ช่อขนิณ. การศึกษาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของบุคลากรตามค่านิยมหลักของโรงพยาบาลเซนต์เมรี่. **วารสารปัญญาวิวัฒน์**. 5(2). 2014. 120-133
10. อาจริยพงษ์ คำตัน. การปฏิบัติตนด้านคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยมที่พึงประสงค์ของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดนครปฐม. **วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพัฒนศึกษา ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร**. 2554.
11. นงนุช เทศทอง. คุณธรรม จริยธรรมของนักเรียน นักศึกษาอาชีวศึกษาในสังกัดวิทยาลัยเทคนิค กรมอาชีวศึกษา เขตการศึกษา 7. **วิทยานิพนธ์ (ค.ม.) สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม**. 2547.
12. กระทรวงศึกษาธิการ. **ประกาศคณะกรรมการการอุดมศึกษาเรื่อง แนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ**. 2552. 16 กรกฎาคม 2552.