วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562 VOL.12 NO.3 Septembre – December 2019

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย 1
ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี , กรรณิกา ดาวไธสง, เกศินี จงมนตรี, ศุวรินทร์ แก้วพวง

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 11
นิรุวรรณ เทิร์นโบล์, วิทยา อยู่สุข, สาวิตรี รตโนภาส สุวรรณลี, อดิศร วงศ์คงเดช, จตุรงค์ สมอาจ, เขมิกา สมบัติโยธา, สงัด เชื้อลิ้นฟ้า, วิพา ชุปวา

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี 17
ชัยวัฒน์ ดาราสิชณน์

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด 23
ศุภมิตร ปาณฐูป

ผลการวิเคราะห์หาสาเหตุรากของอุบัติการณ์: (Root cause analysis: RCA) ในแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีโดยใช้เครื่องมือ C3THER 35
สุดถนอม ปิตตาทะโน, บุบผา ดำรงกิตติกุล, พนมพร กีรติตานนท์, ปัทมา ผาติภัทรกุล

ผลของการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 43
วราทิพย์ แก่นการ, สุมาลี ถาใจ

สถานการณ์โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตและแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค..... 52
บรรเจิด เดชาศิลปชัยกุล, ฐิติพร อินศร

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดอุบลราชธานี 59
ประทีป บุญธรรม ,วัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี 70
ประทีป บุญธรรม, อุดม พงษ์พิละ

การพัฒนาระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลกมลาไสย 79
ศิริศักดิ์ พรมแพน

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน: บทบาทผู้สอน ผู้เรียน และการเรียนรู้ 87
มธุรดา บรรจงการ , อัจฉโรบล แสงประเสริฐ , ทมาภรณ์ สุขสวรรค์ , สกุลรัตน์ ศิริกุล

ปัจจัยด้านการยศาสตร์และความเครียดกับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 93
นฤปวรรต์ พรหมมาวัย, ยุพรัตน์ หลิมมงคล , วงศา เล้าหศิริวงศ์

การพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน 102
ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ ,มยุรา เรืองเสรี, วราทิพย์ แก่นการ

การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ 110
มัลลิกา สุพล , ชนัชชา อุปฮาด

การวิจัยปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำทีม 5 พลัง (4P-W) ในการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย 117
วิรัติ ปานศิลา

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนเรื่องการพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล 125
จิราจันทร์ คณฑา, พลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา, สุดกัญญา ปานเจริญ, ปิ่นแก้ว โชติอำนวย

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ 138
ศิริรัตน์ จำปีเรือง, พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์, วงศ์สิริ แจ่มฟ้า, ชัชรีย์ บำรุงศรี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด 147
อัจฉโรบล แสงประเสริฐ , ศุภวรรณ พิมพ์พยอม, วัชรีพร อ่อนสด, ดารารัตน์ อยู่เจริญ, สุดกัญญา ปานเจริญ, จิราจันทร์ คณฑา

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน สำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 156
พงษ์เอก สุกใส, ปัญญา สังขวดี, ภัควัฒน์ เชิดพุทธ, จันทร์นิภา เชื้อนุ่น, ฉัตรสุดา ทรัพย์เจริญ, ศุภกร โป้มี, วรัญญา ทองใบ

ผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 162
พรพัฒน์ ภูนากลม, อรรถวิทย์ เนินชัด, ทักษนัย พัสดุ

อิทธิพลของทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มแจนเอรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ 172
อธิวัฒน์ อรุณโรจน์โสภิต , เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย , กุญชร เจือตี๋

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 182
พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา

รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย 192
พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา

การพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี 200
ทนง คำศรี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ 207
พรรณนภา ศรีสวัสดิ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ 215
กนกวิภา ประกอบศรี

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทน ด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เขตสุขภาพที่ 8 224
สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณนภา สระทองหน , ธีรศักดิ์ พาจันทร์, ประทีป กาลเขว้า

ความต้องการการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 233
สุพัฒน์ อาสนะ, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ,กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, สุทิน ชนะบุญ, ธีรศักดิ์ พาจันทร์, เจตนิพิฐ สมมาตย์, วิชุตา แสงเพชร์, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์

การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 240
โสน เรืองมั่นคง , ทองเปลว ชมจันทร์, สัญญา โพธิ์งาม

ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วมต่อคะแนนสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา 251
อวิรุทธ์ สิงห์กุล , สุนทร ปราบเขต

กระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 259
นัฐวุติ ไผ่ผาด ,บุญรอด ดอนประเพ็ง

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจังหวัดกาฬสินธุ์ 267
สม นาสอ้าน

การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านอาหารในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 – 2561 279
กฤช โชติการณ์

ผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง 290
เจนจิรา นิราราช , สุรัชดา ชนโสภณ

การพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 300
สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย 308
จริยา พันธุ์โสภณ

รูปแบบการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 318
พรพัฒน์ ภูนากลม , อรรถวิทย์ เนินชัด, ทักษนัย พัสดุ

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 324
นัฐวุฒิ ไผ่ผาด, บุญรอด ดอนประเพ็ง

ภาพลักษณ์องค์กรและการรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทรปราการ 337
นิลาวรรณ งามขำ, ปัทมาวรรณ์ แก้วสาย , ยุพาพรรณ ชาภักดี, ประธาน สัมฤทธิ์รินทร์, จุฑามาศ พรมเทศ, ชลิตา จิตสวา, ธัญชนก สีสังข์

การพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 347
วัฒนา นิลบรรพต, วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ บ้านห้วยยาง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น 356
สุนิศา ทาสะโก , วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, สนใจ ไชยบุญเรือง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น บ้านท่าลาด ตำบลหัวนาคำ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น 364
นันท์ธนภัค พุฒิรัศมี์ทองคำ , นฤมล สินสุพรรณ , อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ 375
วนิดา อินรัสพงศ์ , ดวงกมล ปิ่นเฉลียว

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น 383
เกษสุวรรณ สังหาวิทย์ ,สุทธีพร มูลศาสตร์ ,วันเพ็ญ แก้วปาน

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี 393
สุชาดา กองสิน , สุทธีพร มูลศาสตร์

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 406
ศราวุฒิ บุญญะรัง ,นภาเพ็ญ จันทขัมมา ,มุกดา หนุ่ยศรี

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงเด็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ 417
ลำพึง อภิรมานนท์ , ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ 429
สาวิตรี นามพะธาย , วีนัส ลีพหกุล , ศากุล ช่างไม้

องค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3 440
รัชนีกร ยิ่งชนะ ,ไพโรจน์ เติมเตชาติพงศ์, ไพศาล สุวรรณน้อย

การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร 451
วิภาภรณ์ สร้อยคำ , วาโร เพ็งสวัสดิ์, พิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์

การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 461
เอกชัย ภูผาใจ, ปรัชญา แก้วแก่น, ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์

การพัฒนาและการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน 472
วารุณี วงศ์ศรีชา , บุษบา สมใจวงษ์

รูปแบบการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืนโดยใช้บทเรียนและค่ากลางความสำเร็จเพื่อแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 483
เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์ , ตำแหน่ง สินสวาท, ชัญญานุช ปานนิล,วาสนา มงคลศิลป์, เดือนเพ็ญ ใจเต้, สุนันทินี ศรีประจันทร์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรอายุ 35-59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร 493
จรรจิรา เล็กแจ้ง , อาทิตยา วังวนสินธุ์

นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ภาคะวันออกเฉียงเหนือ 502
ยุพดี คู่ป้อง , พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น 511
รัชดาพร ไพบูรณ์ , พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย

The Development of Vodcast Enhancing Nursing Students Knowledge and Nursing skill of Faculty of Nursing at A Private College 520
Phawadee Thongnopkhun Toyn , Naree Achwarin

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 526
ดวงจันทร์ วงษ์ตั๊ะ ,วุฒิชัย จริยา

แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 539
ศศิธร มนอยู่พะเนา , ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ

อัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ: การศึกษาเชิงคุณภาพ 548
สุพิชชา แม่แจ่ , กุลวดี ทองไพบูลย์

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 560
เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย , วรินท์มาศ เกษทองมา , วุธิพงศ์ ภักดีกุล

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบาต่อระดับไขมันในเลือดและสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 568
วิเชษฐ ตุลยวิชย์1, เบญจา มุกตพันธุ์

มุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิต่อบทบาทการส่งเสริม การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 579
ชนกานต์ แสงคำกุล , อัศนี วันชัย , จันทร์จิรา อินจีน, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา 589
ณรงค์ ใจเที่ยง , ปฏิพัทธ์ วงค์เรือง , สดิพร ภูถมดี

การพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน 596
ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์, มยุรา เรืองเสรี,วราทิพย์ แก่นการ

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานเจซีไอ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี 605
วิรัญจ์ญา อานนท์กิจพานิช ,พาณี สีตกะลิน,นิตยา เพ็ญศิรินภา

ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลเอกชน 610
อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข ,สมพันธ์ หิญชีระนันทน์ ,พัชราภรณ์ อารีย์

ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง 620
กิตติพร เนาว์สุวรรณ , นภชา สิงห์วีรธรรม, ชุติมา รักษ์บางแหลม

การพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี 629
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, ดวงพร ถิ่นถา, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ , ศุภวดี แถวเพีย

ผลของโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมต่อนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น 639
ฐพัชร์ คันศร , นภาพร เหลืองมงคลชัย, อานนท์ สังขะพงษ์, วีระชัย เตชะนิรัติศัย ,ปารวัช ปานใจนาม

ผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น 646
วรวุฒิ ชมภูพาน , วรางคณา ชมภูพาน, ฐากูร เกชิต

รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง 654
วินัย รอบคอบ , ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วรภรณ์ ทินวัง

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเขตตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 663
ชัยธัช จันทร์สมุด

การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ 670
สวาท วันอุทา

สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น .....
สาวิตรี ทองมี ,สมพันธ์ หิญชีระนันทน์, พรทิพย์ กวินสุพร 677

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม 690
อรอนงค์ ภูสมปอง

การนวดไทยมีผลต่อระยะเวลาในการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านการนอน 694
วรางคณา ชมภูพาน , วิชัย อึงพินิจพงศ์ , วรวุฒิ ชมภูพาน

กรณีศึกษาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน 702
กัญจนา สมณะ

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธสำหรับผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 714
พระวีระชาติ ธีรสิทฺโธ (เพ็งแจ่ม) , พระโสภณพัฒนบัณฑิต , พระมหาดาวสยาม วชิรปญฺโญ

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรควัณโรคปอด 723
นันทนา พัฒเนกุล

ปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบการขายยาในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 733
รติยา อินทเกษ

รูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการามตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด 737
พระมหานำเกียรติ วิสุทฺโธ (ทองทวี) , พระมหามิตร ฐิตปญฺโญ , พระครูสุธีคัมภีรญาณ,

ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง 749
กิตติพร เนาว์สุวรรณ , นภชา สิงห์วีรธรรม , ชุติมา รักษ์บางแหลม

ประสิทธิผลของการรักษาข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน 760
พลอยชนก ปทุมานนท์ , วิชัย โชควิวัฒน

ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดนครศรีธรรมราช 767
จามจุรี แซ่หลู่

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสในพื้นที่จังหวัดสงขลาแบบบูรณาการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว 778
ฐปนรรฆ์ ประทีปเกาะ, สมัชญา ปรีชาพานิช,โชค นิชกรรม, วีรภัสรา แก้วเกษ, อรุณ ชุมแก้ว, ภูวดล สุวรรณะ, นริศรา บุญตัน, กานต์ เลขะกุล, วิไลภรณ์ วงศ์พฤกษาสูง, กฤษณ์ วีระวงค์, เบญจรงค์ สังขรักษ์, อรรถพร จีนพันธ์, ฟิตรียะห์ สา, ธีรยุทธ์ คงทองสังข์

การศึกษาความหลากหลายและการปลูกพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี 789
สุนทรี จีนธรรม

ต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ 799
ชัชวาลย์ นิราราช , สุรัชดา ชนโสภณ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น 809
สุกัญญา โคตรศรีวงศ์ และคณะ

ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกรรม leg lock ในการลดการเกิด Hematoma ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน 821
จำเนียร พัฒนจักร , ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร , ชนัญญา กันก๋ง , ปิยะนุช โคตรสมบัตร ,ธนา อาฤทธิ์

ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน 828
ศิริวรรณ บุตรหิน , บังอร ศุภวิทิตพัฒนา , นงลักษณ์ เฉลิมสุข

การบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส 837
ชาติชาย กุโบลา , พฤกษ์ ตัญตรัยรัตน

สัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่น ๆของเกษตรกรในจังหวัดสุโขทัย 848
สุนารี ทะน๊ะเป็ก , กษมา ภูสีสด , สาโรจน์ นาคจู

ประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นในจังหวัดลำพูน 861
มัลลิตา กัณทาพันธุ์ , อรุณรัตน์ ตั้งมั่นคงวรกูลู

ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง 872
ศรัณยู สืบจิตต์ , วรรณนิภา บุญระยอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 885
ณกพร ...ชัย ...สุทธิพร มูลศาสตร์ , วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี

บทบรรณาธิการ

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

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 36 (ปีที่ 12 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน กันยายน – ธันวาคม 2562 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด สาเหตุรากของอุบัติการณ์: (Root cause analysis: RCA) การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชน การพัฒนาศักยภาพแกนนำทีม 5 พลัง (4P-W) ในการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบาย การแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) โปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วมต่อคะแนนสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข รูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระบบความปลอดภัยด้านอาหารในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง การจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ การเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ การป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ การสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงเด็ก โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย การบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียน โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

Factors Related to Elderly Caregiver Volunteers Performance , The Thai Red Cross Society

ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี[1], กรรณิกา ดาวไธสง[1], เกศินี จงมนตรี[1], ศุวรินทร์ แก้วพวง[1]

DaruneePoosanasuwansri,KannikaDaothaisong, KaesineeChongmontri, Suwarinkeawpoung

(Received: August 15,2018; Accepted: October 29,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยใน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ระยอง ยโสธร ลำพูน และภูเก็ต ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยในปี 2560 จำนวน 247 คน ระยะเวลาในการศึกษาช่วงเดือนพฤษภาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.90 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 50.20 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ประกอบด้วย เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัคร แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย และแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัด ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบส่งเสริมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นโดยการสร้างเจตคติและแรงจูงใจในการทำงาน รวมทั้งทีมวิทยากรเครือข่ายสภากาชาดไทย ควรเพิ่มเวลาในการพบปะพูดคุยกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ:การปฏิบัติงาน / อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ / สภากาชาดไทย

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study factors related to elderly caregiver volunteers, The Thai red cross society. The samples were 247 elderly caregiver volunteers, The Thai red cross society in 6 provinces were as follows: Roi Et province, Kalasin province, Rayong province, Yasothorn province, Lampung province and Phuket province who passed elderly caregiver volunteers curriculum in 2017. Data were collected from May 2018 to December 2018 and using a questionnaire that designed by the researchers. The reliability of questionnaire is equal 0.9. Quantitative data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean , Chi-square test , Pearson 's product moment correlation coefficient and Multiple regression analysis. Study results revealed that 50.20% of elderly caregiver volunteers performance level had a moderate level, and the positive related factors to elderly caregiver volunteers performance included elderly care and caregiver volunteers attitude, motivation in elderly caregiver volunteers performance, information support / consultation from network elderly caregiver instructors and helping source from Provincial Red Cross Chapter are statistically significantly at .05 level. Study results suggested that the authorities organize the activities to promote elderly caregiver volunteers ensure the availability of performance skills for them as way to build attitude and motivation their performance. And network elderly caregiver instructors should additional time to consultation for elderly caregiver volunteers.

KEYWORDS:performance / elderly caregiver volunteers / The Thai Red Cross Society

[1] วิทยาจารย์ ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย

บทนำ

แนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดของไทยนั้น กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,705 คน คิดเป็นร้อยละ14.9 ของประชากรทั้งประเทศ [1] ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบรูณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี 2574[2] จากการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 79.0 (5 ล้านคน) เป็นผู้สูงอายุติดสังคมหรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และอีกร้อยละ 21.0 (1.3 ล้านคน) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเรียกว่า กลุ่มติดบ้านติดเตียง[3] ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสภาพจิตใจไปในทางที่เสื่อมถอยลงตามวัย มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย วิริภิรมย์กูลและคณะ[4] ที่พบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในชุมชน มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุมาจากการมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การเสื่อมโทรมตามวัย เช่น หูตึง กระดูกเสื่อมฯลฯ ทำให้ต่อมาเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาว ทำให้ช่วยตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และจากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ[5] พบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2550มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 7.7 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.6 8.7 และ 10.8 ในปี 2554 2557และ2560 ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกอื่นๆในครัวเรือน เช่น อยู่กับคู่สมรส บุตร/พี่/น้อง/ญาติ ผู้ดูแลฯ มีร้อยละ 89.2 การดูแลผู้สูงอายุที่พิการและทุพพลภาพนั้น มีการดูแลโดยครอบครัวและญาติพี่น้อง รวมทั้งโดยชุมชน ได้แก่ กลุ่มเพื่อนบ้าน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งให้การดูแลเป็นอย่างดี จากการศึกษาของวรรณลักษณ์ เมียนเกิด[6] พบว่าอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 47.4 ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 1 – 5 คน ร้อยละ 63.6โดยเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ และใช้ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละครั้ง 15 – 30 นาที โดยช่วงเวลาที่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเข้าไปดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือช่วง 09.00 – 10.00 น. จากความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ กลุ่มติดบ้านติดเตียง นั้นจำเป็นที่ทุกภาคส่วนควรจัดบริการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยทำหน้าที่ให้บริการผู้สูงอายุร่วมกันและผู้ที่สามารถขับเคลื่อนงานนี้ได้อย่างยั่งยืนคือ กลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีจิตอาสา ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้วางแผนจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 ชั่วโมง โดยประสานความร่วมมือกับสำนักงานบริหารกิจการเหล่ากาชาด ในการจัดโครงการพัฒนาอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในปี 2560 โดยจัดเป็นโครงการนำร่องเพื่อสร้างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้กับสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัด 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ระยองยโสธร ลำพูน และภูเก็ต โดยเริ่มจากการสร้างวิทยากรเครือข่าย หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ โดยการประชาสัมพันธ์เชิญชวนพยาบาลและบุคคลากรทางด้านสาธารณสุข จังหวัดละ 7 คนรวมทั้งสิ้น จำนวน 42 คน เข้าอบรมพัฒนาศักยภาพการเป็นวิทยากรเครือข่ายด้านการดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย เพื่อให้ไปขยายผลการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ให้แก่อาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันมีจำนวน 517 คนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุได้ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภายหลังการอบรมในหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุแล้ว การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย มีเป้าหมายช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของตนเอง จำนวนอย่างน้อย 2 คน อาจเป็นผู้ที่อยู่ในครอบครัว หรือในชุมชนเดียวกันหรืออาจเป็นเพื่อนบ้านใกล้เรือนเคียงกับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ทราบปัญหาและค้นหาผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ภายหลังการอบรมแล้ว 1 เดือน ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย จะได้รับข้อมูลผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านวิทยากรเครือข่าย เช่น การ

พูดคุยถึงการปฏิบัติงานโดยทั่วไป เป็นเพียงการดำเนินงานในกรอบช่วงเวลาการประเมินผลโครงการเท่านั้น ซึ่งจะไม่สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องได้ อีกทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครที่หลากหลาย อาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยของวิภาพร สิทธิสาตร์ และคณะ[7] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน คือ ทัศนคติในการปฏิบัติงานโดย อาสาสมัครฯ ที่มีทัศนคติระดับสูง มีโอกาสมีผลการปฏิบัติงานมากเป็น 2.46 เท่า ทำให้เป็นคำถามว่าทำอย่างไร ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภากาชาดไทย จะสามารถดำเนินงานด้านอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้ผ่านการอบรมแล้วไว้ได้อย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในระยะยาว สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สภากาชาดไทย ปี 2560 – 2564[8] ในยุทธศาสตร์ที่ 4 คือการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย เพื่อเป็นข้อมูลเชิงสำรวจเบื้องต้น อันจะนำไปสู่จุดเริ่มต้นในการประเมินความต้องการของอาสาสมัครฯ เพื่อต่อยอดงานด้านอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสภากาชาดไทย เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การนำข้อมูลประกอบในการวางแผนคัดเลือกอาสาสมัครเข้าอบรม การพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งนโยบายในการบริหารจัดการงานอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

1. ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และงานอาสาสมัคร และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แหล่งข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย และแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัด กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยใน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ระยอง ยโสธร ลำพูน และภูเก็ตที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ปีงบประมาณ 2560 (เดือนตุลาคม 2559 –กันยายน2560) จำนวน 517 คน ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในแต่ละจังหวัดแบบง่าย (Simple Random Sampling) มาตามสัดส่วนจนครบจำนวนตัวอย่างที่คำนวณในการศึกษา 248 คน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยใน 6 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ระยอง ยโสธร ลำพูน และภูเก็ต ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ปีงบประมาณ 2560(เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560) จำนวน 517 คน กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยใน 6 จังหวัดได้แก่ ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ระยอง ยโสธร ลำพูน และภูเก็ต ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ปีงบประมาณ 2560 (เดือนตุลาคม 2559 – กันยายน 2560) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ตารางการสุ่มตัวอย่างของเครซี่ และมอร์แกน (Krejcie and

Morgan,1970)[9] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 226 คน และผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 248 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วน(Proportional Simple Random Sampling) ของ ทุกๆ จังหวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ที่ลักษณะคำถามให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด จำนวน10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ / ไม่ใช่ / ไม่แน่ใจ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครมีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริงเพียง 1คำตอบ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริง 1คำตอบ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริงเพียง 1 คำตอบ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 6แหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัด มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริงเพียง 1คำตอบ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 7 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในการดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความจริงเพียง 1 คำตอบ จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดโดยลักษณะคำตอบเป็นแบบบรรยาย จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้วยวิธี Content Validity Index ได้ค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83 และได้นำไปทดลองใช้(Try Out)กับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) จังหวัดชัยนาท ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหา ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ถือเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผย รวมทั้งผู้วิจัยได้ชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลทุกครั้ง และสามารถแจ้งยกเลิกการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.14 มีอายุเฉลี่ย 50.33 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปีมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.28 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 51.82มีการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.53มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 0 – 5,000.00 บาท ร้อยละ 58.30 มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.14 และผู้สูงอายุที่ดูแลส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 74.49 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครของหน่วยงานอื่น เช่น อสม. / อผส. / อสส. ร้อยละ 84.21 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงสูงอายุ 70 ชั่วโมง คิดเป็น ร้อยละ 48.99

2. ปัจจัยการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

2.1 ด้านความรู้การดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.47 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากคะแนนการตอบถูกมากที่สุดคือข้อที่ว่า การให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบเป็นการส่งเสริมผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ร้อยละ 100.00

2.2 ด้านเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นของเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครเชิงบวก ร้อยละ 94.33เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครมากที่สุด คือข้อที่ว่า ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการดูแลจากลูกหลานหรือคนในชุมชน ร้อยละ 77.49

2.3 ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.93เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด คือข้อที่ว่า การปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ท่านมีความสุข ร้อยละ 56.68

2.4 ด้านแหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่ายอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.55เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับแหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่ายมากที่สุด คือข้อที่ว่าทีมวิทยากรสภากาชาดไทย จัดหาหลักสูตรการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมาให้ท่าน ร้อยละ 54.66

2.5ด้านแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัดส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.57 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัด มากที่สุด คือข้อที่ว่าเหล่ากาชาดจังหวัดเป็นหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ร้อยละ61.5

2.6 ด้านการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.20เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยในการดูแลผู้สูงอายุ มากที่สุด คือข้อที่ว่า ท่านติดตามให้ผู้สูงอายุไปตรวจรักษาโรคตามการนัดหมาย ร้อยละ 40.49

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย โดยการหาค่าไคสแควร์(Chi-square test)วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ($p > 0.05$)

3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ทดสอบด้วยสถิติเพียร์สัน(Pearson's Correlation) ผลการวิเคราะห์พบว่า เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ($r = 0.218, p < 0.05$) แรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัครมีความสัมพันธ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ($r = 0.396, p < 0.05$)

3.3วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ทดสอบด้วยสถิติเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ผลการวิเคราะห์พบว่า แหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ($r = 0.336, p < 0.05$) แหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ($r = 0.236, p < 0.05$)

3.4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

ทดสอบด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัครและแหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยได้ ร้อยละ 18.80

จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยทั้ง 4 ข้อ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ได้แก่ ปัจจัยการปฏิบัติงาน คือ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัคร และแรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัคร ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย แหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัด โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ได้แก่ แรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัคร และแหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ใน 6 จังหวัด ในภาพรวม พบว่า ครึ่งหนึ่งของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย มีการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.20 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยในการดูแลผู้สูงอายุรายข้อ พบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ มากที่สุด อันดับแรก คือ การติดตามให้ผู้สูงอายุไปตรวจรักษาโรคตามการนัดหมาย ร้อยละ 40.49 แสดงว่าการที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยมีการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยเกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 44.53 และมีรายได้เฉลี่ย / เดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000.00 บาท ร้อยละ 58.30 จึงทำให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยใช้เวลาในการทำงานหาเลี้ยงชีพ นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุของสภากาชาดไทย เป็นการปฏิบัติงานด้วยจิตอาสาที่ไม่มีค่าตอบแทน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี รอดสวัสดิ์ และเกษร สำเภาทอง[10] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร พบว่า การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง พรพจน์ บุญญสิทธิ์และสุรเดช ประดิษฐบาทุกา[11] ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญอยู่ในระดับปานกลางและศุทธินี สาครวาสี[12] ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจในการการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง และผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอาชีพหลัก และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ย / เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย($p > .05$) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย เป็นบุคคลที่ต้องการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม เป็นผู้มีจิตอาสา มีเมตตาและศรัทธาในงานของสภากาชาดไทย ปรารถนาใช้เวลาสติปัญญา ตลอดจนความรู้ความสามารถ เพื่อช่วยเหลือกิจการของสภากาชาดไทย ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยไม่หวังผลตอบแทน ซึ่งสอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ[13] ที่กล่าวถึงงานอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มคนที่มีจิตอาสาเสียสละ บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันแต่ก็ไม่มีผลต่อการทำงานและศุทธินี สาครวาสี[14] ที่ศึกษาเรื่องแรงจูงใจในการการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ประจำต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครประจำ

หมู่บ้าน มีผลการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัคร และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการปฏิบัติงานด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย (p - value > .05)อธิบายได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มากหรือน้อย มีการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขด้วย ถึงร้อยละ 84.21 ซึ่งการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีการอบรมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ มากถึง ร้อยละ 95.14 จึงทำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ส่วนปัจจัยการปฏิบัติงานด้านเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value < .05)อธิบายได้ว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยที่มีเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครดี จะมีการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่ดีด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเจตคติเป็นความเชื่อของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ความรู้สึก ส่งผลให้บุคคลทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น[15] ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยเกือบทั้งหมดมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัครระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 94.33สอดคล้องกับผลการศึกษาของคณิต หนูพลอย[16] ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยการปฏิบัติงานด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .396, p < .05) อธิบายได้ว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุดี จะมีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยที่ดีด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย มีแรงจูงใจในการทำงานอาสาสมัคร ระดับมาก ร้อยละ 93.93 สอดคล้องกับผลการศึกษาของคณิต หนูพลอย[17] ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง (r = .55, p <.001) สอดคล้องกับศุทธินี สาครวาสี[18] ที่ศึกษาเรื่อง แรงจูงใจในการการปฏิบัติงาน ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงาน

4. ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ได้แก่แหล่งข้อมูล/คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย และ แหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย แหล่งข้อมูล/คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .336, p < .05) อธิบายได้ว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยที่มีแหล่งข้อมูล/คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่ายดี จะมีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยที่ดีด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ได้รับแหล่งให้ข้อมูล / คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย ระดับมากร้อยละ 95.55ซึ่งการที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ได้รับแรงสนับสนุนจากแหล่งให้ข้อมูล/คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่ายที่ดี จะทำให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยไปในทางที่ดีด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชาตรี จันทร์ตา[19] ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. เทศบาลตำบลหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่อง การได้รับการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข และความพึงพอใจในตำแหน่ง อสม. มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. แหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .236, p <.05) อธิบายได้ว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยที่มีแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัดดีจะมีการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยที่ดีด้วยซึ่งจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ได้รับแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัด ระดับมาก ร้อยละ 97.57ซึ่งการที่อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย ได้รับแรงสนับสนุนจากแหล่งให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์จากเหล่ากาชาดจังหวัดดี จะทำให้การปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภากาชาดไทยไปในทางที่ดีด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เอกรินทร์ โปตะเวช[20] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.ในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย พบว่า การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

5. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการปฏิบัติงาน และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลและทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย พบว่า มีตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และแหล่งข้อมูล/คำปรึกษาจากวิทยากรเครือข่าย สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย อธิบายได้ตามแนวคิดทฤษฎีสองปัจจัยของ เฮิร์ซเบิก อ้างในศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ[21] ได้ว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุขยันในการปฏิบัติงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัจจัยที่ช่วยทำให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุพอใจในงานที่ทำด้วย จากการที่ได้ทำงานแล้วมีความสุข จึงทำให้มีระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยที่ดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกอบรมอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย เช่น เหล่ากาชาดจังหวัด ควรมีการจัดทำแผนและนโยบายในการให้วิทยากรเครือข่ายฝึกอบรมทบทวนความรู้เพิ่มเติมให้กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในทุก ๆ ปี โดยเฉพาะในหัวข้อที่อาสาสมัครยังมีความรู้น้อย ในเรื่อง ค่าปกติของการวัดรอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย สัดส่วนอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ น้ำมันพืชที่เหมาะสมในการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ และซึ่งเป็นความรู้ในการประเมินสุขภาพเบื้องต้นในการป้องกันการเกิดโรคอ้วนและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้สูงอายุ ทีมวิทยากรสภากาชาดไทย ควรเพิ่มเวลาในการพบปะ พูดคุย ถึงปัญหาและอุปสรรคในปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ กับอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษา ช่วยเหลือจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้ข้อมูล ข่าวสารและนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่ออาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย นำไปพัฒนาปรับปรุงในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป หน่วยงานสภากาชาดไทยทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ควรมีการประชาสัมพันธ์ คัดสรร และเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อเป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างเจตคติที่ดีในด้านความรู้สึก ความเชื่อและความศรัทธา ในการเป็นอาสาสมัคร ซึ่งหมายถึงผู้มีจิตอาสาเสียสละ มีเมตตา เป็นผู้ที่ทำคุณประโยชน์ต่อผู้อื่นและชุมชนไม่หวังสิ่งตอบแทน การได้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเปรียบเสมือนการได้ทดแทนผู้มีพระคุณ ทำให้มีความสุข อิ่มบุญ อิ่มใจ เพื่อให้ผู้มีจิตอาสาที่ต้องการเป็นอาสาสมัครสภากาชาดไทย หรือผู้ที่เป็นอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยอยู่แล้ว เกิดเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุและงานอาสาสมัคร ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทยไปในทิศทางที่ดีด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา ในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความพึงพอใจและความต้องการของผู้สูงอายุและคนในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยถอดบทเรียนรูปแบบการทำงานของเหล่ากาชาดจังหวัดที่ดำเนินงานอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย ที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อที่เป็นแนวทางในการเป็นแบบอย่างการทำงานให้กับเหล่ากาชาดจังหวัดอื่นต่อไป

3. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการประเมินผลโครงการโดยใช้ CIPP Model ในการประเมินโครงการอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

4. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุสภากาชาดไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก) รศ.ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล, และ นาง สกาวดี ดอกเทียน ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาให้กำลังใจในการทำงานวิจัยนี้ให้สำเร็จมีความสมบูรณ์และมีประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์ศุภวัฒน์ ชุติวงศ์ ผู้ช่วยเลขาธิการสภากาชาดไทย นางสาวนิตยา ร่มรื่น รองผู้อำนวยการรักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย ดร.ธีระบูลย์ อินทรกำธรชัย ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สภากาชาดไทย ดร.วิปัศย์กร คล้ายเกตุ หัวหน้ากลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ วิทยาจารย์ศูนย์ฝึกอบรมฯ เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไปทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนและให้กำลังใจและสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดร้อยเอ็ด ,กาฬสินธุ์ ,ระยอง, ยโสธร ,ลำพูน และภูเก็ต ที่ให้ ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557.**กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.

2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558.** กรุงเทพมหานคร:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน); 2559.

3. พิศสมัย บุญเลิศ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. **สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น** 2559; 23(2): 79.

4. สมชาย วิริภิรมย์กูล, ดลพัฒน์ ยศธร, เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์. สถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ: กรณีศึกษา อำเภอท่ามะกา และ อำเภอด่านมะขามเตี้ย จังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารวิทยาลัยราชสุดาเพื่อการวิจัยและพัฒนาคนพิการ** 2017; 11(14): 24-42.

5.กลุ่มสถิติประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ.**รายงานการสำรววจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560**.กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ;2561.

6. วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. **บทบาทของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในกระบวนการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบรายกรณี: กรณีศึกษาตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี.** กองทุนสังคมสงเคราะห์ศาสตร์; 2560.

7. วิภาพร สิทธิสาตร์, ภูดิท เตชาติวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2558**; 9(1): 25-31.

8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สภากาชาดไทย.**แผนยุทธศาสตร์สภากาชาดไทย ปี 2560-2564(ฉบับปรับปรุง ตุลาคม 2559).** 2559:14.

9. Krejcie RV and Morgan DW. Determining sample size for research activities. **Educational and Psychological Measurement** [Internet].1970[cited 2018 July 15];30,607-610. Available from: https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf

10.พัชรี รอดสวัสดิ์ และเกษร สำเภาทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร.**วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 2559;30(3) : 92-100.

11.พรพจน์ บุญญสิทธิ์และคณะ.**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เชี่ยวชาญ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี.**[ปริญญานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ].กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช;2559.

12.ศุทธินี สาครวาสี. **แรงจูงใจในการการปฏิบัติงาน ความสมารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.**[ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา].กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์;2554.

13.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์. อาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนไป.**วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2550;** 1 (3 - 4) : 268 – 279.

14.ศุทธินี สาครวาสี. **แรงจูงใจในการการปฏิบัติงาน ความสมารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.**[ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา].กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.

15.เทพพนม เมืองแมน และ สวิง สุวรรณ. **พฤติกรรมองค์การ =Organization behavior. (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง).** กรุงเทพฯ. ไทยวัฒนาพานิช 2540 : 184.

16. คณิต หนูพลอย. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง.**[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. พัทลุง:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.

17. คณิต หนูพลอย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง.[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. พัทลุง:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.

18.ศุทธินี สาครวาสี. **แรงจูงใจในการการปฏิบัติงาน ความสมารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.**[ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา].กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์;2554.

19. ชาตรี จันตา. **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหาง ดง จังหวัดเชียงใหม่.** [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตรัฐประศาสนศาสตร].เชียงใหม่:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

20. เอกรินทร์ โปตะเวช. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. **วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2551;** 2(3): 265-73

21.ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. **องค์การและการจัดการ.** กรุงเทพฯ : ธรรมสาร 2545:313-315

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Behavioral Factors Influencing Mental Health and Quality of Life among Elderly

นิรุวรรณ เทิร์นโบล์[1] วิทยา อยู่สุข[1] สาวิตรี รตโนภาส สุวรรณลี[2] อดิศร วงศ์คงเดช[1]
จตุรงค์ สมอาจ[2] เขมิกา สมบัติโยธา[1] สงัด เชื้อลิ้นฟ้า[3] วิพา ชุปวา[1]
Niruwan Turnbull[1] Witaya Yoosook[1] Savittri Ratanopad Suwanlee[2] Adisorn Wongkongdech[1]
Jaturong somard[2] Khemika Sombatyotha1 Sangud Chualinfa3 Wipa Chuppawa1

(Received: August 20,2018; Accepted: October 29,2018)

บทคัดย่อ

สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่เราตระหนักการมายาวนาน ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคามเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 871 คน ใช้แบบทดสอบสุขภาพจิตของ Thai GHQ – 28 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL – 26 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 49.2 ดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติร้อยละ 37 มีรอบเอวเฉลี่ย 32.59 นิ้ว น้อยที่สุด 22 นิ้ว มากที่สุด 50 นิ้ว ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีโรคแทรกซ้อนร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ร้อยละ 98.9 สุขภาพจิตในระดับมีปัญหา จำนวน 125 คน ร้อยละ 15.6 มีระดับสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาด้านอาการทางกาย ร้อยละ 1.6 ด้านอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ ร้อยละ 2.9 ด้านความบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 4.4 และ ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรงจำนวน 7 คน ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 71.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านดัชนีมวลกาย อายุ และรายได้ของผู้สูงอายุพบว่าอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบทั้งด้านรายได้ และ ดัชนีมวลกาย (r= -0.095, p-value = 0.015) และ (r= -0.181, p-value = 0.001) ตามลำดับ และกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันกับกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลางและตอนปลาย (Chi-square = 88.72, p-value = 0.001) ปัจจัยที่พยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือ ความรู้เกี่ยวโรคเบาหวานสามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 8 (R^2=0.08, p-value =0.037) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ 1) รายได้ของผู้สูงอายุ ร้อยละ 28.6 (R^2=.286, p-value =0.04) 2)พฤติกรรมการออกกำลังกายพยากรณ์ได้ร้อยละ 21.9 (R^2=0.219, p-value =0.001) ทั้งสองตัวแปรร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 50.5 ปัจจัยทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านรายได้ และความรู้ในการดูแลสุขภาพส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางกลุ่มยังมีปัญหาสุขภาพจิต ถึงแม้จะเป็นจำนวนน้อยแต่ควรให้ความสำคัญกับทุกชีวิต ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะมีการประสานความร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาเพื่อให้มีการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ โรคความดัน โรคเบาหวาน คุณภาพชีวิต และสุขภาพจิต

Abstract

Mental health and quality of life are issues that we have long recognized. A cross-sectional of behavioural factors affecting mental health risk and the quality of life of the elderly investigated in a district of Mahasarakham province. Selected of an 871 elderly were interviews with Thai GHQ-28 mental health test and WHOQOL-26 quality of life test. Data were analysed using descriptive statistics and also analyse relationships with Chi-square and multiple regression tests with the statistical significance

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150 อีเมล์: niruwan.o@msu.ac.th
[2]คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
[3]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

level at .05. The results showed that the majority of the elderly 66.4% were female, aged 60-69 years (55.8%), 49.2% were farmers, around 37% had body mass index in normal 18.50-22.99. The average waist size is 32.59 inches, the most 50 inches and the minimum is 22 inches. Almost (98.9 per cent) of elderly people have complications with hypertension or diabetes. 125 persons, 15.6% had a level of mental health that was 1.6% physical symptoms, anxiety and insomnia 2.9%, social defect, 4.4% and severe depressive symptoms 7 persons, 1.0 per cent. Mostly elderly lived in the moderate quality of life, 71.7 per cent. The factors correlation with the body mass index, age and elderly income were found negative correlation (r= -0.095, p-value = 0.015) and (r= -0.181, p-value = 0.001) respectively. Also the occupation groups of the elderly were related to all age group including early, middle and a late age group (Chi-square = 88.72, p-value = 0.001). Factors prediction mental health of the elderly was the knowledge of diabetes by 8 per cent (R2 = 0.08, p-value = 0.037). Factors influencing the quality of life of the elderly were: 1) Income of the elderly by 21.9 per cent (R2 = 0.219, p-value = 0.001) and 2) Exercise behaviour by 28.6 per cent (R2 = .286, p-value = 0.000), both variables were predicted the quality of life of the elderly was 50.5 per cent. Factors including exercise behaviour, income, and knowledge of health care affected mental health and quality of life. In particular, some elderly groups still have mental health problems even though it was a small number, therefore, healthcare providers and stakeholder who those involved of healthcare management should have the coordination to solve the problem, in order to increase the quality of life of the elderly.

Keywords: elderly, hypertension, diabetes, quality of life and mental health

บทนำ

สถานการปัจจุบันการดูแลคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สำคัญที่ตระหนักกันมายาวนาน[1] โดยเฉพาะประเทศไทยมีการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแล เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่สูญเสียสุขภาวะในด้านโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อมและโรคซึมเศร้า ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ[2] นอกจากนี้ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อ ในปี 2554 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง[3] จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม จำนวน 432 คน ผู้สูงอายุ 149 คน (ร้อยละ 34.50) มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความหวังในระดับปานกลาง 310 คน (ร้อยละ 71.80) และมีความหวังในระดับสูง 118 คน (ร้อยละ 27.30) นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยจำนวนมากที่สุด 169 คน (ร้อยละ 53.60) เรื่องครอบครัวลูกหลาน 89 คน (ร้อยละ 28.0) และเรื่องการเงิน 57 คน (ร้อยละ 18.40) ตามลำดับ(นริสา) วงศ์พนารักษ์ และคณะ, 2556(เนื่องจากจังหวัดมหาสารคามมีประชากรผู้สูงวัยประมาณ 90,200 คน และพื้นที่อำเภอชื่นชม พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 4,109 คน[4] จากรายงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพบโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเกาต์ ซึ่งต้องได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิดเป็นอย่างดี และหากไม่มีการดูแลหรือถูกทอดทิ้งปัญหาตามมาคือ เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาสุขภาพจิต และเป็นภาระแก่หน่วยงานภาครัฐที่ต้องเข้ามาดูแลเสียงบประมาณในการดูแลรักษา[5]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ส่งผลต่อภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) โดยการเก็บข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross sectional Study) ด้วยแบบสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 871 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบทดสอบสุขภาพจิตของ Thai GHQ – 28 แบบวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL – 26 และ แบบสัมภาษณ์ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใช้ฉบับภาษาไทย)Thai GHQ – 28) มีข้อคำถาม 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social Impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกาย โรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypo - condriasis) โดย แบ่งเป็นสี่กลุ่ม คือกลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and Insomnia) (คำถามข้อ 1 – 7) กลุ่มอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and Insomnia) (คำถามข้อ 8 – 14) กลุ่มความบกพร่องทางสังคม (Social Dysfunction) (คำถามข้อ 15-21) และกลุ่มอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe Depression) (คำถามข้อ 22-28) และแบบสัมภาษณ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใช้ชุดย่อฉบับภาษาไทย)WHOQOL-BREF-THAI) 4 ด้าน คือด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ให้คะแนนเป็นสามระดับคือ ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง(61-95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 49.2 ดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ 18.50-22.99 ร้อยละ 37 มีรอบเอวเฉลี่ย 32.59 นิ้ว มากที่สุด 50 นิ้ว น้อยที่สุด 22 นิ้ว ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีโรคแทรกซ้อนร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน ร้อยละ 98.9 เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านดัชนีมวลกาย อายุ และรายได้ของผู้สูงอายุพบว่า อายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบทั้งด้านรายได้ และ ดัชนีมวลกาย (r= -0.095, p-value = 0.015) และ (r= -0.181, p-value = 0.001) ตามลำดับ และกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันกับกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มทั้งกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย (Chi-square = 27.97, p-value = 0.001 และ Chi-square = 88.72, p-value = 0.001) ตามลำดับ ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับมีปัญหา จำนวน 125 คน ร้อยละ 15.6 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านอาการทางกาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 1.6) ด้านอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 2.9) ด้านความบกพร่องทางสังคม จำนวน 32 คน (ร้อยละ 4.4) และด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 1.0)

ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์ที่ 0.917 ทั้งสี่ตัวแปรพยากรณ์ได้ร้อยละ 8 ($\mathbf{R}^2$=0.08, p-value =0.037) สามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 0.8 สามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ = 3.307+(0.07) ด้านความรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน ดังรายละเอียดดังในตาราง 1

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	B	Beta	t	*p*-value
- ความรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน	0.09	0.01	-0.07	-0.09	-2.10	0.037
- ค่าคงที่	3.307					

ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับระดับปานกลาง ร้อยละ 71.7 และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูง ได้ ร้อยละ 8.6 (R^2=0.086, p-value =0.001) 2)พฤติกรรมการออกกำลังกาย สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูง ได้ ร้อยละ 7.6 (R^2=0.076, p-value =0.0011) โดยทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงได้ ร้อยละ 16.2 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = 85.639 +(-0.779) ความรู้เกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง +(0.661)พฤติกรรมการออกกำลังกาย ดังรายละเอียดในตารางที่ 5 และ 6

ตาราง 2 ระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม (n = 871)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	7	0.9
ระดับปานกลาง	566	71.7
ระดับต่ำ	216	27.4

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	B	Beta	t	*p*-value
ความรู้เกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง	0.535	0.286	.432	258.	3.674	0.04
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	0.468	0.219	0.428	0.468	2.097	0.001
ค่าคงที่	85.639					

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระบุว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สูงอายุคือ ระดับดัชนีมวลกาย (BMI) และกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันกับกลุ่มผู้สูงอายุทั้งสามกลุ่มทั้งกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลางและตอนปลาย ซึ่งการศึกษาของแจนเซน[6] ระบุว่ามีความเกี่ยวพันกันระหว่างค่า BMI กับความเสี่ยงในการเสียชีวิตที่สูงขึ้นเมื่อค่า BMI เพิ่มมากขึ้น ส่วนทางด้านสุขภาพจิตที่พบว่ามีระดับปัญหาในผู้สูงอายุถึงแม้จะพบว่ามีจำนวนไม่มากในพื้นที่เมื่อเปรียบเทียบเป็นสัดส่วน แต่ในด้านการให้ความสำคัญสำหรับชีวิต ทุกชีวิตควรจะได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงทุกคนโดยเจอแมน[7] ได้ค้นพบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งด้านบุคลิกภาพของผู้สูงอายุเองและระบบการดูแลสุขภาพ โดยผลการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิตทั้งด้านปัญหาด้านอาการทางกาย ด้านอาการวิตกกังวล และการนอนไม่หลับ ด้านความบกพร่องทางสังคม และ ด้านอาการซึมเศร้าที่รุนแรง จอร์จ อเล็กโวโพลอส[8] ได้ค้นพบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีมีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวจะมีความเกี่ยวพันกันในด้านความเครียด และเพิ่มอัตราเสี่ยงในการสูญเสียชีวิต และยังระบุอีกว่า ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งผลการทดสอบปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า ด้านความรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน สามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิลาซ[9] ซึ่งระบุความสัมพันธ์ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กันระหว่างภาวะความเครียดและการอยู่อย่างโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในกลุ่ม

ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่มีรายได้สูงและกลุ่มรายได้ต่ำ การศึกษาของ สมภพ เรืองตระกูล[10] ระบุว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะปรับสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติเป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหาของผู้สูงอายุมี 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งวัยนี้เป็นวัยเสื่อมในสังขารที่ไม่อาจหลีกเหลี่ยงได้ อันเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย หรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ได้แก่ ด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง สภาพผิวเหี่ยวย่น ลักษณะความคิดช้า หู จมูก ลิ้น สัมผัส เริ่มแปรเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคมการปลดเกษียณหรือการออกจากงาน การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวลูกๆแยกย้ายสร้างครอบครัวของตนเอง ประเทศเปิดรับวัฒนธรรมสมัยใหม่ๆเข้ามาในขณะที่ผู้สูงอายุอาจจะยังเชื่อในวัฒนธรรมเดิมๆอยู่ ผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆ กันไป[11]

ด้านคุณภาพชีวิตพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับระดับปานกลาง และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยความรู้เกี่ยวโรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จะเห็นว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสามด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา จิ๋วพัฒนากุล[12] พบว่าแม้การออกกำลังกายมีประโยชน์มากมายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็ยังออกกำลังกายได้น้อย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีการออกกำลังกายเพียงลำพังมักเลิกออกกำลังกายภายใน 6 เดือน และด้านจิตใจคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ภาพทางสังคม จากการศึกษาของ ศรีบุศย์ ศรีไชยจรูญพงศ์[13] ค้นพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ ปัจจัยอายุและปัจจัยระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน จะเห็นว่าส่วนใหญ่แล้วพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุยังตรงกันข้ามกับระดับความรู้ที่มี อาจเพราะว่าผู้สูงอายุกลัวบาดเจ็บและกลัวหกล้ม เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ขาดสมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยกระตุ้นสมรรถนะแห่งตนในการออก กำลังกายของผู้สูงอายุ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากจะทำให้ผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูงออกกำลังกายเพิ่มขึ้น มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง นงนุช แย้มวงษ์[14] พบว่า ปัจจัยทางด้านอายุ เพศ ระดับสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และฐานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสง่า สงครามภัคดี[15] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความสามารถในการดูแลตนเองภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตกับคนในสังคม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง จะเห็นว่าความเกี่ยวข้องกันทั้งด้านปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับปัจจัยด้านพฤติกรรมต่างๆ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการดำรงชีวิตที่ระดับสุขภาพจิตที่ดีต้องมีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องกัน

ข้อเสนอแนะ

องค์กรที่เกี่ยวข้องควรจะมีการจัดหาแนวทางในการจัดการดูแลเรื่องดังกล่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง ประสานความร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น ควรมีการวางแผนแนวทางในการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมที่ดี มีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง คัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหา

สุขภาพจิต ส่งต่อในการรักษา และควรมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และความร่วมมือจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกโรงพยาบาลในเขตอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of the WHOQOL. The British Journal of Psychiatry. 1998;172(4):291-3.
2. Department of Medical services, Ministry of Public Health. Statistical Report DMS on. Medical Services 2013.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL–BREF–THAI). Mental Health Questionnaire; 2015
4. Statistical Office, Mahasarakham Province. Demographic, Population and Housing Statistics. Annual report 2016.
5. Health systems research institute. Health policy and systems research. Annual Report 2015.
6. Janssen I, Mark AE. Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. Obesity reviews. 2007; 8(1): 41-59.
7. German PS, Shapiro S, Skinner EA. Mental health of the elderly: use of health and mental health services. Journal of the American Geriatrics Society. 1985;33(4):246-52.
8. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. The lancet. 2005;365(9475):1961-70.
9. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. Archives of gerontology and geriatrics. 2012; 55(3): 548-54.
10. Somphop R. Stress and psychiatric symptoms. 1st ed. Bangkok Thailand: Ruenkaew printing co.,Ltd;2004.
11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. THE ELEVENTH NATIONAL ECONOMIC AND SOCIAL DEVELOPMENT PLAN (2007 - 2012). BangkokThailand: Lamom co.,Ltd; 2009
12. Yupa j. The Effect of the Arm Swing Exercise with Family Participation Program on Exercise Behavior in Elderly with Essential Hypertension. Journal of Nursing Science 2555; 30(1) : 81-90
13. Sribud S. Factors relating to the Quality of Life of the Diabetic Patients at Ban Chiang Kruea Pho Chai Health Promoting Hospital Chiang Kruea Sub district Muang District Sakon Nakorn Province. Journal of the office of DPC7 Khon Kaen 2016. 23 (3) : 23-33
14. Nongnuch Y. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. Journal of Medicine and Health Sciences 2014; 21 (1): 35-42
15. Sakha s. Quality of Life of Non-Insulin Dependent Diabetes Patients in Selaphum district, Roi-et Province.Mahasarakham Hospital Journal 2012; 9(1): 38-46

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Prevalence and factors affecting complication in Diabetes Mellitus patient, Namyuen Hospital, Namyuen District, Ubon Ratchathani Province

ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์[1]

Chaiwat Darasith[1]

(Received: September 12,2018; Accepted: November 3,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย Hospital investigation (HI) จากวันที่ 1 เดือนตุลาคม 2562-เดือน พฤศจิกายน 2562 จำนวน 3,196 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สถิติอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,726 คน ร้อยละ 54.0 ค่ามัธยฐานการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 2.4 เท่า (95%CI=1.14-5.04) และ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า(Fasting Blood Sugar) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126 mg/dL 2.5 เท่า (95%CI=1.59-3.99)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The purposes of this retrospective descriptive research were to study the prevalence and factors affecting complications in type 2 diabetes patients, Nam Yuen Hospital, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. Data were collected from the Hospital Investigation program from October , 2018 - November 2019, consisting of 3,196 people. Data was analyzed by using a computer program. The statistics used in the analysis of descriptive data were frequency, percentage, inference statistics using multiple logistic regression.

The study indicated that prevalence of complications in 1,726 diabetic patients, 54.0%, median 8-year diabetes mellitus. Factors affecting the complication in patients with diabetes include smoking. 2.4 times more likely to develop complications than non-smokers (95% CI = 1.14-5.04) and Fasting Blood Sugar levels greater than or equal to 126 mg/dL.than group with blood sugar levels less than 126 mg/dL 2.5 times (95% CI = 1.59-3.99)

Keyword: Diabetes Mellitus patient

[1] โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขของคนทั่วโลก [1] สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคนหรือ 1 ใน 10 คน [2] และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุของไทยระหว่างปีพ.ศ. 2559-2561 พบอัตราป่วย 1,292.79, 1,344.95, 1,439.04 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยเบาหวานระหว่างปีพ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 1,646.01, 1,795.52, 1,883.68 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[4] และซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจหลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของยุพิน ภูวงษ์และสมเดช พินิจสุนทร พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต ร้อยละ 45.20 ตา ร้อยละ 46.70 เท้า ร้อยละ 50.70 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.80 [5] ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและความพิการต่อผู้ป่วย

อำเภอน้ำยืนมีประชากร จำนวนประชากร 54,970 คน[6] จำนวนผู้ป่วยเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 เท่ากับ 2,573, 2,693, และ 3,196 คน ตามลำดับ และยังไม่เคยมีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นสารสนเทศในการนำมาใช้บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกของโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความชุกของภาวะแทรกซ้อนและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำยืน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการจัดวางระบบการบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของโรงพยาบาล และเพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้ช้าลง

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติและโปรแกรม HI (Hospital Information) ซึ่งเป็นโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 (มกราคม 2560– มิถุนายน 2562) จำนวน 3,176 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.1 กลุ่มอายุ 45 – 54 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 94.3 ร้อยละ 99.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.7 ไม่ดื่มสุรา ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 ร้อยละ 58.8 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร(FBS) น้อยกว่า 126 ร้อยละ 53.1 ระดับ HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ร้อยละ 59.3 ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 91.3 ระดับ Cholesterol มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dL ร้อยละ 60.7 ระดับ Triglyceride น้อยกว่า 150 mg/dL ร้อยละ 83.5 ระดับ LDL มากกว่าหรือเท่ากับ 100 mg/dL ร้อยละ 64.7 และ ระดับ HDL น้อยกว่า 40 mg/dL ร้อยละ 67.9

2. ความชุกของภาวะแทรกซ้อน

ตาราง 1 ความชุกของภาวะแทรกซ้อน

รหัส	ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
E118	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with unspecified complications	47	2.72
E117	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with multiple complications	182	10.54
E116	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with other specified complications	102	5.91
E115	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with peripherl circulatory complications	108	6.26
E114	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with neurological complications	385	22.31
E113	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with ophthalmic complications	397	23.00
E112	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with renal complications	462	26.77
E111	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with ketoacidosis	25	1.45
E110	Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with coma	18	1.04
รวม		**1,726**	**100**

จากตาราง 1 พบว่า จากผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน จำนวน 3,196 คน ค่ามัธยฐานการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 1,726 คนหรือร้อยละ 54.0 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ โรคไต รหัส ICD10 E112 Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with renal complications ร้อยละ 26.77 รองลงมา คือ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 23.00 รหัส E113 Non-insulin-dependent diabetes mellitus, with ophthalmic complications และเบาหวานร่วมกับ neurological complications ร้อยละ 22.31ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ Crude Odd ratio, **Adjusted OR**

95%CI ของ Adjusted OR

ปัจจัย	ภาวะแทรกซ้อน				Crude OR (95%CI	Adjusted OR	95%CI	p-value
	พบ		ไม่พบ					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								0.14
ชาย	533	50.7	519	49.3	0.82	1.42	0.89-2.26	
หญิง	1194	55.7	950	44.3	(0.71-0.95)	1		
อายุ								0.08
< 45 ปี	341	52.9	309	47.5	0.92	0.46	0.19-1.11	
≥ 45 ปี	1386	54.4	1160	45.6	(10.78-1.09)	1		
อาชีพ								0.78
เกษตรกรรม	1563	54.9	1284	45.1	1.25	1.19	0.34-4.25	
อื่นๆ	164	49.2	169	50.8	(0.99-1.57)	1		
การสูบบุหรี่(n=3,176)								0.02
สูบ	170	42.3	232	57.7	0.58	2.14	1.14-5.04	
ไม่สูบ	1557	55.7	1237	44.3	(0.47-0.72)	1		

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ Crude Odd ratio, **Adjusted OR**

95%CI ของ Adjusted OR

ปัจจัย	ภาวะแทรกซ้อน				Crude OR	Adjusted	95%CI	p-value
การดื่มสุรา (n=3,196)								0.99
ไม่ดื่ม	1,715	54.3	1,442	45.7	0.25	0.22	0.11-0.67	
ดื่ม	12	30.8	17	69.2	(0.10-0.63)	1		
ดัชนีมวลกาย (BMI)(n=2,864)								0.21
≥ 23	1,378	57.9	1,003	42.1	0.78	1.01		
< 23	250	51.8	233	48.2	(0.64-0.95)	1		
FBS(Fasting Blood Sugar)								<0.001
≥126 mg/dL	1,115	67.2	544	32.8	2.90	2.52	1.59-3.99	
<126 mg/dL	607	41.4	860	58.6	(2.51-3.36)	1		
ระดับ HbA1c								0.19
< 7 mg%	830	49.9	632	50.1	0.71	0.48	0.16-9.76	
7 mg% ขึ้นไป	1092	58.6	772	41.4	0.61-0.81			
ระดับความดันโลหิต								0.08
<140/90 mmHg	1,470	55.5	1,180	44.5	0.44	0.15	0.02-1.24	
≥ 140/90 mmHg	168	74.0	59	26.0	(0.32-0.59)	1		
Total Cholesterol (425)								0.89
< 200 mg/dL	168	43.1	222	56.9	3.03	1.17	0.11-12.5	
≥ 200 mg/dL	7	20.0	28	80.0	(1.29-7.09)			
Triglyceride								0.99
<150 mg/dL	1,303	56.4	1,009	43.6	1.02	0.99	0.62-1.59	
≥ 150 mg/dL	255	55.8	202	44.2	(0.84-1.25)	1		
LDL (Low Density Lipoprotein								0.94
< 100 mg/dL	164	43.4	214	56.6	2.96	1.28	0.17-9.76	
≥ 100 mg/dL	7	20.6	27	79.4	1.26-6.96	1		
HDL(High Density Lipoprotein)								0.56
≥ 40 mg/dL	166	43.3	218	56.7	2.81	1.82	0.24-13.9	
< 40 mg/dL	9	21.4	33	78.6	1.31-6.02	1		

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อควบคุมผลกระทบของปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 2.4 เท่า (95%CI=1.14-5.04) และ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า(Fasting Blood Sugar) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 126 mg/dL มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 126 mg/dL 2.5 เท่า

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานพบร้อยละ 54.0 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ค่ามัธยฐานการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี ซึ่งภาวะแทรกซ้อนมักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดการรักษา หรือดูแลรักษาไม่ถูกต้อง โดยมีทั้งแบบเฉียบพลัน (เช่น หมดสติ ติดเชื้อรุนแรง) และแบบเรื้อรัง (มักเกิดในกล่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานาน ซึ่งบางคนอาจใช้เวล 5-10 ปีขึ้นไป ทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่แข็งและตีบตัน ส่งผลให้อวัยวะหลายส่วน เช่น ระบบประสาท สมอง หัวใจ ตา ไต เท้า ขาดเลือดไปเลี้ยงจนเป็นสาเหตุทำให้อวัยวะเหล่านี้เสื่อมสมรรถภาพ พิการหรือสูญเสียหน้าที่ไป[7] สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ปิยมาตย์และคณะ[8] ที่พบว่าค่ามัธยฐานการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตอยู่ที่ 8 ปีและวิชิต ปวรางกูล อริย์ธัช เอี่ยมอุดมสุข ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่าระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวาน 5 - 10 ปีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพบในผู้ป่วยเบาหวานระยะเวลาป่วย 8.06 ปี[9] โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ โรคไต ร้อยละ 26.55 รองลงมา คือ เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 23.00 และเบาหวานร่วมกับ neurological complications ร้อยละ 22.31 ตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพิน ภูวงษ์ และ สมเดช พินิจสุนทร[5] ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนที่ไต ภาวะแทรกซ้อนที่ตา และภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้แก่ การสูบบุหรี่ โดยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่ 2.4 เท่า (95%CI=1.14-5.04) ซึ่งการสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ระบบไหลเวียนเลือดไม่ดี เลือดไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่างไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนเร็วขึ้น โดยเฉพาะภาวะขาดเลือดที่เป็นสาเหตุให้ต้องตัดมือ ตัดเท้า (วิชัย เอกพลากรและคณะ, 2557) และ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า(Fasting Blood Sugar) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 mg/dL มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า กลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า126 mg/dL 2.5 เท่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างการศึกษาของสมพร ปิยมาตย์และคณะ[8] เด่นชัย ตั้งมโนกุล[10] อริย์ธัช เอี่ยมอุดมสุขและคณะ[11] ที่พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม >9 mg% มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอยางมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) อายุ ความดันโลหิต ไม่มีผลต่อการเกิดภาแทรกซ้อนแตกต่งจาการศึกษาของ นิภาพร พวงมณีและคณะ[12] Giloyan A.และคณะ[13]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป

2. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงบุหรี่มือสองในผู้ป่วยเบาหวาน

3. ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเช้า(Fasting Blood Sugar) สามารถบอกแนวโน้มของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ Fasting Blood Sugar ได้

เอกสารอ้างอิง

1. **WHO. Diabetes** [อินเทอร์เน็ต]. World Health Organization. 2019 [25 November 2019]. Available at: https://www.who.int/westernpacific/health-topics/diabetes

2. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas** 9th Edition,2019. Available at: www.idf.org

3. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. **ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ** [อินเทอร์เน็ต]. กองโรคไม่ติดต่อ. 2018. Available at: http://www.thaincd.com/2016/mission3

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. **ทะเบียนรายงานการควบคุมโรคไม่ติดต่อ.** 2019.

5. ยุพิน ภูวงษ์, สมเดช พินิจสุนทร. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน รักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 2557;2(3 กรกฎาคม – กันยายน).

6. สำนักทะเบียนและบัตร ที่ว่าการอำเภอน้ำยืน. **ทะเบียนราษฎร อำเภอน้ำยืน.** 2562.

7. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560** [อินเทอร์เน็ต]. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. Available at: http://www.thaiendocrine.org/th/2018/03/10/

8. สมพร ปิยมาตย์, เบญจา มุกตพันธุ์. **ความชุกของภาวะโลหิตจางและความสัมพันธ์ของภาวะโลหิตจางกับเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

9. วิชิต ปวรางกูร. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลนันอา กรุงเทพฯ. **เชียงรายเวชสาร.** 2560;9(2):73–82.

10. เด่นชัย ตั้งมโนกุล. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยตรวจเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย.** 2561;33(3 กันยายน-ธันวาคม):225–36.

11. อริย์ธัช เอี่ยมอุดมสุข,กรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สถาบันราชประชาสมาสัย. **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.** 2557;4(2 พฤษภาคม-สิงหาคม):109–17.

12. นิภาพร พวงมี, กรรณิการ์ คำเตียม, สุภเลิศ ประคุณหังสิต. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยตรวจโรคจักษุโรงพยาบาลศิริราช. **ธรรมศาสตร์เวชสาร.** 2560;17:336–45.

13. Giloyan A, Harutyunyan T, Petrosyan V. The prevalence of and major risk factors associated withdiabetic retinopathy in Gegharkunik province of Armenia: cross-sectional study. **BMC Ophthalmol**. 2015;15(46).

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด

The Caring System Development of Miss Appointment Diabetes Mellitus Patients

ศุภมิตร ปาณฐูป [1]

Suppamit Panatoop[1]

(Received: June 7,2018; Accepted: August 20,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ศึกษาประสิทธิผล และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด อย่างน้อย 1 ครั้ง มารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบใช้การดูแลแบบเดิม ๆ ที่เคยใช้ (ให้การตรวจรักษา แล้วให้คำแนะนำต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ให้ยาและนัดหมายมาตรวจครั้งต่อไป) ทำศึกษาในเดือนมกราคม – มิถุนายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรม แบบวัดความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย : ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น คือ การแจ้ง/ติดตามให้ผู้ป่วยมาทำการรักษาตามวัน เวลาที่นัดด้วย ระบบการส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ให้ความรู้ คำแนะนำ และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อมารักษาแต่ละครั้งในช่วง 2 เดือนแรก และในเดือนที่ 3 หากผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ก็จะส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยาให้เหมาะสม และทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุและส่งเสริมให้ญาติช่วยดูแล ทั้งนี้ ผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการดูแลแบบเดิม ๆ มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลแบบเดิม ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผู้ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด โดยรวมมีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 90.0

คำสำคัญ : ระบบการดูแล โรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ABSTRACT

This research aim to develop caring system for miss appointment diabetes mellitus patients, study effectiveness and satisfaction to diabetic caring system that had been developed. This research was action research. The samples of the development of diabetic caring system were miss appointment diabetes mellitus patients at least 1 visit to a community hospital in Uttaradit province, and agreed to cooperate in research, amount 80 people, which were divided into 2 group; experimental group and comparison group, each group consisted of 40 people. The experimental group used the developed caring system. For the comparison group used traditional care (to treatment, give advice on the condition of the patient, give medicine, and appointments to check. It was studied between January – June 2019. Research tools were diabetes mellitus caring system, medical record form, knowledge and behavioral pre and post test, satisfaction questionnaire, and blood sugar level record. Data was analyzed by descriptive statistic, Chi-square test, Independent t-test and Paired sample t-test.

Results : The developed caring system was to notification / follow up for patients to receive treatment by appointment date with line notify, educate, advice and evaluate self-care behaviors when coming to treatment each time during the first 2 months, and in the 3rd month, if the patient was still unable to control blood sugar levels, It would be sent to the doctor for appropriate drug adjustment, and visit home to find the cause and encourage relatives care. The results of using the developed system found that miss appointment diabetes mellitus patients had average knowledge about diabetes mellitus and self care behavior marks more than before using this system, and blood sugar level decreased by statistical significance (p-value < 0.001). The experimental group had more average diabetes mellitus knowledge and self care behavior

[1] สม. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

marks more than the comparison group, and blood sugar level more decreased than the comparison group after studied by statistical significance (p-value < 0.001). Moreover, 77.5 percent of users had satisfaction regarding to diabetic mellitus caring model at high level and 90.0% satisfied at high level to the use of the developed caring system.

Keywords : caring system, diabetes mellitus, self care behavior

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่เป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี [(1)] จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.9 ส่วนในการสำรวจครั้งที่ 5 ในปี 2557 พบคนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 โดยมีการป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4 ล้านคน [(2)] ปัจจุบันพบว่า คนไทยวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 9.8) ในแต่ละวันมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานถึง 200 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 8 คน ขณะเดียวกันก็พบว่า คนไทยมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31 เป็นร้อยละ 37 โดยผู้หญิงไทยเกือบครึ่งมีภาวะอ้วน ซึ่งภาวะอ้วนเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และยังพบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 9 ของผู้หญิงทั่วโลก [(3)] ปัจจุบันสถานบริการของรัฐมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ [(4)] ดังนั้นจึงต้องมีระบบการเสริมทักษะการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง [(5)] มีการดูแลที่ได้มาตรฐาน สามารถเข้าถึงการบริการได้ง่าย[(6)] โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องมารักษาตามนัด เพื่อประเมินผลการรักษา และรับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ด้วยการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ [(7)] การที่ผู้ป่วยผิดนัดจะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ และยังพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งมีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่ผิดนัดในการรักษาบ่อย ๆ จะมีระดับน้ำตาลในเลือดกับการดูแลตนเองที่แย่กว่ากลุ่มที่มาพบแพทย์ตรงตามนัด [(8)]

ปัจจุบันจังหวัดอุตรดิตถ์ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 25,426 คน ผิดนัดหรือไม่มาตามนัด ร้อยละ 37.1 ในจำนวนที่ผิดนัดดังกล่าวมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 53.3 (9,436 คน) และหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็น ทั้งนี้ สาเหตุเพราะลืมวันนัด (ร้อยละ 30.0) รองลงมาคือ ไม่สะดวกหรือมาไม่ได้ ยายังไม่หมด และไม่มีใครพามา (ร้อยละ 25.0, 10.5 และ 9.5 ตามลำดับ) [(9)] จำนวนที่ผิดนัดดังกล่าวมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นในการให้บริการรักษาพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดอุตรดิตถ์ ยังไม่ได้มีการพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดมารับการรักษาที่ชัดเจน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัย ในฐานะบุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนจังหวัดอุตรดิตถ์ จึงได้พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานผิดนัดมารักษาตามนัด ลดหรือชะลอปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาระบบตามแนวทางของ ดีย์ และฮาริฮาราน [(10)] 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 2 คือ การจัดทำระบบหรือแผนในการพัฒนา และนำไปใช้ และขั้นตอนที่ 3 คือ การควบคุม ติดตาม และการประเมินผล เพื่อนำระบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดที่ได้พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามแนวทางของ Dey & Hariharan คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเกิดโรคแทรกซ้อน และความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 400 คน ซึ่งได้จากการคำนวณโดยเทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane [11] และสุ่มเลือกตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stage random sampling) ได้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลลับแล โรงพยาบาลท่าปลา โรงพยาบาล ตรอน และโรงพยาบาลทองแสนขัน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการระดมสมองแพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และยินดีเข้าร่วมศึกษาวิจัย จำนวน 17 คน จาก 8 โรงพยาบาลในจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นแพทย์ (1 คน และพยาบาล 1 คน) ซึ่งเป็นแกนหลักในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของแต่ละโรงพยาบาล และนักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ 1 คน

ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณาประชุมระดมสมอง เพื่อระบุกระบวนการที่ต้องการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ค้นหาประเด็นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และหาวิธีการวัดผลการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดที่ได้พัฒนาขึ้น โดยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ใช้รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น) จำนวน 40 คน ที่สมัครใจเข้ารับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น

2. กลุ่มแปรียบเทียบ (กลุ่มที่ใช้วิธีการเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติกันมา) จำนวน 40 คน ที่มารักษาตามปกติที่โรงพยาบาลเคยให้บริการ ซึ่งยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มนี้

การเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน

2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (1 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่โรงพยาบาลลับแล มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg / dl) และไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

3. เป็นผู้ที่ยินดีร่วมมือในการรักษา และอยู่ร่วมการศึกษาได้ครบ 3 เดือน ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยได้จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย ซึ่งถือว่าเป็นตัวแปรควบคุม แล้วแยกเข้ากลุ่มทดลอง / กลุ่มเปรียบเทียบ ตามความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดในโรงพยาบาลชุมชน ได้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ดังนี้

1.1 แบบสอบถามผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาล

1.2 แบบบันทึกการรักษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า FBS) ในปัจจุบัน (วันที่มาตรวจ) และ 2 ครั้งก่อนการมาตรวจในปัจจุบัน เก็บข้อมูลบันทึกจาก OPD Card และหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ แบบบันทึกในส่วนนี้ได้สอบถามถึงภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ซึ่งในส่วนนี้เก็บข้อมูลการบันทึกจาก OPD Card

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย (แสดงไว้ในส่วนผลการศึกษา)

3. แบบทดสอบก่อนและหลังการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ได้แก่

3.1 แบบทดสอบก่อนและหลัง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (ค่า Fasting Blood Sugar : FBS) ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนและหลังการศึกษา (3 เดือน) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ซึ่งถือว่าที่ใช้ได้ นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของมาตรวัด โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อถือของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.71 แบบวัดความพึงพอใจต่อการรับบริการรักษาพยาบาล = 0.77 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน = 0.70 และแบบวัดความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด = 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square test, Independent t-test และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

1) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ได้ประยุกต์ใช้การพัฒนาระบบตามแนวทางของ ดีย์ และฮาริฮาราน (Dey & Hariharan) ตลอดจนนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.8 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และระดับดี ร้อยละ 12.8 และ 11.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการเฝ้าระวังโรค ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.8 และ 60.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ด้านการรับประทานยา และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.5 และ 63.2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ตามลำดับ ส่วนด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ร้อยละ 47.5 และ 44.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ รองลงมา ร้อยละ 30.2 และ 36.8 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 22.3 และ 19.2 อยู่ในระดับดี ตามลำดับ โดยมีปัญหาในแต่ละด้าน ดังนี้

- ด้านการรับประทานอาหาร คือ จำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเพื่อป้องกันมิให้ตนเองอ้วน รับประทานขนมหวาน ของหวานหลังอาหาร/ระหว่างมื้อ และรับประทานผลไม้รสหวาน
- ด้านการรับประทานยา ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้องในทุกเรื่องดังกล่าว
- ด้านการออกกำลังกาย คือ ใช้เวลาในการออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที และออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน / สัปดาห์
- ด้านการจัดการกับความเครียด คือ เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อเกิดความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ และเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด
- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง คือ ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น

- ด้านการมาตรวจตามนัดและการเฝ้าระวังโรค คือ เมื่อมีอาการผิดปกติจะมาพบเจ้าหน้าที่ทันทีก่อนกำหนดนัด

ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.5 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบเพียง ร้อยละ 29.5 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ผิดนัด เกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 76.8 โดย เกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 66.5 นอกนั้นเกิดไขมัน ในเลือดสูง โรคไตวาย เหน็บชา หัวใจและหลอดเลือด จอตา เสื่อม และแผลเรื้อรัง ร้อยละ 25.8, 10.8, 4.3, 4.0, 2.3 และ 0.8 ตามลำดับ ผู้มารับบริการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานที่แผนก ผู้ป่วยนอก ในภาพรวม มีความพึงพอใจในระดับสูง ร้อยละ 90.5 รองลงมาคือ ระดับสูงและระดับต่ำ ร้อยละ 36.3 และ 0.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละด้าน พบว่า ด้านสถานที่และสภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ และด้านการให้บริการ ส่วนใหญ่มีความพึง พอใจในระดับสูง ร้อยละ 83.7, 87.0, 83.7 และ 89.5 ตามลำดับ

ได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาพิจารณาโดยการระดม สองจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ได้ ระบบการดูแล**สำหรับกลุ่มทดลอง** (กลุ่มใช้ระบบการดูแล แบบใหม่ที่พัฒนา) ดังนี้

1. การดูแลโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่

ครั้งที่ 1 (เดือนแรก)

1. ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาตามวัน เวลาที่ นัด แต่ถ้าไม่ได้มาในวันดังกล่าวก็จะแจ้ง/ติดตามด้วยระบบ การส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ไปยังเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามนัด ในช่วงบ่ายของวันที่นัดหมายให้มาพบแพทย์

2. เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ 1) ให้การตรวจรักษาโดย แพทย์ 2) หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้ว พยาบาลดำเนินการ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 2 – 3 คน ซึ่งจะเน้นในเรื่องที่เป็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ผู้ป่วย (โดยการพูดคุย และใช้สื่อประกอบ) พร้อม ซักถามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน และให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

3. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ก็ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการดูแลตนเองที่ได้รับ ให้ถูกต้อง เหมาะสมในเรื่องการ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับ ความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 2)

1. ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาตามวัน เวลาที่ นัด แต่ถ้าไม่ได้มาในวันดังกล่าวก็จะแจ้ง/ติดตามด้วยระบบ การส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ไปยังเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามนัด ในช่วงบ่ายของวันที่นัดหมายให้มาพบแพทย์

2. เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ 1) ให้การตรวจรักษาโดย แพทย์ 2) หลังจากแพทย์ตรวจเสร็จแล้ว พยาบาลพูดคุย ซักถามเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 2 – 3 คน ถึงความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำ เพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่รู้ไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติไม่ ถูกต้อง

3. เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ก็ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามคำแนะนำในการดูแลตนเองที่ ได้รับเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่รู้ไม่เข้าใจ หรือยังปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง พร้อมเสริมพลังให้กำลังใจ

ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3)

1. ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาตามวัน เวลาที่ นัด แต่ถ้าไม่ได้มาในวันดังกล่าวก็จะแจ้ง/ติดตามด้วยระบบ การส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ไปยังเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตาม นัดในช่วงบ่ายของวันที่นัดหมายให้มาพบแพทย์

2. เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ 1) ให้การตรวจรักษาโดย แพทย์ 2) แพทย์ และพยาบาลดำเนินการประเมินการปฏิบัติ ตัวของผู้ป่วยพร้อมกับพิจารณาผลการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดทั้ง 3 เดือน ว่าดีขึ้นหรือไม่ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS < 130 mg/dl หรือมีแนวโน้มลดลงใกล้ 130 mg/dl) ถือว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้ม / ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ถ้าไม่มี แนวโน้มลดลง หรือยังสูงเท่ากับหรือใกล้เคียงกับครั้งแรก หรือสูงมากขึ้น จะพิจารณาหาสาเหตุ โดยให้พยาบาลและ ทีมงานทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริม สนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลด้วยอีกทางหนึ่ง และอาจจะ พิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมร่วมด้วย แล้วนำผู้ป่วยเข้าสู่ การเริ่มต้นระบบการรักษาใหม่ต่อไป

กรณีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี หรือมีแนวโน้มควบคุมระดับน้ำตาลได้ ก็จะเฝ้าระวังและให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.1 เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งได้รับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองแล้ว ก็จะต้องไปปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เหมาะสม (ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง)

2.2 หากในการมาพบแพทย์ และพยาบาลในครั้งที่ 3 ผู้ป่วยที่ยังไม่มีแนวโน้มของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้ป่วยก็ต้องเข้าสู่การเริ่มต้นรูปแบบการรักษาใหม่ ส่วนผู้ที่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ก็จะต้องมาตรวจเป็นระยะๆ ตามที่แพทย์นัด

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มใช้การดูแลแบบเดิม) มีการดำเนินการโดย แพทย์ทำการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน แล้วให้คำแนะนำ และพยาบาลให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานที่เป็น แล้วให้ผู้ป่วยรับยากลับบ้าน ในการมารักษาแต่ละครั้ง

2) ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ได้ศึกษาประสิทธิผลในเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งในการศึกษาได้แบ่งกลุ่มในการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (กลุ่มใช้ระบบการดูแลแบบใหม่ที่พัฒนา) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มใช้การดูแลแบบเดิม) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายกันมากที่สุด ตามลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และดัชนีมวลกาย พร้อมกันนี้ได้เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคล ด้วยวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Chi - square test พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน เหมาะสมต่อการดำเนินการเปรียบเทียบประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด พบผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.7 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 51.5 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 133.6 mg / dl ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.1 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 53.6 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 135.1 mg / dl เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value > 0.05) หมายความว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกัน รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง	n	$\overline{X}$	SD	t	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	40	10.7	2.8	-0.699	78	0.486
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	11.1	2.2			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	40	51.5	6.9	-1.482	78	0.142
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	53.6	5.1			
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg / dl)						
กลุ่มทดลอง	40	133.6	19.7	-0.239	63.7	0.812

ตาราง 1 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง	n	$\overline{X}$	SD	t	df	p-value
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	135.1	32.9			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 13.6 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 60.4 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 116.4 mg / dl ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.5 คะแนน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 54.9 คะแนน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 134.3 mg / dl เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value < 0.01) หมายความว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

หลังการทดลอง	n	$\overline{X}$	SD	t	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
กลุ่มทดลอง	40	13.6	1.3	5.361	65.53	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	11.5	2.1			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง	40	60.4	6.8	3.750	78	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	54.9	6.3			
ระดับน้ำตาลในเลือด						
กลุ่มทดลอง	40	116.4	17.2	-3.394	78	0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	40	134.3	28.5			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.7 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.6 คะแนน มากกว่าก่อนการทดลอง ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 51.5 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 60.0 คะแนน มากกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน สำหรับระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ก่อนการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด 133.6 (mg / dl) หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด 116.4 (mg / dl) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value <0.001) หมายความว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนการทดลอง รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	n	$\overline{X}$	SD	t	df	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
ก่อนการทดลอง	40	10.7	2.8	-5.645	39	<0.001*
หลังการทดลอง	40	13.6	1.3			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	40	51.5	6.9	-6.249	39	<0.001*
หลังการทดลอง	40	60.0	6.8			
ระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนการทดลอง	40	133.6	19.7	7.565	39	<0.001*
หลังการทดลอง	40	116.4	17.2			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 11.1 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.5 คะแนน มากกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 53.6 คะแนน ส่วนหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 54.9 คะแนน มากกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย สำหรับระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ก่อนการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด 135.1 mg / dl หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด 134.3 mg / dl เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value > 0.05) หมายความว่า กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มเปรียบเทียบ	n	$\overline{X}$	SD	t-value	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
ก่อนการทดลอง	40	11.1	2.2	-1.235	39	0.224
หลังการทดลอง	40	11.5	2.1			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	40	53.6	5.1	-1.488	39	0.145
หลังการทดลอง	40	54.9	6.3			
ระดับน้ำตาลในเลือด						
ก่อนการทดลอง	40	135.1	32.9	0.278	39	0.782
หลังการทดลอง	40	134.3	28.5			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลด้วยระบบที่พัฒนาใหม่ ร้อยละ 90.0 มีความพึงพอใจมาก รองลงมา ร้อยละ 10.0 มีความพึงพอใจปานกลาง เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาใหม่ในแต่ละประเด็น พบมีความพึงพอใจมากในเรื่องการได้รับการติดตามให้มาตรวจตามนัด ร้อยละ 92.5 รองลงมา มีความพึงพอใจมากตั้งแต่ร้อยละ 82.5 ขึ้นไปในเรื่องการให้บริการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมระบบการดูแลแบบใหม่ และวิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนเรื่องการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ ความสามารถของผู้จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้รับการพูดคุยติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 77.5, 77.5, 75.0, 75.0, 72.5, 72.5, 62.5 และ 62.5 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากการมีระบบแจ้ง/ติดตามด้วยการส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ไปยังเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามนัดในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มาตามนัด มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดีกว่าการดูแลรักษาพยาบาลแบบเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติ ซึ่งสามารถอธิบายเชิงเหตุผลได้ดังนี้

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัด ด้วยระบบแจ้ง/ติดตามด้วยการส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ไปยังเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามนัด เป็นระบบที่นำไปใช้ได้ดีในทางปฏิบัติ โดยใช้การสื่อสารผ่านทาง line application ให้ผู้เกี่ยวข้องไปติดตาม/แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ นอกจากนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการซักถามและประเมินความรู้ หาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง พร้อมให้คำแนะนำในส่วนขาดหรือส่วนที่ยังไม่รู้ หรือยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นการเติมเต็มในส่วนที่ยังเป็นปัญหาในผู้ป่วยนั้น ๆ และแสดงให้เห็นถึงการใส่ใจติดตามในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ก็มีการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อการเติมเต็มและอุดช่องว่างที่ยังเป็นปัญหาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งต่างจากระบบเดิมที่เคยปฏิบัติ คือ แพทย์ทำการรักษาพยาบาล ให้คำแนะนำ และพยาบาลให้คำแนะนำ แล้วให้ผู้ป่วยรับยา และกลับบ้าน ทั้งนี้จากระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผิดนัดที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ ได้จัดให้มีการพูดคุย ให้ความรู้ ซักถาม ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง หาปัญหาที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งการให้ความรู้ในเรื่องโรคเบาหวานได้เน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคและอันตราย ตลอดจนการปฏิบัติตัว โดยเน้นในเรื่องที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาพยาบาล ได้แก่ เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การเฝ้าระวังโรค และการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน แต่อย่างไรก็ตาม ก็จะซักถามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดในแต่ละบุคคลนั้น เมื่อพบพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ก็จะบอกให้ผู้ป่วยทราบว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น และแนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยได้รับทราบและนำไปปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม แล้วมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งซักถามถึงการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ซึ่งหากผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่ปฏิบัติ ก็จะเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเกิดการปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง [12]

ทั้งนี้ การสื่อสารผ่านทาง line ให้ผู้เกี่ยวข้องไปติดตาม/แจ้งให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมาย จะทำให้ผู้ป่วยมาตามนัด ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการพูดคุย ซักถามและให้ความรู้ แนะวิธีการปฏิบัติตนโดยเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหา และวิธีการปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการสื่อสารที่ใกล้ชิดแบบ 2 ทาง สามารถสอบถามได้ว่าผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ หรือหากผู้ป่วยไม่เข้าใจก็จะได้ซักถามได้ [13] เกิดความสะดวก รวดเร็ว ช่วยในการติดตามอาการ การประเมินสภาพและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย

ได้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น [14] ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ซึ่งการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดนี้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอนุชา วรหาญ [15] และมยุรี เที่ยงสกุล [16] พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติในการดูแลตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการได้รับการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นันทพร บุษราคัมวดี และคณะ [17] พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการให้ความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องกับโรค มีการเสริมพลังให้กำลังใจ และติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

ข้อควรระวัง ในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ คือ ต้องมีการติดตามให้ผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซักถาม ดูแลใส่ใจผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่มีของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะในช่วงเดือนแรกหลังจากที่ผู้ป่วยใช้ระบบการดูแลตนเอง เพราะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยมักจะเปลี่ยนใจไปมีพฤติกรรมดังเดิมได้มากที่สุด

2. การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ พบว่ามีประสิทธิผลที่ดี ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ในการนำไปใช้นั้น พบว่า ระบบดังกล่าวเป็นการจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้ ประเมินพฤติกรรม ติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้มีเนื้อหาการดำเนินการ การติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม แตกต่างจากเดิมที่เคยทำการติดตามเมื่อพิจารณาในทางปฏิบัตินั้น ถือว่ามีความเป็นไปได้ในการดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลต่างๆ โดยแต่ละโรงพยาบาลควรมีการดำเนินการดังนี้

2.1 กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน อาทิ ผู้รับผิดชอบในการติดตาม ให้ความรู้ ซักถาม และประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตลอดจนมีการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารที่เหมาะสม

2.2 มีการพูดคุย เตรียมการซักซ้อมพยาบาล ในการสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเชิงลึก ซึ่งควรมีประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่จะสอบถาม

2.3 มีการเตรียมเนื้อหาสาระในการให้คำแนะนำ และการประเมินพฤติกรรม พร้อมทั้งมีการบันทึกประเด็นสำคัญที่พูดคุย โดยเฉพาะเรื่องที่ยังเป็นปัญหา เพื่อการประเมินติดตามถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. การดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นแนวคิดและวิธีการที่ถูกต้องในการดำเนินการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างยั่งยืน หากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ก็อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาและไม่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรจัดให้เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ การทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน พยาบาลผู้ให้คำแนะนำผู้ป่วย ต้องให้ความสำคัญกับการสอบถามในเชิงลึก เพื่อจะได้รู้ข้อเท็จจริงและเข้าใจผู้ป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในระยะแรกๆ ของการใช้ระบบ อีกทั้งควรให้ญาติที่อยู่ในบ้านเดียวกันคอยให้กำลังใจ พร้อมติดตาม กำชับผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ แต่อย่าทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ก็ควรถอยห่างออก แต่ยังต้องติดตามดูเป็นระยะๆ จนมั่นใจและมีผลลัพธ์ที่ดีต่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ในเชิงนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดอุตรดิตถ์ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น เพราะเกิดประสิทธิผลที่ดี และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เป็นการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ โดยจัดให้มี

1.1 การใช้การสื่อสารติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาผ่านทาง Line application ระหว่างผู้ป่วย / ญาติ และเจ้าหน้าที่ / อสม. กับทางโรงพยาบาล ในกรณีที่มีโทรศัพท์มือถือและสัญญาณ Internet

1.2 จัดให้มีระบบการให้ความรู้ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง และให้คำแนะนำ ติดตามการดำเนินการในส่วนที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่

โรงพยาบาล โดยมีสถานที่และผู้รับผิดชอบในการดำเนินการที่ชัดเจน

2. ในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ผิดนัดควรปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการที่ได้ศึกษาวิจัยไว้ โดย

2.1 จัดให้มีการแจ้ง/ติดตามให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาพบแพทย์ในวันนัด มาทำการรักษาตามวัน เวลาที่นัด ด้วยระบบการส่งข้อความแจ้งเตือน (Line Notify) ไปยังเจ้าหน้าที่ และ อสม. ที่รับผิดชอบ หรือผู้ป่วย / ญาติ ให้ติดตามผู้ป่วยไปรักษาตามนัด

2.2 ให้การตรวจรักษาโดยแพทย์ในแต่ละครั้งที่มารักษา

2.3 พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 2 – 3 คน ซึ่งจะเน้นในเรื่องที่เป็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วย (โดยการพูดคุย และใช้สื่อประกอบ) พร้อมซักถามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พร้อมให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในแต่ละครั้งที่มารักษา

2.4 ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำ

2.5 แพทย์ และพยาบาลดำเนินการประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยพร้อมกับพิจารณาผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเดือนที่ 3 ของการปฏิบัติตามโปรแกรม ว่าดีขึ้นหรือไม่ (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS < 130 mg/dl หรือมีแนวโน้มลดลงใกล้ 130 mg/dl) ถือว่าผู้ป่วยมีแนวโน้ม / ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ถ้าไม่มีแนวโน้มลดลง หรือยังสูงเท่ากับหรือใกล้เคียงกับครั้งแรก หรือสูงมากขึ้น จะพิจารณาหาสาเหตุ โดยให้พยาบาลและทีมงานทำการเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุ พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติช่วยดูแลด้วยอีกทางหนึ่ง และอาจจะพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสมร่วมด้วย แล้วนำผู้ป่วยเข้าสู่การเริ่มต้นระบบการรักษาใหม่ต่อไป

2.6 กรณีผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ก็จะเฝ้าระวังและให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไป

3. การเตรียมการในการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

3.1 กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน อาทิ ผู้รับผิดในการติดตามผู้ป่วยผ่านทาง Line Application ให้ความรู้ ซักถามและประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.2 ควรพูดคุย ซักซ้อมพยาบาลถึงเทคนิค วิธีการ และประเด็นในการสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในเชิงลึก ซึ่งควรมีประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่จะสอบถาม

3.3 เตรียมเนื้อหาสาระในการให้คำแนะนำ และการประเมินพฤติกรรม พร้อมทั้งมีการบันทึกประเด็นสำคัญที่พูดคุยในผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะเรื่องที่ยังเป็นปัญหา เพื่อการประเมิน ติดตาม และให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3.4 ทางโรงพยาบาลควรสนับสนุนโทรศัพท์มือถือเพื่อใช้ Line application ให้สำหรับผู้ดำเนินการ เพื่อความสะดวกในการติดตามผู้ป่วย

4. ในกรณีที่มีการพูดคุย ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะแล้วผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควรเน้นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย อธิบายพูดคุย ศึกษาบริบทต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พร้อมหาแนวทางแก้ไข ทั้งนี้ อาจต้องรายงานแพทย์ทราบเป็นกรณี เพื่อจะได้ปรับยาให้เหมาะสม

5. ควรปรับปรุงและพัฒนาการสร้างความพึงพอใจมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการมีส่วนร่วมต่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1.นิตยา พันธุเวทย์ และคณะ. **ประเด็นรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2553 (ปีงบประมาณ 2554).** กรุงเทพฯ : สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2554.

2.วิชัย เอกพลากร และคณะ. **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย** ครั้งที่ 5. เอกสารอัดสำเนา. 2559.

3.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโรค.** (ออนไลน์). แหล่งที่มา :

http://www.thaincd. com/document/docs_upload/WorldDiabetesday61.pdf (สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2562) 2561.

4.American Diabetes Association [ADA]. **Standards of medical care for patients with diabetes mellitus.** Diabetes care, 2007; 30, S4-40.

5.Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. **A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? Manage Care Quality**, 2001;*7* (3), 56-66,

6.ทินกร ศิรษภูมิ. **การพัฒนาระบบบริการโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด.** วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2550; 2 (1), 106-114.

7.อารยา ทองผิว. **การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลตนเองในภาวะพิเศษ.** กรุงเทพฯ : คัลเลอร์ฮาร์โมนี่. 2550.

8.Karter AJ, Parker MN, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, et al. **Missed appointment and poor glycemic control : an opportunity to identified high-risk diabetes patients.** Med Care, 2004; 42: 110-5.

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. **รายงานผู้ป่วยโรคเบาหวาน.** อุตรดิตถ์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. 2562.

10.Dey, K. P., & Hariharan, S. **Integrated approach to healthcare Quality management: A case study.** The TQM Magazine, 2006; 18 (6), 583-605.

11.Yamanae, T. **Statistics : An introductory analysis.** London : John Weather Hill,Inc. 1967.

12.Rice, R. **Telecaring in home care : Making a telephone visit.** Geriatric Nursing, 2000; 21(1), 56-57.

13.Beckie T. **A supportive-educative telephone program: impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery.** Heart Lung, 1989; 18:46-55.

14.Kinsella, A. **Telehealth and home care nursing.** Home Healthcare Nurse. 2000; 15(11), 796-797.

15.อนุชา วรหาญ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน** โรงพยาบาลเลาขวัญ.กาญจนบุรี : รายงานวิจัย, 2560.

16.มยุรี เที่ยงสกุล. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน** โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย, 2561.

17.นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญวุฒิศักดิ์. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน** โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2555, 5 (2) 114 – 129.

ผลการวิเคราะห์หาสาเหตุรากของอุบัติการณ์: (Root cause analysis: RCA) ในแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีโดยใช้เครื่องมือ C3THER

The results of the root cause analysis of incidence in the clinical areas of senior nursing students BCNS, using C3THER

สุดถนอม ปิตตาทะโน[1], บุบผา ดำรงกิตติกุล[1], พนมพร กีรติตานนท์[1], ปัทมา ผาติภัทรกุล[1]

Sudthanom pittathano[1], Bubpha damrongkittikul[1], Panomporn keeratitanon[1], Pattama phatipattalakul[1]

(Received: April 27,2018; Accepted: June 2,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาสถาการณ์ที่เป็นอุบัติการณ์ทางคลินิกย้อนหลัง (retrospective medical record review) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุรากของการเกิดอุบัติการณ์ทางคลินิก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง เลือกอุบัติการณ์ทางคลินิกที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E – I จำนวน 24 เรื่อง ที่เกิดขึ้น ในหอผู้ป่วย 6 แห่ง ที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เครื่องมือวิจัยเป็นแบบวิเคราะห์อุบัติการณ์ C3THER ประกอบด้วย ประเด็นการทบทวน 6 ด้าน (การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล สื่อสาร ความต่อเนื่อง บุคลากร อุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม และการบันทึก) การวิเคราะห์มี 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นรวบรวมข้อมูล สรุปเหตุการณ์ ตั้งสมมติฐาน ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์จากผู้เกี่ยวข้อง เวชระเบียน และคู่มือการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วย 2) ขั้นวิเคราะห์ สาเหตุรากของอุบัติการณ์ และ 3) ขั้นสรุปสาเหตุและรายงานผลการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม 2561 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และร้อยละ ของประเด็นที่เป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์ ผลการวิจัย พบว่าสาเหตุรากของอุบัติการณ์ทางคลินิก มี 4 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด พบจำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 79.16 2) ด้านการสื่อสารพบจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.53 3) ด้านความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติงาน พบจำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33 4) ด้านความต่อเนื่องในการปฏิบัติการดูแลหรือการเชื่อมโยงกระบวนการ พบจำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 25 และ 5) ด้านอุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม พบจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.83

คำสำคัญ: อุบัติการณ์ทางคลินิก, ความเสี่ยงทางคลินิก, C3THER

Abstract

The aim of this research was to analyze the root causes of clinical incidences where senior nursing students did their practicum. This research study used a descriptive retrospective research design (retrospective medical record review) to analyse scenarios in order to find the root cause of incidences that took place in the clinical area. Samples were selected using specific methods that consisted of selecting scenarios that reflected clinical incidences classified according to their level of severity from the lowest **I** to the highest **E.** The research tool used to collect data was **C3THER** (Care, Communication, Continuity, Human Resource Development, Environment/Equipment, and Record) which contains 6 dimensions in 13 questions. The content validity was done by 3 experts and the content validity index (CVI) was found to be .84. Twenty-four stories were drawn in 6 clinical areas where senior nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Saraburi underwent their practicum. The research project started in December 2018 and was completed in February 2019. The data analysis was done using descriptive statistics of frequency distribution and percentage. The findings revealed 5 rout causes of clinical incidences: 1) care or complying with established procedures 19 stories (79.16%), 2) communication 9stories (37.53%), 3) knowledge and skills of the health care team 8 stories (33.33 %), 4) continuity of care or practical, 6 stories (25%), and 5) Environment/Equipment 5 stories (20.83 %).

Keyword: Clinical Incidence, Clinical Risk, C3THER

[1] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

บทนำ

การบริการสุขภาพในปัจจุบัน ให้ความสำคัญในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า สถานบริการสุขภาพต่างๆได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการมาใช้เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นของผู้รับบริการที่มีความต้องการได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพที่จะต้องจัดบริการที่มีคุณภาพตอบสนองผู้รับบริการ ดังธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ให้ความหมายของ คุณภาพบริการสาธารณสุขไว้ว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บน พื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย์สังคม วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณภาพและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความ ต้องการและความคาดหวังของบุคคลและสังคมได้อย่างเหมาะสม [1] และประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่จะก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการก็คือ การบริหารความเสี่ยง (Risk management) การบริหารความเสี่ยงเป็นกลยุทธ์เชิงเพื่อป้องกันความสูญเสีย พยาบาลมีบทบาทในทุกกระบวนการของการบริหารความเสี่ยง ได้แก่การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ทำให้เกิดความปลอดภัยทางคลินิกในการบริการการพยาบาลบทบาทของพยาบาลในการบริหารความเสี่ยงคือการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น [2] ความเสี่ยงมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้ทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน หากไม่มีระบบป้องกันที่มีประสิทธิภาพก็ย่อมมีโอกาสที่ก่อให้เกิดอุบัติการณ์ทางคลินิก (Clinical incidence) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนอกเหนือความคาดหมายจากการทำงานตามปกติ หากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ การเสียชีวิต และอาจจะเป็นอันตรายทางด้านสังคม ถือว่าเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse event) เมื่อเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นแล้วผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ มักจะได้รับผลกระทบทางสุขภาพ อาจรุนแรงถึงพิการหรือเสียชีวิต ทั้งยังมีผลกระทบโดยตรงต่อหน่วยบริการที่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการดูแลรักษาสูงขึ้น มีโอกาสสูญเสียชื่อเสียง ผู้รับบริการขาดความเชื่อถืออาจถูกฟ้องร้องค่าเสียหาย และเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างในภาพรวมระดับประเทศ ซึ่งการแก้ไขผลเสียเหล่านี้จะเกิดความยุ่งยากและต้องใช้เวลานาน

จากรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกในสถานบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ ระหว่าง ตุลาคม 2558 – กันยายน 2559 พบว่ามีอุบัติการณ์เกิดขึ้น 1,811,175 ครั้ง และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.7 ในช่วงเวลาเดียวกันของปีพ.ศ.2560 [3] สำหรับรายงานในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ทางคลินิกร้อยละ 60 เป็นเรื่องของความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 16 เป็นด้านการสื่อสาร และร้อยละ 8 เป็นการส่งสิ่งส่งตรวจผิด [4] แต่ยังไม่พบว่ามีรายงานการศึกษาถึงสาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ขึ้น เพื่อนำสู่การกำหนดมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ กระบวนการนี้นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข ต้องมีการพัฒนาทั้งงานและคน โดยเริ่มจากการเรียนรู้จากความผิดพลาด ดังคำกล่าวที่ว่า ความทุกข์ของเพื่อนมนุษย์ คือ ตัวจุดประกายสำหรับการเรียนรู้และพัฒนาที่สำคัญ [5] ผู้วิจัยมีความสนใจนำแนวทางการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วย C3THER ซึ่งเป็นเครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก [6] มาใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุรากของอุบัติการณ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 เพื่อนำผลการวิจัยนี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ทางคลินิกในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาสถานการณ์ย้อนหลัง (retrospective chart review) เพื่อค้นหาสาเหตุรากของการเกิดอุบัติการณ์ ที่เป็นในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี โดย คัดเลือกตัวอย่างอุบัติการณ์ทางคลินิกตั้งแต่ระดับ E – I โดยวิธีเจาะจง

(purposive samplings) เลือกอุบัติการณ์ทางคลินิก ที่เคยเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นแหล่งฝึกวิชาปฏิบัติบริหารการพยาบาล จำนวน 6 หอผู้ป่วย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – ปัจจุบัน จำนวนหอผู้ป่วยละ 4 เรื่อง รวมเป็น 24 เรื่อง ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม 2561 ถึง กุมภาพันธ์ 2562

เกณฑ์กำหนดความรุนแรงของอุบัติการณ์ระดับ E – I มีดังนี้

ระดับ E หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้องได้รับการแก้ไข

ระดับ F หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน ต้องได้รับการแก้ไขนานขึ้น หรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน

ระดับ H หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหายต่อเครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและองค์กรต้องแก้ไขด่วน

ระดับ I หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและอทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อหรือทางกฎหมาย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1. ขั้นเลือกอุบัติการณ์ รวบรวมข้อมูล สรุปเหตุการณ์ตั้งสมมติฐาน ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ค้นหาข้อมูลและร่องรอยการบันทึกทั้งหมดตั้งแต่รับเข้าโรงพยาบาลจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย คู่มือการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยของหน่วยงานหรือมาตรฐานวิชาชีพในเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือกับเหตุการณ์นั้นๆ และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. วิเคราะห์สาเหตุรากของอุบัติการณ์ (Root Cause Analysis: RCA) โดยใช้แบบทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย C3THER และประยุกต์ใช้วิธีคิดแบบ โยนิโสมนสิการ 10 ประการ โดยเลือกใช้วิธีคิดสืบสาวหาสาเหตุที่เป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ คือการพิจารณาปรากฏการณ์ที่เป็นผลจากการปฏิบัติดูแล ให้รู้จักสภาวะที่เป็นจริงด้วยการค้นหาสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบ จากการบันทึกต่างๆของสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแล และการให้ข้อมูลของผู้เกี่ยวข้อง

3. สรุปสาเหตุรากของปัญหา รายงานผลการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และร้อยละ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างที่ศึกษา คือ อุบัติการณ์ทางคลินิกที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ E – I ที่เคยเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นแหล่งฝึกวิชาปฏิบัติบริหารการพยาบาล จำนวน 6 หอผู้ป่วย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – ปัจจุบัน จำนวนหอผู้ป่วยละ 4 เรื่อง รวมเป็น 24 เรื่อง ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม 2561 ถึง กุมภาพันธ์ 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้น ประกอบด้วย การบรรยายสรุปเหตุการณ์ ประเภทของอุบัติการณ์ ระบุปัญหาหรือระบุอุบัติการณ์ตั้งสมมติฐาน กำหนดหัวข้อการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. แบบทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วย C3THER ประกอบด้วย ประเด็นการทบทวน 6 ด้าน คือ การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล, การสื่อสาร, ความต่อเนื่องเชื่อมโยงของกระบวนการดูแล, ภาระงานความรู้และทักษะของบุคลากร, อุปกรณ์/สิ่งแวดล้อม และการบันทึก นำมาสร้างเป็นแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 13 ข้อคำถาม เช่น ประเด็นด้านการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล (Care) : มาตรฐานหรือระเบียบปฏิบัติเรื่องนี้เป็นอย่างไร ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานหรือระเบียบปฏิบัติครบถ้วนถูกต้องทุกขั้นตอนหรือไม่อย่างไร ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และป้องกันความเสี่ยง นำแบบทบทวนและข้อคำถามในแต่ละประเด็นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI .84

3. แบบสรุปผลการวิเคราะห์ สาเหตุรากของอุบัติการณ์ด้วย C3THER เนื้อหาประกอบด้วยตารางทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย และ ตารางสรุปสาเหตุรากของอุบัติการณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไป และประเด็นที่เป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ประเภทของอุบัติการณ์ ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ2 ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของประเภทอุบัติการณ์ N=24

ประเภทของอุบัติการณ์	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
อุปกรณ์เลื่อนหลุด	9	37.50
พลัดตกหกล้ม	7	29.16
ความคลาดเคลื่อนทางยา	5	20.83
อาการแย่ลงหรือเสียชีวิตโดยไม่สามารถคาดเดาได้	2	8.33
ได้รับอันตรายจากการรับบริการ	1	4.16

จากตาราง 1 ประเภทของอุบัติการณ์ ส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์เลื่อนหลุด พบจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือพลัดตกหกล้ม พบจำนวน7 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 29.16, ความคลาดเคลื่อนทางยา พบจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.83, อาการแย่ลงหรือเสียชีวิตโดยไม่สามารถคาดเดาได้ พบจำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.33 และได้รับอันตรายจากการรับบริการ 4.16 พบจำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 4.16

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ N=24

ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
เวรดึก (เวลา 23.30 – 08.30 น)	11	45.83
เวรเช้า (เวลา 08.00 – 16.30 น.)	8	33.33
เวรบ่าย (เวลา 15.30 – 00.30 น.)	5	20.83

จากตาราง 2 ช่วงระยะเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ ส่วนใหญ่เป็น เวรดึก (เวลา 23.30 – 08.30 น). พบจำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.83 รองลงมาคือ เวรบ่าย (เวลา 15.30 – 00.30 น.) พบจำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ร้อยละ 33.33 และน้อยที่สุดคือ เวรเช้า (เวลา 08.00 – 16.30 น.) พบจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.83

2. สรุปประเด็นที่เป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์ทางคลินิก

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของประเด็นที่เป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์ N=24

ประเด็นที่เป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์	จำนวน (เรื่อง)	ร้อยละ
Care: การดูแลรักษาหรือการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด	19	79.16
Communication: การสื่อสารข้อมูลกับผู้ใช้บริการ และกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	9	37.50
Human Resource Development: ความรู้ทักษะและเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน	8	33.33
Continuity: ความต่อเนื่องในการดูแล หรือการเชื่อมโยงกระบวนการ	6	25.00
Environment / Equipment: สิ่งแวดล้อม หรืออุปกรณ์	5	20.83

จากตาราง 3 ประเด็นที่พบว่าเป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์ทางคลินิกพบมี 5 ด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ อันดับที่ 1 คือ Care : การดูแลรักษาหรือการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด พบจำนวน 19 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 79.16 อันดับที่ 2 คือ Communication: การสื่อสารข้อมูลกับผู้ใช้บริการและกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบจำนวน 9 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 37.50 อันดับที่ 3 คือ Human Resource Development: ความรู้ทักษะและเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์พบจำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ33.33 อันดับที่ 4 คือ Continuity : ความต่อเนื่องในการปฏิบัติ หรือการเชื่อมโยง

กระบวนการ เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์พบจำนวน เรื่อง 6 คิดเป็นร้อยละ 25 และ อันดับที่ 5) Environment / Equipment: สิ่งแวดล้อม หรืออุปกรณ์ พบจำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 20.83

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่ามีประเด็นที่เป็นสาเหตุรากของอุบัติการณ์มีมากกว่าจำนวนเรื่องที่ศึกษา อธิบายได้ว่า ในการเกิดอุบัติการณ์ส่วนใหญ่พบประเด็นที่เป็นสาเหตุรากมากกว่า 1 ประเด็นโดย พบเพียง 2 เรื่องเท่านั้น ที่มีสาเหตุ 1 ประเด็น แต่ส่วนใหญ่พบมากกว่า 1 โดยเฉลี่ยพบว่ามีสาเหตุร่วมกัน ตั้งแต่ 2 ถึง 3 ประเด็น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สาเหตุรากของอุบัติการณ์ทางคลินิกพบว่ามี 5 ด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ อันดับที่ 1 คือ Care : การดูแลรักษาหรือการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 79.16 อันดับที่ 2 คือ Communication: การสื่อสารข้อมูลกับผู้ใช้บริการ และกับทีมสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 37.50 อันดับที่ 3 คือ Human Resource Development: ความรู้ทักษะและเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ33.33 อันดับที่ 4 คือ Continuity : ความต่อเนื่องในการปฏิบัติ หรือการเชื่อมโยงกระบวนการ คิดเป็นร้อยละ 25 และ อันดับที่ 5 Environment / Equipment: สิ่งแวดล้อม หรืออุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 20.83 สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

C = Care การดูแลรักษาหรือการปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด พบเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์มากที่สุด พบมากถึง 19 เรื่องจากจำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 79.61 โดยเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือแนวปฏิบัติที่ดี หรือปฏิบัติไม่ครบทุกขั้นตอน ปฏิบัติแตกต่างไปจากมาตรฐาน และการขาดความรอบคอบระมัดระวังที่เพียงพอในการปฏิบัติ โดยเฉพาะเรื่องการประเมินสภาพ อาการ ระดับความรู้สึกตัว และไม่ได้เฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงอย่างเพียงพอ ทำให้การดูแลไม่สอดคล้องกับสภาพความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การขาดการประเมิน MAAS และ VAS ในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจใน 24 ชั่วโมงแรก ทำให้เกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สอดคล้องกับการศึกษาระบบการจัดการความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าประเด็นหลักที่หนึ่งสาเหตุของความเสี่ยง คือ ความตระหนัก โดยไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันความเสี่ยงขาดความรอบคอบปฏิบัติงานและไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้[7] ซึ่ง ได้อ้างถึงการศึกษา จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ ที่พบว่าสาเหตุของความผิดพลาดในงานบริการพยาบาลเกิดจากการไม่มีนโยบายคุณภาพ ขาดมาตรฐานหรือแนวทางที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเคยชิน และขาดการใช้ความรู้ในการวิเคราะห์งาน และการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีและการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในห้องผ่าตัดเป็นเรื่องที่จำเป็น[8] ซึ่งการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง ทำให้คุณภาพและคุณค่าที่จะส่งมอบให้ผู้รับบริการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน[9]

C = Communication การสื่อสารข้อมูลกับผู้ใช้บริการและการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ พบเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์มากเป็นอันดับที่ 2 พบมากถึง 9 เรื่องจากจำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ **37.50** โดยเกี่ยวข้องกับการที่ไม่ได้สื่อสาร หรือขาดการส่งต่อข้อมูลในเรื่องที่มีความเสี่ยงในทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การสื่อสารถึงความเสี่ยงที่ต้องดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมผู้ดูแลในการส่งต่อเวร หรือระหว่างเจ้าหน้าที่แต่ละระดับที่ทำงานทดแทนกัน การไม่ได้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในการระมัดระวังการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตรวจพิเศษสำหรับฝาครอบอุปกรณ์กระตุ้นการเต้นของหัวใจ การไม่ได้สื่อสารส่งต่อข้อมูลบางเรื่องเมื่อผู้ป่วยย้ายแผนก เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้นแล้วไม่ได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาตามระบบ รวมถึงการขาดระบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนไม่ถูกต้องส่งผลกระทบให้ได้รับอันตราย สอดคล้องกับผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพพบว่าการสื่อสารเกี่ยวกับอุบัติการณ์สำคัญส่วนใหญ่มีการรายงานเพียงร้อยละ 18.90 ซึ่งมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของพยาบาลในด้านวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ระบุว่าการไม่กล่าวโทษ และการยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น จะทำให้พยาบาลตระหนักถึงความเสียงที่เกิดขึ้นและมีการพัฒนาตนเองในการเฝ้าระวังด้านความปลอดภัย[10] และจากการศึกษาระบบการจัดการความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า การสื่อสารที่ผิดพลาด

เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานของบุคลากร [11] ทั้งนี้การสื่อสารยังรวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการด้วย ซึ่งพบว่าการที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ จะนำไปสู่การเกิดอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดได้ [12]

H = Human Resource Development ความรู้ ทักษะและเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน พบเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์มากเป็นอันดับที่ 3 พบมากถึง 8 เรื่องจากจำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ **33.33** โดยพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้และประสบการณ์มากพอในการดูแลผู้ป่วย และสามารถป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ได้ แต่ขาดความตระหนักอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ ขณะที่บุคลากรบางส่วนยังขาดทักษะและมีประสบการณ์น้อยในการปฏิบัติงาน เช่น ขาดทักษะในการผูกมัดผู้ป่วยทำให้เกิดอุบัติการณ์การดึงสายสวนปัสสาวะและท่อช่วยหายใจ จะเห็นได้ว่าบุคลากรจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพนั้นต้องใช้ความรู้ในวิชาชีพ ประกอบกับมีทักษะในการปฏิบัติและควบคู่กับการมีเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานนั้นๆ.ซึ่งความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีความรู้อย่างที่เพียงพอและทันต่อสถานการณ์เพราะความรู้หรือวิทยาการใหม่ๆนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอหากบุคลากรไม่ปรับตัวก็ย่อมมีความเสี่ยงที่จะไม่รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง นอกจากที่กล่าวมาแล้วจากการวิเคราะห์ด้านบุคลากรยังพบว่ามีประเด็นสำคัญอื่นที่เกี่ยวข้อง อีก 2 ประเด็น ดังนี้ 1) ประเด็นด้านระบบการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงานยังไม่มีกลไกที่ชัดเจนในบางประเด็นเช่น การเตรียมบุคลากรที่จบใหม่ การสื่อสารความรู้หรือแนวปฏิบัติที่สำคัญสู่บุคลากรและการกำกับนิเทศติดตามบุคลากรที่มีคุณสมบัติไม่ครบ 2) ประเด็นด้านภาระงาน ที่พบว่าบางช่วงเวลาที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินอัตรากำลัง ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง เห็นได้จากอุบัติการณ์ส่วนใหญ่มักจะเกิดในช่วงเวรดึก เวลา 23.30 – 08.30 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีบุคลากรน้อย พบว่าเกิดอุบัติการณ์มากถึง 11 เรื่อง จาก 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 45.83 สอดคล้องกับผลการศึกษาระบบการจัดการความเสี่ยงกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่า ความไม่ตระหนักความเหนื่อยล้าจากการมีเวลาพักผ่อนน้อยเนื่องจากขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ทำให้บุคลากรมีสมรรถนะลดลง เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความเสี่ยง [13] และจากการศึกษาการพัฒนาระบบการนิเทศความเป็นเลิศในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าเมื่อพัฒนาระบบการนิเทศในการกำหนดนโยบายโดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยงและให้ข้อมูลสะท้อนกลับไปยังผู้เกี่ยวข้องทำให้เกิดคุณภาพมาตรฐานทั่วทั้งองค์กร สามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ [14] (ทานตะวัน. คำราชและคณะ, 2555:60-71) จากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริง (Root cause analysis) โดย The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) พบว่าอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดจากการจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสม การปฐมนิเทศฝึกอบรมไม่เหมาะสม ขาดการประเมินสมรรถนะที่เป็นปัจจุบัน และขาดการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมในการยอมรับ แบ่งปันความรับผิดชอบและการสื่อสารความเข้าใจระหว่างบุคลากรทั้งในวิชาชีพเดียวกันและสหสาขาวิชาชีพ [15]

C = Continuity: ความต่อเนื่องในการดูแล หรือการเชื่อมโยงกระบวนการ พบเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์มากเป็นอันดับที่ 4 พบ 6 เรื่องจากจำนวน 24 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ **25.00** เกี่ยวข้องกับการดูแลประเมินสภาพ หรือความเสี่ยง ไม่ได้ประเมินต่อเนื่องกันทุกเวร ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลสำคัญบางเรื่องเมื่อย้ายผู้ป่วยไปแผนกอื่น การส่งต่อข้อมูลการดูแลไม่ต่อเนื่องกันทุกเวร ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลการเฝ้าระวังป้องกันต่อเนื่องกันทุกเวร เช่น ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลตำแหน่งท่อระบายทรวงอก ต่อเนื่องในเวรถัดไป ทำให้เกิดอุบัติการณ์ท่อระบายทรวงอกเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พบว่าเวลาที่พยาบาลไม่ได้อยู่ที่ข้างเตียงผู้ป่วย โดยเฉพาะในระหว่างการผลัดเปลี่ยนเวร มักพบอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ อันเนื่องมาจากขาดการเฝ้าระวัง และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลเจ้าของเตียง [16]

E = Environment / Equipment: สิ่งแวดล้อม หรืออุปกรณ์ พบว่าสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์เกี่ยวข้องเป็นประเด็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ถึง 5 ราย จาก 24 ราย คิดเป็นร้อยละ **20.83** โดยเกี่ยวข้องในประเด็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่

เอื้ออำนวยให้เกิดความปลอดภัย เนื่องจากสภาพหอผู้ป่วยมีจำนวนเตียงผู้ป่วยมากแออัด อุปกรณ์ เช่น พัดลมที่เปิดให้ผู้ป่วย แม้จะเป็นชนิดพัดลมตั้งพื้นที่สูงในระดับเดียวกับเตียงผู้ป่วยแต่มีแป้นปุ่มเปิดปิดอยู่ที่ฐานพัดลม ทำให้การเปิดปิดต้องก้มไปเปิดที่พื้นผู้ป่วยต้องเอื้อมมือไปเปิดพัดลมที่พื้นจึงพลัดตกลงจากเตียง พื้นห้องน้ำเปียกหลังทำความสะอาดและผู้ป่วยไม่แข็งแรง ไม่มีราวที่ยึดจับ จึงเกิดอุบัติการณ์การลื่นหกล้ม หรือแม้แต่อุปกรณ์ควบคุมการเต้นของหัวใจที่มีฝาครอบอุปกรณ์หลุดได้ง่ายทำให้ผู้ป่วยไปสัมผัสปุ่มควบคุมโดยไม่ได้ตั้งใจจึงเกิดอุบัติการณ์หัวใจเต้นผิดปกติ สอดคล้องกับผลการการศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุสาเหตุส่วนใหญ่ ขณะเดิน เข้าห้องน้ำหรืออาบน้ำ[17] จากการผลการศึกษา เรื่องการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุทธยา พบว่ามีการพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่เน้นการสร้างความปลอดภัยที่หน้างาน โดยสร้างระบบที่เอื้อให้สามารถจัดการความเสี่ยงได้ที่หน้างานอย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา มีช่องทางการให้คำปรึกษาและขอความช่วยเหลือเมื่อมีอุบัติการณ์รุนแรง ทำให้แนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์ลดลง โดยอ้างถึงการศึกษาของ Reiling และคณะ ที่พบว่าการออกแบบระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สร้างความสะดวกในการปฏิบัติงานของบุคลากร การป้องกันอันตรายของผู้ป่วยจากอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม จำนวนเตียงต่อพื้นที่ และการจัดอัตรากำลัง สามารถลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้[18]

จากผลการศึกษานี้ สรุปได้ว่า อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์มีสาเหตุร่วมหลายประการ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งมอบบริการที่มีคุณภาพและมีคุณค่านั้น ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยข้องต้องมีส่วนร่วมในการจัดการความเสี่ยงโดยกำหนดระบบและกลไกสนับสนุนให้มีการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติงานให้เป็นตามขั้นตอนหรือมาตรฐานที่กำหนด มีการสื่อสารข้อมูลกับผู้ใช้บริการหรือะการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบนิเทศและสอนงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บุคลากรสามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการปฏิบัติงานควบคู่ไปกับการสร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ การมีสำนึกรับผิดชอบและตระหนักถึงคุณค่าของงานบริการ สร้างวัฒธรรมคุณภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งระบบ รวมถึงการจัดการให้สิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องให้มีความพร้อม สะดวกและปลอดภัยกับการปฏิบัติงานของบุคลากรและผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือเกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและบุคลากร ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบบริการสุขภาพนั่นเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.หน่วยบริการสุขภาพ สามารถนำสาเหตุรากของอุบัติการณ์ที่พบในงานวิจัยนี้ ไปเป็นข้อเสนอแนะแก่คณะทำงานด้านการบริหารความเสี่ยง และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และการป้องกันความเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน

2. สาเหตุของอุบัติการณ์ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยการกำกับติดตามการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ หน่วยบริการสุขภาพ ควรจัดให้มีระบบและกลไกในการนิเทศกำกับการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพหรือ คู่มือปฏิบัติงานที่กำหนดไว้

3. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย เกิดจากความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารองค์กรควรดำเนินการเพื่อสร้างเจตคติที่ดีในการจัดการความเสี่ยงให้เกิดขึ้นในทุกวิชาชีพ ตามบทบาทของตนเอง เพื่อให้ทุกฝ่ายมีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

4. การสร้างวัฒนธรรมการไม่ตำหนิ ไม่กล่าวโทษ และวัฒนธรรมองค์กรคุณภาพ คือสิ่งที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้ได้รับความร่วมมือในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรทำการศึกษาสาเหตุรากของอุบัติการณ์ในพื้นที่กว้างขึ้น หรือในบริบทที่แตกต่างจากหอผู้ป่วย ทั้งนี้อาจดำเนินการในระดับเขตบริการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และนำผลการวิจัยเป็นข้อเสนอแนะในการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการในระดับเขตหรือระดับชาติ

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับระบบบริหารจัดการข้อมูลด้านความปลอดภัย หรือระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพของประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงของในการออกแบบพัฒนา

คุณภาพระบบบริการสุขภาพ ในลักษณะการมองภาพย้อนกลับจากปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบ

3. ควรศึกษาความคาดหวังผู้รับบริการต่อการจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร ผู้บริหารองค์กรพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกและทีมสหสาขาของโรงพยาบาลสระบุรี ที่ให้เอื้อเฟื้อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยตระหนักถึงความกรุณาและความทุ่มเทของทุกท่าน ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่ได้ให้ความกรุณาสนับสนุนเวลา รวมทั้งกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ และเป็นต้นแบบที่ดีในการทำวิจัยแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณ อาจารย์พิศมัย โพธิพรรค ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสระบุรี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเหมาะสม และให้คำแนะนำในการทำการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **HA update2018.** พิมพ์ครั้งที่1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). นนทบุรี,2561.

2,7,15. ผ่องพรรณ จันทรณสมบัติและคณะ. "การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ". **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.** ปีที่ 35(ฉบับที่3) : หน้า118-124, 2555.

3. NSH. **NRLS national patient safety incident reports: commentary March 2018.** https://improvement.nhs.uk สืบค้นเมื่อ (15ก.ค62).

4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 19 ปี 2561 "คุณค่า คุณภาพ คุณธรรม"** http://www.ha.or.th. สืบค้นเมื่อ (15ก.ค.62)

5. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **การประเมินเพื่อเสริมพลัง.** https://www.hfocus.org. สืบค้นเมื่อ (15ก.ค62)

6. มาลี คำคง. "การพัฒนาการคิดวิเคราะห์ในการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล". **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย.** ปีที่ 8 (ฉบับที่ 3) : หน้า 40 -50, 2561.

8. สุภัทราพงษ์ พิลาดิษฐ์. "การบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดอวัยวะ ผิดตำแหน่งของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบึงกาฬ". **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.** ปีที่2(ฉบับที่2) : หน้า66-84, 2558.

9. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. **HA update2018.** พิมพ์ครั้งที่1. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). นนทบุรี,2561.

10. พร บุญมี และเฉลิมพรรณ์ เมฆลอย. "วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ". **วารสารพยาบาลและการศึกษา.** ปีที่4(ฉบับที่3): หน้า48-62, 2554.

11,18. จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์ และคณะ. "การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา". **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.** ปีที่ 7 (ฉบับที่ 1): หน้า25-34, 2560

12,16. กนกกาญจน์ พ่วงเฟื่อง. **ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพษิณุโลก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2557.

13. จิราวรรณ และคณะ. "การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสาร**สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.** ปีที่ 7(ฉบับที่1): หน้า25-34, 2560.

14. ทานตะวัน คำราช และคณะ. "การพัฒนาระบบการนิเทศความเป็นเลิศในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี. ปีที่3 (ฉบับที่3): หน้า60-71, 2555.

กาญจน์วจี จตุเทน และประจักร บัวผัน. "การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด ร้อยเอ็ด". **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น(ฉบับบัณฑิตศึกษา).** ปีที่18(ฉบับที่4) : หน้า167-178, 2561.

17. ละออม สร้อยแสง และคณะ. "การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา". **วารสาร พยาบาลทหารบก.** ปีที่15 (ฉบับที่ 1): หน้า122-129, 2557.

ผลของการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัว เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

The Effects of Integrated Care by Multidisciplinary Team with Individual and Family Self-Management to Prevent Chronic Kidney Disease in Patients with Diabetes and Hypertension

วราทิพย์ แก่นการ[1] .สุมาลี ถาใจ[1]

Waratip Kankarn[1] Sumalee thachai[1]

(Received: August 10,2018; Accepted: October 14,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 200 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง การติดตามออกเยี่ยมบ้านเสริมพลังอำนาจแก่ครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลา 12 เดือน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง และการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก น้ำตาลเฉลี่ยสะสม อัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ ทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเฉลี่ยน้อยกว่า 5 ปี ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดการตนเอง โรคไตเรื้อรัง

Abstract

This study was an experimental research with a control group. The purpose was to study the effects of integrated care by multidisciplinary team with self-management and family management to prevent chronic kidney disease in patients with diabetes and hypertension. The sample consisted of 200 patients with diabetes and hypertension. They were randomly divided into experimental and control groups. The experimental group received integrated care by the multidisciplinary team together with self-management for behavior modification, home visits and empowerment of family. The control group received regular care for a period of 12 months. The instruments used to collect data were personal information interview form, self-management behavior interview form and clinical examination, including body mass index, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, Hemoglobin A1c, glomerular filtration rate and quality of life. Data were analyzed by descriptive statistics and independent t-test.

Results: The average age of the samples was 60 years old. The average duration of having diabetes and hypertension was less than 5 years. After the experiment, the average scores of the experimental group in terms of self-management behavior, glomerular filtration rate and the quality of life were higher than those of the control group with statistical significance at .05 level. In addition, the clinical examination results, including systolic blood pressure, diastolic blood pressure and HbA1c were lower than those of the control group with statistical significance at .05 level. However, the body mass index and waist circumference of the experimental group and the control group were not different with significant significance.

Keywords: multidisciplinary team, self-management, chronic kidney disease

[1] พย.ม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาระด้านสุขภาพระดับโลกที่มีต้นทุนทางเศรษฐกิจสูงต่อระบบสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและคุณภาพชีวิตที่ลดลง โรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่แสดงอาการจนกว่าจะถึงระยะหลัง ความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกพบอุบัติการณ์สูงร้อยละ 11-13 พบมากในระยะที่ 3[1] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง[(2)] ในหน่วยบริการปฐมภูมิพบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าหนึ่งในสี่และประมาณหนึ่งในห้าของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีโรคไตเรื้อรัง[(3)]

จากการศึกษา Thai-SEEK project ของไทยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรไทยทุกภาคของประเทศ จำนวน 3,459 คน พบความชุกของโรคไตเรื้อรัง ทุกระยะร้อยละ 17.5[(4)] ข้อมูลจากการรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report) ในปี พ.ศ.25561 จากหน่วยไตเทียมในประเทศ พบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของ ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตจากสถานพยาบาลที่ให้บริการการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม เกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุด(ร้อยละ 37.5)อันดับสองรองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.8) สิ่งที่สำคัญคือ มีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่า กำลังเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 มีผู้ที่รู้ตัวว่าเริ่มมีโรคไตเรื้อรังเพียงร้อยละ 0.79, 2.06 และ 5.63 ตามลำดับ[(5)] ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 20.4 สูงกว่าภาคกลาง (ร้อยละ 13.7) และภาคใต้ (ร้อยละ 13.4)[(6)] จากการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการอีสานรวมมิตรมีความเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง[(7)]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ภาวะไขมันในเลือดสูง น้ำหนักตัว และหลีกเลี่ยง การใช้สมุนไพรหรือสารที่มีพิษต่อไตได้จะส่งผลกระทบทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไต[(8)] และการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานระยะเวลานานทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง รวมทั้งผู้ป่วยมีโรคร่วมจึงทำให้มียาที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดจนผู้ป่วยเบื่อหน่ายการรับประทานยา บางรายอาจจะมีอาการข้างเคียงของยาจนทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเอง หรือบางรายรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาเนื่องจากภารกิจในชีวิตประจำวัน[(9)]โดยสามารถตรวจพบลักษณะเหล่านี้จากผู้ป่วย[(10)] 1) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7 2) ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (หลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 3) มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

ดังนั้นการป้องกันโรคไตเรื้อรังสามารถทำได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมระดับความดันโลหิตโดยให้มีค่าใกล้เคียงกับค่าปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และกำจัดปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต[(11)] โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเอง The National Collaborating Central for Chronic Condition[12] ได้เสนอแนวปฏิบัติในการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไตในระยะแรก ประกอบด้วยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การควบอาหาร การควบคุมความดันโลหิตและการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ซึ่งผู้ป่วยต้องรับผิดชอบปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ด้วยตนเอง จากแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-management Theory; IFSMT)[(13)] เป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และแก้ไขในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุม กำกับดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยความรู้และทักษะต่างๆ ซึ่งอาจได้มาจากการเรียนรู้ของตัวบุคคลเองหรือได้รับจากบุคคลอื่นในการควบคุมตนเอง จากการศึกษาของ Eskridge[(14)] พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและลดค่าใช้จ่ายมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก และเพิ่มกิจกรรม

การจัดการดูแลตนเอง ตลอดจนเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี[15],[17]

การดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิ ในชุมชน Package of Essential Noncommunicable Disease (PEN) Interventions for Primary Health Care[18] โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ดูแลรักษาและป้องกันกลุ่มเป้าหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และเท่าเทียมเน้นการดูแลแบบมีส่วนร่วมทั้งจากทีมสุขภาพ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนให้การดูแลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7.5 พบมากถึงร้อยละ 70[19] และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมีระดับความดันโลหิตมากกว่า140/90 มิลลิเมตรปรอท[20] ขาดการบูรณาการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มรูปแบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการตนเองของ The Individual and Family Self-management Theory [12] บูรณาการร่วมกับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพที่ดีขึ้นทั้งยังเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพรวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ถือว่าเป็นกลยุทธ์ ที่สำคัญในการลดผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม(Randomized controlled trial) ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยขั้นตอนที่หนึ่งสุ่มจังหวัดซึ่งได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และมหาสารคาม ขั้นตอนที่สองสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละจังหวัด ขั้นตอนที่สามสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรของ Cohen[21] และการทบทวนงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้[22] โดยกำหนดให้ Power =.80, medium effect size, alpha = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ใช้วิธีการสุ่ม (Random sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 40 ถึง 75 ปี เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยในช่วงอายุดังกล่าวมีจำนวนไตเสื่อมจากเบาหวานเพิ่มขึ้น[23] 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมากกว่า 1 ปี 3) ค่าฮีโมโกลบินเอวันซีมากกว่าร้อยละ 7 4) มีค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/80 มิลลิเมตรปรอท ถึง 160/100 มิลลิเมตรปรอท 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสื่อสารตามปกติได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ คือ 1) พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE601166 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่รักษา

ผู้ประกอบอาหาร และผู้ดูแลหลัก

1.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง จำนวน 30 ข้อประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การใช้ยาสมเหตุผล 3) การออกกำลังกาย ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอหรือ 5-7 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 4 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 3 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันในหนึ่งสัปดาห์ ให้คะแนนเท่ากับ 2 และไม่ปฏิบัติ หมายถึง เลิกปฏิบัติ หรือไม่เคยปฏิบัติให้คะแนนเท่ากับ 1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ 0.89 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (SF-36) ฉบับภาษาไทยซึ่งประกอบ 8 มิติ ได้แก่ สภาวะสุขภาพ ข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ ความเจ็บปวด การรับรู้สุขภาพทั่วไป ความอ่อนเพลีย หน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดบทบาททางอารมณ์ และสุขภาพจิตทั่วไป นำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88

1.4 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) คู่มือการชะลอไตเสื่อมจัดทำโดยโครงการ CKDNET 2) สื่อนำเสนอภาพนิ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง 3) สมุดบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โภชนากร เภสัชกร พยาบาลคลินิกโรคเบาหวานและความดันลหิตสูง นักกายภาพบำบัด ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ รูปแบบ และการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ .89

รายละเอียดของโปรแกรมการบูรณาการดูแลระยะเวลา 12 เดือนประกอบด้วย

ระยะเวลา	กิจกรรม
เดือนที่ 1	-สร้างสัมพันธภาพ แนะนำทีม ชี้แจงวัตถุประสงค์
เดือนที่ 2	-บริบทด้านปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโดยการให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องเล่าประสบการณ์ร่วมกับใช้คู่มือโรคไตเรื้อรังจากโครงการ CKDNET - แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลร่วมกันวางแผนและตั้งเป้าหมายร่วมกันในการป้องกันโรคไตเรื้อรังให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท
เดือนที่ 3-4	-ส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ การสาธิต การให้คำความรู้ด้านโภชนาการ การใช้ยาสมเหตุผล และการออกกำลังกายโดยนักโภชนากร เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด
เดือนที่ 5-7	-จัดกิจกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดย นักกายภาพบำบัด อสม. และอสค.
เดือนที่ 8-10	-ติดตามสังเกตปัญหา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ซักถามปัญหาผู้ป่วยเมื่อมาตามนัดทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในกรณีที่มีปัญหา พยาบาลวิชาชีพ อสม. และ อสค.
เดือนที่ 11-12	-ติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ต่ำกว่าระดับมาตราส่วน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแคว์ (Chi square Test) ส่วนข้อมูลส่วน

บุคคลที่อยู่ในระดับมาตราส่วนขึ้นไป ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน (Independent t-Test) หากข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้น ส่วนข้อมูลที่ไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระจากกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-Test) ทั้งนี้ก่อนใช้สถิติ t-test ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองคงอยู่จำนวน 96 ราย กลุ่มควบคุมคงอยู่จำนวน 92 ราย ผลการทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าไคสแควร์และสถิติค่าทีแบบอิสระ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง n=96 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n=92 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			.099
ชาย	17(17.71)	19(20.65)	
หญิง	79(82.29)	73(79.35)	
สถานภาพ			.173
โสด	1(1.04)	4(4.35)	
สมรส	78(81.25)	63(68.48)	
หม้าย/หย่า/แยก	17(17.71)	25(27.17)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	89(92.70)	85(92.39)	.968
มัธยมศึกษา	2(2.08)	1(1.09)	
ปวส./อนุปริญญา	3(3.13)	3(3.26)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	2(2.08)	3(3.26)	
อาชีพ			.343
เกษตรกรรม	54(56.25)	51(55.43)	
รับจ้าง/โรงงาน	7(7.29)	8(8.70)	
รัฐวิสาหกิจ/ราชการ	1(1.04)	3(3.26)	
ไม่ได้ทำงาน	34(35.42)	30(32.61)	
ผู้ประกอบอาหาร			.456
ตนเอง	71(73.96)	64(69.56)	
บุคคลในครอบครัว	9(9.37)	7(7.61)	
ร้านขายอาหาร	16(16.67)	21(22.83)	
ผู้ดูแลหลัก			.799
ตนเอง	71(73.96)	64(69.56)	
ตัวแปร	**จำนวน (ร้อยละ)**	**จำนวน (ร้อยละ)**	**p-value**
บุคคลในครอบครัว	16(16.67)	18(19.57)	
บุคคลอื่น	9(9.37)	10(10.87)	
ระยะเวลาที่ป่วย			.198
1-2 ปี	76(79.17)	81(88.05)	
3-5 ปี	12(12.50)	5(5.43)	
> 5 ปี	8(8.33)	6(6.52)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	M=59.27 SD=9.79	M=61.01 SD=9.26	.213
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	M=1945.83 SD=2055.13	M=1976.39 SD=1976.39	.942

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และ ผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังด้านโภชนาการ การใช้ยาสมเหตุผล และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระดับความดัน

โลหิต และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตาราง 2)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต(SF-36) องค์ประกอบ 8 มิติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้โปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัว

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=96)		กลุ่มควบคุม (n=92)		Independent-t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
อัตราการกรองของไต (มล./นาที/ตร.ม.)	100.49	11.99	95.18	20.04	2.216	028*
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (มก./ดล.)	8.88	1.67	9.44	1.49	-2.417	.017*
ระดับความดันโลหิต (มม.ปรอท)						
ความดันซิสโตลิก	134.05	17.67	139.85	17.37	-2.267	.025*
ความดันไดแอสโตลิก	77.83	13.32	82.07	9.37	-2.510	.013*
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	24.83	3.52	25.49	3.97	-1.170	.244
เส้นรอบเอว (ซม.)	90.35	12.92	92.24	11.38	-1.044	.298
พฤติกรรมการจัดการตนเอง						
ด้านโภชนาการ	32.83	3.43	27.43	2.57	3.246	.008*
ด้านการใช้ยาสมเหตุผล	31.00	3.99	24.57	2.44	3.626	.004*
ด้านการออกกำลังกาย	28.83	2.99	22.71	1.60	4.699	.001*

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัว

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=96)		กลุ่มควบคุม (n=92)		Independent-t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
สภาวะสุขภาพ	83.66	5.59	77.20	6.28	2.358	.031*
ข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ	86.66	3.35	83.70	3.20	1.973	.065
ความเจ็บปวด	87.66	3.46	85.00	3.86	1.578	.133
การรับรู้สุขภาพทั่วไป	89.00	3.24	81.20	4.83	4.085	.001*
ความอ่อนเพลีย	85.44	4.53	83.60	3.44	1.006	.328
หน้าที่ทางสังคม	85.33	1.87	81.40	2.59	3.754	.002*
ข้อจำกัดบทบาททางอารมณ์	83.11	4.99	77.60	5.50	2.278	.036*
สุขภาพจิตทั่วไป	87.22	2.39	79.80	3.39	5.454	.000*

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีผลเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพที่ดีขึ้นสามารถอธิบายได้จาก

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60 ปีซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานพบในผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป[24] ทำให้เกิดอัตราเสี่ยง (odd ratio) ต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเท่ากับ 1.7, 3.6 และ 7.3 เท่าในกลุ่มอายุ 40-59, 60-69 และ >70 ปีตามลำดับ ดังนั้นจึงทำให้พบความชุกของโรคไตเรื้อรังในกลุ่มอายุ 61-69 ปี เท่ากับร้อยละ 35.2[25]

2. การใช้โปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวส่งผลทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังด้านโภชนาการ การใช้ยาสมเหตุผล และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการนำผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีประสบการณ์มาร่วมอภิปรายสามารถทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์สะท้อนคิดทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบปกติจากบุคลากรสุขภาพนั้นส่วนใหญ่การให้ข้อมูลจะเน้นที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นศูนย์กลาง ขาดความสอดคล้องกับบริบทหรือวิถีชีวิตที่แท้จริง เนื่องด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยของพยาบาลนั้นเป็นการสื่อสารในรูปแบบของการสอนหรือคำแนะนำโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 60 ปี) ซึ่งจากการศึกษา Glass และคณะ[26] เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีความจำกัดในด้านการเรียนรู้หรือความจำทำให้ในการให้คำแนะนำบางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถจำรายละเอียดได้ครบถ้วน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีการให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุเน้นให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองโดยบุคลากรทีมสุขภาพและสมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการนำทักษะการจัดการตนเองมาใช้ และมีการจัดการเกี่ยวกับบทบาทของตนเองได้ตามความเจ็บป่วยของตนเองอย่างเหมาะสมตามบริบท ดังผลการศึกษาของ Seesawan และคณะ[27]ที่พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมและส่งผลให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลงถ้าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจะทำให้ปริมาณเลือดไหวเวียนมาเลี้ยงเพียงพอจากการศึกษาของ Bakris และคณะ[28] พบว่าทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ของความดันโลหิตที่ลดลง จะสามารถชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต 6 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อนาทีต่อปี

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองและครอบครัวประกอบด้วย การให้คำความรู้ด้านโภชนาการและการกำหนดอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละวันโดยโภชนากร การใช้ยาสมเหตุผลโดยเฉพาะการใช้ยาสมุนไพร และการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละรายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพผ่านการประสานงานจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการประเมินผู้ป่วยรายบุคคลตามสภาพปัญหาและความต้องการในแต่ละราย (self-tailoring individual need) ภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด การเสริมพลังอำนาจให้กำลังใจผู้ดูแล และครอบครัวในจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชนเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการเข้าถึงบริการมีความลำบากในการเดินทางการจัดกิจกรรมในชุมชนมีความเหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chosivasakul และคณะ[29] ผลของโปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน พบว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทางคลินิกได้แก่ ความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในด้านข้อจำกัดจากปัญหาทางสุขภาพ ความเจ็บปวด และความอ่อนพลียของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจากระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอาการของโรคเป็นธรรมชาติอยู่แล้ว โปรแกรมการดูแลเป็นเพียงการชะลอให้มีการดำเนินของโรคลดลงเท่านั้น ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมจากกระบวนการชรา ร่วมด้วยจึงทำให้มีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สำหรับค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้นอธิบายได้จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 60 ปี) ปรกอบกับมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย อีกทั้งระยะเวลาในการศึกษาจำกัดจึงอาจยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1.สถานบริการปฐมภูมิเน้นการบริการเชิงรุกค้นหาบุคคลกลุ่มเสี่ยงให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมตอบสนองความต้องการตามความเชื่อวัฒนธรรมและบริบทของชุมชน

2. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 12 เดือน และประเมินผลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตเนื่องจากใช้ระยะนาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(CKDNET) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ได้อนุมัติทุนอุดหนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease - a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2016;11(7):e0158765.
2. Huda MN, Alam KS, Harun-Ur-Rashid. Prevalence of chronic kidney disease and its association with risk factors in disadvantageous population. Int J Nephrol 2012; 2012:267329. doi:10.1155/2012/267329.
3. Van der Meer V, Wielders HP, Grootendorst DC, de Kanter JS, Sijpkens Y W, Assendelft WJ, et al. Chronic kidney disease in patients with diabetes mellitus type 2 or hypertension in general practice. Br J Gen Pract 2010;60(581):884–90. doi:10.3399/bjgp10X544041.
4. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010;25(5):1567–75.
5. Thailand Renal Replacement Therapy Registry 2013 Report.
6. Thanakitcharu P. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. J Dep Med Serv. 2015;5–18.
7. Bunloet A, Premgamone A, Kessomboon P. Prevalence and associated factors of I-sarn syndrome among the diabetic patients and hypertensive patients in rural communities, Public Health Region 7, Thailand. Srinagarind Med J 2018; 33(2):122-8.
8. Welch JL, Johnson M, Zimmerman L, Russell CL, Perkins SM, Decker BS. Self-management interventions in stages 1 to 4 chronic kidney disease: an integrative review. West J Nurs Res 2015;37(5): 652-78.
9. Jongtrakul. P. Rational use of drugs for managing diabetes mellitus high blood pressure. Bangkok: Wattana Printing;2017.
10. American diabetes association. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care Journal 2017; (40): 88-98.
11. Sintu, S. Pichet Wongrod. Case Management for Diabetes and Blood Pressure Bangkok: Wattana Printing; 2013.
12. The national collaborating central for chronic condition chronic kidney disease: national clinical guideline for early identification and management in adults in primary and secondary care. Royal College of Physicians (UK); 2008 Sep.

13. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self- management Theory: background and perspective on context, process, and outcome. Nurse outlook 2009;57:217-25.

14. Eskridge MS. Hypertension and chronic kidney disease: the role lifestyle and modification and medication management. Nephrol Nurs J 2010;37:55-60.

15. Du S, Yuan C. Evaluation of patient self- management outcomes in health care: a systematic review. International Nursing Review 2010; 57: 159–67.

16. Seephom S. Self-Management in chronic kidney disease. Thai Red Cross Nursing Journal. 2013; 6 (1),12-18.

17. Donald M, Kahlon BK, Beanlands H, Straus S, Ronksley P, Herrington G, et al. Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: a scoping review. BMJ Open 2018;8:e019814. doi:10.1136/bmjopen-2017-019814.

18. World Health Organization. Package of essential non communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low resource setting. [internet]. WHO; [cited 2019 Jun 5]. Available from: http://www. who.int/nmh/publications/ essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf.

19. Damnok K, Daenseekaew S. Self-Management in diabetic nephropathy prevention among people with diabetes. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(1):91-9.

20. Sareepon K, Surit P. Effects of self-management on health behaviors and blood pressure among essential hypertension patients. Journal of Nursing and Health Care 2015;33(3):110-6.

21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.

22. Jiamjariyaporn T, Ingsathit A, Tungsanga K, Banchuin C, Vipattawat K, Kanchanakorn S, et.al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT study): Rationale and Design of the Study. BMC Nephrology 2014, 15:99.

23. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2012. Diabetes care 2012;35(1):11-63. doi: 10.2337/dc12-s011.

24. World Health Organization (WHO). Country and region data on diabetes and hypertension; 2017.

25. Thanakitcharu P. Current situation of chronic kidney disease in Thailand. J Dep Med Serv. 2015;5–18.

26. Glass, Conrad J. Religion and ageing and the role of education. In Ronald H. Sherron and D. Barry Lumsden (Eds), Introduction to Educational Gerontology: Series in Death, Dying, and Bereavement. 3rd edition, New York, Taylor & Francis; 2013.

27. Seesawang J, Thongtaen P, Yodthong D. Effectiveness of self-management supportive program among hypertensive older people. Rama Nurs J 2014;20(2)179-92.

28. Bakris GL, Weir MR, Shanifar S, Zhang Z, Douglas JV, Dijk DJ, Brenner BM. Effects of blood pressure level on progression of diabetic nephropathy. Archives of Internal Medicine 2003; 163(13): 1555- 65.

29. Chosivasakul K, Piaseu N, Sakdanupab S. Effects of a programme integrating multidisciplinary approach and self-management on chronic kidney disease patients with complications. Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(4):79-93.

สถานการณ์โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตและแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค

The situation of risky dietary supplements advertising on social media and the solution for consumer safety.

บรรเจิด เดชาศิลปชัยกุล[1], ฐิติพร อินศร[2]

Banjert Dechasilapachaigoon[1], Thitiporn Insorn[2]

(Received: October 5 ,2018; Accepted: November 30, 2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความเสี่ยงของผู้บริโภคที่ได้รับจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค กลุ่มตัวอย่าง คือ เพจโฆษณาตามคำค้น “อาหารเสริมลดน้ำหนัก (ตามด้วยชื่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกประกาศว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา(อย.) ปี 2560 และ 2561)” และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีข่าวการผสมสารอันตราย รวมทั้งสิ้น 22 ผลิตภัณฑ์จำนวน จำนวน 178 เพจ เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกภัยและแบบประเมินภัยจากโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตรายในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก ศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊กโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)และ เก็บข้อมูลช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม 2561

ผลการศึกษาพบว่า ยังคงพบการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์อันตรายภายหลังจากมีการประกาศเป็นอาหารไม่บริสุทธ์จาก อย. มากถึงร้อยละ 14.05 พบเพจที่มีการจำหน่ายก่อนประกาศฯ รวมร้อยละ 72.47 และพบเพจที่ไม่มีการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์อันตราย(ปิดเพจ) เพียงร้อยละ 13.48 ภัยที่เกิดจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัย 22 ผลิตภัณฑ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านผลิตภัณฑ์ 2)ด้านสถานประกอบการผู้ผลิตหรือผู้จำหน่าย 3) ด้านพฤติกรรมผู้บริโภค 4)ด้านการโฆษณา พบประเด็นความเสี่ยง ได้แก่ ผู้บริโภคเชื่อว่าเครื่องหมาย อย. เป็นเครื่องหมายที่มีความน่าเชื่อถือ การใช้พรีเซนเตอร์ที่มีชื่อเสียงทำให้ผลิตภัณฑ์มีความน่าเชื่อถือมาก ค่านิยมความสวยต้องผอม การชักจูงให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเฟซบุ๊กทำได้ง่ายมีมูลค่าสูง การอนุญาตผลิตอาหารได้ง่ายด้วยระบบ e-submission ขาดการบูรณาการด้านบังคับใช้กฎหมายกับผู้กระทำผิดโฆษณาในสื่อออนไลน์ ผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาไม่ถูกประกาศผลวิเคราะห์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคอย่างทันสถานการณ์ ยังพบการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หลังที่ถูกประกาศว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ ผู้ประกอบการเจ้าของสื่ออินเตอร์เน็ตไม่ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายไม่เคยได้รับการเยียวยา

คำสำคัญ: ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัย , สื่ออินเตอร์เน็ต

Abstract

Survey research aims to study the consumers’ risk who receive the information of the advertisement of risky dietary supplement social media on Facebook and the solutions for the safety of consumers. The sample was Ads pages based on search terms "Weight loss supplements (Followed by the brand name of food supplements that have been declared as food impure by the Food and Drug Administration (FDA) 2017 and 2018)” and the dietary supplement which is claimed as having the dangerous medicine about 22 products from 178 pages. The data was collected by the disaster record form and disaster assessment from health product advertisements social media on Facebook. To finding the solutions about the risky dietary supplement social media on Facebook was interviewed the expert about solving the problem of health product advertisements through in-depth interview and collected from February – May 2018.

The findings were found that 178 pages on social media on Facebook are still found the selling dangerous product advertisements after announcing as the food impure from FDA as much as 14.05%, found the pages that sell before the announcement about 72.47%, and found the closed page that do not have this type of advertisement for only 13.48%. The dangers occurred from these advertisements from 22

[1] เภสัชการเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

[2] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

products in 4 parts: 1) the part of product 2) the part of establishments, producers, and sales 3) the part of consumers' behavior 4) the part of advertising. Risk concern is about, for instance, the consumers believe that FDA sign is trustable, using famous presenter makes the product more trustable, the value of beauty is as to be skinny, and the convince from the high value of product to sell online. As the permission of produce foods is easy by using e-submission system. The FDA will not reveal the information of the permission request of product advertisements and lacks of the serious integration of control of laws with the culprit who advertises through the online media. The punishment is not appropriate for the severe damage. The products which have the problem do not announce the analysis result as it is claimed to be the dangerous products and illegal to protect the consumers suddenly. There are still found the selling advertisements about dietary supplement after announcing as food impure and discovered the dangerous drugs which are not register in Thailand. The entrepreneurs who are the page owners do not cooperate with the public sector. The consumers receive the damage but do not get to heal.

Keyword: Risky dietary supplement, Social media

บทนำ

ปัจจุบัน การซื้อสินค้าผ่านระบบอินเตอร์เน็ตกำลังเป็นที่แพร่หลาย จากรายงานของ [1] เป็นช่องทางที่เกิดจากการอาศัยเทคโนโลยีและระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ตเป็นพื้นฐานในการบริหารจัดการ การซื้อสินค้าผ่านระบบอินเตอร์เน็ตได้กลายมาเป็นทางเลือกของผู้บริโภคในรูปแบบของร้านค้าออนไลน์[2] ใช้ช่องทางอินเตอร์เน็ตโดยเฉพาะอย่างยิ่งสื่ออินเตอร์เน็ตประเภท เฟซบุ๊ก ซึ่งเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้รวดเร็ว กว้างขวาง โฆษณาได้โดยตรงและมีอิทธิพลต่อผู้บริโภค[3] จากผลการศึกษาที่มีผู้ใช้งานเครือข่ายอินเตอร์เน็ตออนไลน์มากที่สุดคือ เฟซบุ๊ก และมีความเชื่อมั่นในการซื้อสินค้าผ่านอินเตอร์เน็ตในระดับดีมาก [4] ผลการศึกษาวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักโดยการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยการศึกษาพบว่าการโฆษณามีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์อาหารเสริมของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร ถึงร้อยละ 45.25 ทั้งนี้การศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้บริโภคในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 18-24 ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักมากที่สุด ร้อยละ 19.8 [5] โดยความเสี่ยงหรืออันตรายต่อสุขภาพของวัยรุ่นที่ใช้วิธีนี้ในการลดน้ำหนัก คือ การเติมสารปลอมปนในผลิตภัณฑ์โดยไม่ได้แจ้งในฉลาก [6] จากการวิเคราะห์ตรวจผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้ในการลดน้ำหนักพบการลักลอบปลอมปนยาอันตรายและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เช่น แอลคาร์นิทีนที่ กล่าวอ้างสรรพคุณเพื่อลดน้ำหนักมีการ ลักลอบใส่ยาลดความอ้วนไซบูทรามีน (Sibutramine) นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักต่างๆ ยังตรวจพบสาร ปลอมปนอื่น เช่น แอมเฟตามีน ยาขับปัสสาวะ ยาถ่าย ยานอนหลับ การปลอมปนยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้ผู้บริโภคเกิดอาการนอนไม่หลับ กระวนกระวาย แรงดันเลือดสูง หัวใจเต้นเร็ว อาจเกิดอันตรายถึงขั้นช็อกและเสียชีวิตได้ ส่วนการปลอมปนยาถ่ายมีผลทำให้ระบบขับถ่ายผิดปกติเกิดอาการท้องผูกเมื่อไม่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ โดยสารที่พบมากและมีอันตรายมากที่สุดคือ ไซบูทรามีน แน่นอนว่าไม่มีทางทราบว่าผลิตภัณฑ์นั้นมีสารไซบูทรามีนเจือปนอยู่จนกว่าจะรับประทานเข้าไปแล้วมีอาการข้างเคียง และผลข้างเคียงที่รุนแรง คือ การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ และเกิดอาการทางจิตประสาท เป็นเหตุให้เสียชีวิต [7] แต่สุดท้ายแม้ว่าจะมีข่าวการเสียชีวิตจากการยาลดความอ้วนหรือบทความเตือนเกี่ยวกับผลเสียของการรับประทานยาลดความอ้วนมากเพียงใด ผู้หญิงปัจจุบันนี้ล้วนแต่มีความต้องการทำตามค่านิยมของสังคมที่เชื่อว่าผอมแล้วจะสวย มีหน้ามีตาในสังคม มีแต่คนชื่นชอบ จึงตามกระแสสังคมด้วยการรับประทานยาลดความอ้วนเพื่อความผอมอย่างเร่งรัดโดยไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ที่ตามมา เป็นโอกาสให้กับผู้กระทำผิดจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้ชื่อ อ้างสรรพคุณ หรือโฆษณาว่าลดความอ้วนที่ผสมสารไซบูทรามีน และมักใช้สื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก เป็นช่องทางในการโฆษณาเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางมากในปัจจุบัน [8]

เนื่องจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่อสังคมอินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้บริโภคเป็นอย่างมาก จึงสมควรศึกษา เรื่อง

สถานการณ์โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตและแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค เพื่อศึกษาความเสี่ยงของผู้บริโภคที่ได้รับจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อผู้บริโภคที่จะได้รับจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก

2. เพื่อศึกษาแนวทางจัดการความเสี่ยงจากปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ รายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัย ตามการแบ่งการศึกษา คือ

1 การศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัย ในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก

1.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) เก็บข้อมูลในเชิงปริมาณโดยการเก็บข้อมูลการโฆษณาทุกเพจโฆษณาตามคำค้น “อาหารเสริมลดน้ำหนัก (ตามด้วยชื่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกประกาศว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี 2560 และ 2561)” จำนวน 12 ชนิด และผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีข่าวการผสมสารอันตราย รวมทั้งสิ้น 22 ชนิด

1.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ โฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อสังคม ประเภทเฟซบุ๊ก ทุกเพจโฆษณาตามคำค้น “อาหารเสริมลดน้ำหนัก (ตามด้วยชื่อยี่ห้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ถูกประกาศว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี 2560 และ 2561)” จำนวน 22 ชนิด ดำเนินการสืบค้นและเก็บข้อมูลโพสต์ข้อมูลล่าสุดที่มีการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารนั้น เดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2561 และข่าวผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีข่าวการผสมสารอันตราย จำนวน 13 ข่าว รวม 178 เพจ

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1). แบบบันทึกภัยจากโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตรายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งแบบปลายปิด (Closed-ended Question) และปลายเปิด (Open-ended Question) ได้แก่ ภัยด้านที่ 1 จากผลิตภัณฑ์สุขภาพ (โดยตรง) มี 2 มิติ คือ คุณภาพของผลิตภัณฑ์ และความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ ภัยด้านที่ 2 จากพฤติกรรม มี 1 มิติ คือ พฤติกรรมผู้บริโภค ภัยด้านที่ 3 จากสถานประกอบการ คือ มาตรฐานสถานประกอบการ ภัยด้านที่ 4 จากการโฆษณา คือ การโฆษณา

2) แบบประเมินภัยจากโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพอันตรายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก เพื่อหาคะแนนระดับความเสี่ยงจากเพจทุกเพจที่มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอันตรายหรืออาหารที่ได้รับการประกาศว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธ์ จำนวน 178 เพจ รวม 22 ผลิตภัณฑ์ ที่มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน ประกอบด้วยการประเมินจากโอกาสที่จะเกิดภัย (Likelihood) สูงสุด 5 คะแนน และผลกระทบของภัย (Impact) สูงสุด 5 คะแนน

1.4 การดำเนินการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลการโฆษณาทุกเพจโฆษณาในสื่อสังคมเฟซบุ๊กตามคำค้น “อาหารเสริมลดน้ำหนัก ตามด้วยชื่อผลิตภัณฑ์” 22 ผลิตภัณฑ์ จำนวน 178 เพจ ภายในช่วงระยะเวลา 20.00-00.00 เดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2561

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เชิงพรรณนาในรูปความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักอันตรายในสื่อสังคมประเภทเฟซบุ๊ก ในประเด็นการวิเคราะห์ภัย 4 ภัย 5 มิติและวิเคราะห์ระยะเวลาในการโพสต์โฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผสมสารอันตรายจำนวน 22 ผลิตภัณฑ์ ในประเด็นเวลาล่าสุดของการโพสต์จำหน่าย ได้แก่ ยังพบการโฆษณาจำหน่ายหลังออกประกาศฯ, พบการโฆษณาจำหน่ายก่อนออกประกาศ 1 เดือน, พบการโฆษณาจำหน่ายก่อนออกประกาศมากกว่า 1 เดือน

2.การศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอันตรายในสื่ออินเตอร์เน็ต

2.1 รูปแบบการวิจัย ส่วนนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (ศรป.) จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักกฎหมาย จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญจากมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จำนวน 2 คน เก็บข้อมูลจากการเข้าร่วมสังเกตการณ์ประชุมคณะทำงานแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในสื่อออนไลน์ จัดการประชุมโดย สพธอ. จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ การประชุม ณ ห้องประชุม สพธอ.จำนวน 2 ครั้ง และ อย.จำนวน 1 ครั้ง

2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินคดีแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ การเลือกผู้ให้ข้อมูล การวิจัยเชิงคุณภาพต้องเลือกผู้ที่มีความรู้หรือข้อมูลมากในประเด็นที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงขอให้อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยช่วยแนะนำและหาข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละจังหวัดว่า ผู้เชี่ยวชาญท่านใดที่เหมาะสมต่อการให้ข้อเสนอแนวทางในการวิจัย

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง และมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด แนวคำถาม มีดังนี้ การตรวจจับภัย (risk detection), การประเมินภัย (risk assessment), การควบคุมและลดขนาดภัย (risk control and minimization), การทบทวนและประเมินผล (review and evaluation)

2.4 การดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2561

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยทางสื่ออินเตอร์เน็ตประเภท เฟซบุ๊ก

1.1 ศึกษาสถานการณ์การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนักอันตรายในสื่ออินเตอร์เน็ตประเภทเฟซบุ๊ก ในประเด็นการวิเคราะห์ภัย 4 ภัย 5 มิติ ภัยที่เกิดจากการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัย 22 ผลิตภัณฑ์ 4 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านผลิตภัณฑ์ ได้แก่ ผสมสารอันตราย ถูกประกาศว่าเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ ผู้บริโภคร้องเรียนเนื่องจากเกิดความเสียหายบางรายจนถึงขั้นเสียชีวิต การปลอมหรือสวมเลขสารบบอาหาร การใช้ฉลากปลอม 2)ด้านสถานประกอบการ ผู้ผลิตหรือผู้จำหน่าย ได้แก่ ไม่พบสถานที่ผลิตจำหน่าย นำเข้าตามที่ระบุในฉลาก มีการจำหน่ายโดยสร้างระบบตัวแทนและจ่ายค่าคอมมิชชั่น มูลค่าการจำหน่ายสูง ผู้จำหน่ายใช้ความน่าเชื่อถือจากอาชีพของตนเอง 3) ด้านพฤติกรรมผู้บริโภค ได้แก่ ผู้บริโภคต้องการลดน้ำหนัก ตามความเชื่อ ค่านิยม 4)ด้านการโฆษณา ได้แก่ อวดอ้างเกินจริง สั่งซื้อทางอินเตอร์เน็ต เฟซบุ๊ก

1.2 ศึกษาความระยะเวลาในการโพสต์โฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผสมสารอันตราย 22 ผลิตภัณฑ์ จำนวน 178 เพจ นับจากวันที่ได้รับการประกาศเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผลการศึกษาพบว่าเพจโฆษณา 178 เพจ ยังคงพบการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์อันตรายภายหลังจากมีการประกาศเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์จาก อย. มากถึงร้อยละ 14.05 พบเพจที่มีการจำหน่ายก่อนประกาศฯ รวมร้อยละ 72.47 โดยแยกเป็น พบการโพสต์โฆษณาจำหน่ายก่อนออกประกาศฯ อย. 1 เดือน ร้อยละ 33.70 พบการโพสต์โฆษณาจำหน่ายก่อนออกประกาศฯ อย. มากกว่า 1 เดือน ร้อยละ 21.35 ไม่ปิดเพจ แต่ลบโพสต์จำหน่ายผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายแล้วจำหน่ายผลิตภัณฑ์อื่น ร้อยละ 17.42 และพบเพจที่ไม่มีการโฆษณาจำหน่ายผลิตภัณฑ์อันตราย(ปิดเพจ) เพียงร้อยละ 13.48 โดยพบข้อสังเกต คือ พบเพจที่แสดงโพสต์แถลงการณ์ขออภัยผู้บริโภค จำนวน 10 เพจ คิดเป็นร้อยละ 5.62 และพบเพจที่แสดงการไม่ยอมรับประกาศฯ อย. ยืนยันว่าผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายมีคุณภาพ จำนวน 7 เพจ คิดเป็นร้อยละ 3.93 รายละเอียดตามตามราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการศึกษาระยะเวลาในการโพสต์โฆษณา

จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผสมสารอันตราย

การโฆษณา	จำนวน	ร้อยละ
ยังพบการโพสต์โฆษณาจำหน่ายหลังจากออกประกาศฯ อย.	25	14.05
พบการโพสต์โฆษณาจำหน่ายก่อนออกประกาศฯ อย. 1 เดือน	60	33.70
พบการโพสต์โฆษณาจำหน่ายก่อนออกประกาศฯ อย. มากกว่า 1 เดือน	38	21.35
ปิดเพจ	24	13.48
ไม่ปิดเพจ แต่ลบโพสต์จำหน่ายผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายแล้วจำหน่ายผลิตภัณฑ์อื่น	31	17.42
รวม	178	100

ข้อสังเกต : - พบเพจที่แสดงโพสต์แถลงการณ์ขออภัยผู้บริโภค จำนวน 10 เพจ คิดเป็น ร้อยละ 5.62

- พบเพจที่แสดงการไม่ยอมรับประกาศฯ อย. ยืนยันว่าผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายมีคุณภาพ จำนวน 7 เพจ คิดเป็นร้อยละ 3.93

2. แนวทางจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ปลอดภัยทางสื่ออินเตอร์เน็ต ประเภท เฟซบุ๊ก จากการศึกษาข้อมูลและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ สรุปผลการศึกษาดังนี้

2.1. การตรวจจับภัย (risk detection) โดยช่องทางรับเรื่องร้องเรียน จากหนังสือราชการผู้บริโภคมาด้วยตนเอง หรือเว็ปไซต์หน่วยงาน องค์กร จัดทำสายด่วน ร้องเรียนผ่าน application ร้องเรียนผ่านข่าว นักข่าว หรือ เพจ social media ที่มีชื่อเสียงต่างๆที่มีคนเข้าไปร้องเรียน และผู้รับผิดชอบในหน่วยงานจะเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลการร้องเรียนเบื้องต้น เพื่อรวบรวมข้อมูลใช้ในการดำเนินการต่อไป

2.2. การประเมินภัย (risk assessment) พบว่า ผู้บริโภคเชื่อว่าเครื่องหมาย อย. เป็นเครื่องหมายที่มีความน่าเชื่อถือ การใช้พรีเซนเตอร์ที่มีชื่อเสียงทำให้ผลิตภัณฑ์มีความน่าเชื่อถือมาก ค่านิยมความสวยต้องผอม การชักจูงให้จำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเฟซบุ๊กทำได้ง่ายมีมูลค่าสูง การอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารทำได้ง่ายด้วยระบบ e-submission อย. ไม่เปิดเผยข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์ ขาดการบูรณาการด้านบังคับใช้กฎหมายกับผู้กระทำผิดโฆษณาในสื่อออนไลน์ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจัง การลงโทษไม่เหมาะสมกับผลเสียที่รุนแรง ผลิตภัณฑ์ที่มีปัญหาไม่ถูกประกาศผลวิเคราะห์ว่าเป็นผลิตภัณฑ์อันตรายและผิดกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคอย่างทันสถานการณ์ ผู้ประกอบการเจ้าของสื่อสังคมเฟซบุ๊ก ไม่ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ และยังไม่มีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายของผู้บริโภค

2.3. การควบคุมและลดขนาดภัย (risk control and minimization) ให้ความรู้ผู้บริโภควิธีการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ไม่หลงเชื่อตามดารา หรือผู้มีชื่อเสียง ดำเนินการตามกฎหมายกับผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะดารา และ เผยแพร่การดำเนินคดี มีการสื่อสารสู่สังคมอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง การติดตามตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด การบังคับใช้กฎหมายผู้กระทำผิดด้วยมาตรการที่รุนแรงและจริงจังโดยการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านกฎหมาย มีการเปิดเผยคลังข้อมูลเพื่อเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้บริโภค และประกาศผลวิเคราะห์ที่เป็นอันตรายตามกฎหมายอย่างทันท่วงที

2.4 การสื่อสารความเสี่ยง อย่างเป็นทางการ โดยการจัดทำประกาศตามกฎหมาย แจ้งข่าวผ่านเว็ปไซต์หน่วยงานหรือองค์กร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดทำจดหมายข่าว วารสาร การแถลงข่าว กรณีประเด็นสำคัญ การแจ้งข่าวผ่านอีเมลที่เป็นราชการ เว็บไซต์ แจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Consumer alert) เว็ปไซต์มูลนิธิ www.consumerthai.org อย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพจเฟซบุ๊กแจ้งข่าว จัดตั้ง Group line application นักข่าว ประสานความร่วมมือกับเพจดังต่างๆ

สรุปและอภิปรายผล

1. พบการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผสมสารอันตรายและได้รับการประกาศเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว แต่ยังพบการโฆษณาจำหน่ายในอินเตอร์เน็ตเพจเฟซบุ๊กอยู่ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภัยความเสี่ยงที่ผู้บริโภคจะได้รับหากมีการสั่งซื้อเพื่อบริโภค แสดงให้เห็นถึงการสื่อสารความเสี่ยงที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ แต่จากกรณีศึกษาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยี่ห้อหนึ่งที่มีการจัดทำข่าวโด่งดัง ถึงอันตรายและผลเสียที่ผู้บริโภคจะได้รับ ซึ่งถือว่าเป็นความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในสื่อออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนทำให้สามารถ

จัดการกับเจ้าของผลิตภัณฑ์และผู้เกี่ยวข้องได้อย่างรวดเร็ว เกิดกรณีผู้บริโภคสามารถเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของณพล ผลากรกุล[8] ควรมีการผลักดันจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการโฆษณา และการโฆษณาบนสื่อออนไลน์ในการเผยแพร่แนวทางในการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบนเว็บไซต์สื่อสังคมเฟซบุ๊ก เพื่อเป็นองค์ความรู้ให้แก่ผู้บริโภคในการป้องกันการถูกหลอก และเอาเปรียบจากโฆษณาบนสื่อสังคมออนไลน

2. ผลิตภัณฑ์ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ หรือศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจพบว่ามีปัญหา พบการลักลอบใส่ตัวยาที่เป็นอันตราย ไม่ถูกประกาศผลวิเคราะห์ว่าเป็นผลิตภัณฑ์อันตรายและผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นการเสียโอกาสที่จะคุ้มครองผู้บริโภคอย่างทันสถานการณ์ ดังนั้น หน่วยงานที่ตรวจวิเคราะห์ และ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรประสานความร่วมมือกันเพื่อจัดทำประกาศผลพิสูจน์อาหารอย่างรวดเร็ว ทันเวลา

3. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (MDES) ควรใช้มาตรการทางกฎหมายบังคับผู้ประกอบการสื่อเฟซบุ๊กอย่างจริงจัง โดยการพิจารณาใช้มาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2551 ให้ผู้ประกอบการเฟซบุ๊กผู้เป็นเจ้าของพื้นที่โฆษณา จะต้องมีส่วนรับผิดชอบในการดูแล ควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์ที่นำมาจำหน่ายในพื้นที่ตนเองให้ถูกต้องตามกฎหมาย

4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต้องมีระบบการตรวจสอบผู้ผลิตและสถานที่ผลิตอย่างเข้มงวดก่อนให้การอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารด้วยระบบ e-submission เพื่อป้องกันการลักลอบใส่สารอันตราย และการใช้ฉลากปลอม

5. กรมสรรพากรควรเข้ามาตรวจสอบการชำระภาษีการจำหน่ายสินค้าออนไลน์ และหากพบความผิดต้องดำเนินคดีตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเต็มที่

6. ควรมีการให้ความรู้ผู้บริโภควิธีการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ไม่หลงเชื่อตามดารา หรือผู้มีชื่อเสียง และ ต้องมีการดำเนินการตามกฎหมายกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด

7. หน่วยงานที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังบังคับใช้กฎหมายอย่างเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของการสูญเสีย ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ปก.บคบ. บท.ปอท.), กรมสรรพากร กระทรวงพาณิชย์, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และหน่วยงานที่สนับสนุนการดำเนินคดี ได้แก่ สพธอ., มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นต้น

8. หน่วยงานหลักในการบังคับใช้กฎหมาย เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควรมีบุคคลากรในการดำเนินงานตรวจสอบและดำเนินคดีจำนวนมากเพียงพอต่อการควบคุม กำกับอย่างเข้มงวด

9. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาต้องทำการเปิดเผยข้อมูลการขออนุญาตโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ยื่นขออนุญาตต่อสาธารณะได้ เป็นประโยชน์ในการตรวจสอบโดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้บริโภค

10. บุคคลในครอบครัวต้องใส่ใจ สังเกต พูดคุย สอบถามกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวได้อย่างทันท่วงที ไม่ส่งผลเสียบานปลายไปจนถึงการสูญเสียต่อชีวิต

11. สนับสนุนให้ผู้บริโภค ผู้เสียหาย ทำการฟ้องคดีผู้บริโภค รวมทั้งการฟ้องแบบกลุ่มเพื่อเรียกค่าเสียหานจากผู้ประกอบการที่ได้รับประโยชน์จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผู้ประกอบการเกรงต่อผลกระทบที่จะต้องเยียวยา และ ลดความกล้าที่จะฝ่าฝืนกฎหมาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสร้างค่านิยมต่อผู้บริโภค เรื่องการรณรงค์ใส่ใจครอบครัว ลดละเลิกสังคมก้มหน้า ให้มีการพูดคุย สังเกต ใส่ใจบุคคลในครอบครัวมากยิ่งขึ้น เมื่อพบสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นครอบครัวควรมีการพูดคุยเพื่อค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

2. การดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดควรยึดหลักของความเสียหายของผู้บริโภคเป็นสำคัญ เมื่อผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพบสารอันตรายต่อผู้บริโภค ไม่ควรมีการดำเนินคดีด้วยกฎหมายเฉพาะผลิตภัณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเท่านั้น ควรมีการบูรณาการกฎหมายอาญาโดยรวบรวมหลักฐานส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือการประสานกองบังคับการปราบปรามการ

กระทำความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (บก.ปอท.)เพื่อดำเนินคดี กฎหมายการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ รวบรวมหลักฐานกรณีไม่ได้รับการจัดเก็บภาษี ส่งให้กรมสรรพากร กระทรวงการคลัง พิจารณาการกระทำผิดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และประสานกับกรมสอบสวนคดีพิเศษ (DSI) กระทรวงยุติธรรม กรณีที่การกระทำนั้นมีผลกระทบร้ายแรงต่อเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคงและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ จากผลดำเนินคดีร่วมกันที่ผ่านมาพบว่า สามารถนำผู้กระทำผิดรายใหญ่มารับโทษได้ สามารถแก้ไขปัญหาได้จริง ดังนั้น ควรมีมาตรการดำเนินงานร่วมกันจากหน่วยงานดังกล่าวต่อผู้กระทำผิดอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

3. เนื่องจากยังพบการโฆษณาเพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผสมสารอันตรายและได้รับการประกาศเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างชัดเจนแล้ว ควรมีการสื่อสารความเสี่ยงยี่ห้อผลิตภัณฑ์อันตรายอย่างทั่วถึงผู้จำหน่ายและผู้ผลิตอย่างทันเหตุการณ์ และหากยังพบการกระทำผิดจะต้องมีการดำเนินคดีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยกฎหมายที่มีความรุนแรงเหมาะสมและครบถ้วน รวมถึงดารา หรือพรีเซนเตอร์ผู้โฆษณาอีกด้วย

4. เมื่อเกิดความเสียหายกับผู้บริโภค ควรได้รับการเยียวยาอย่างเหมาะสมในทุกกรณี การดำเนินคดีต้องรัดกุมมีผลการตรวจวิเคราะห์พิสูจน์สารอันตรายในร่างกายผู้เสียหายชัดเจน เพื่อทำการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายแบบกลุ่ม

5. ควรมีการประสานความร่วมมือกับด่านศุลกากรในการตรวจเคมีภัณฑ์ต้องสงสัย ในการนำเข้าสินค้า ยา อาหาร ทั้งในคนและสัตว์ ซึ่งควรมีการพัฒนาชุดทดสอบเบื้องต้นตรวจสอบหาสารไซบูทรามีนซึ่งเป็นยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในประเทศไทย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ด่านอาหารและยาได้ดำเนินการตรวจสอบ คัดกรอง ป้องกันการลักลอบนำเข้าสารอันตรายดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บสืบค้นรวบรวมข้อมูลของผู้กระทำผิดให้ครบถ้วน และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดได้

2. ควรมีการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลด้านการนำเสนอสื่อต่างๆ เพื่อให้ข้อคิดเห็นในการสื่อสารความเสี่ยงไปสู่สาธารณะให้มีความตรงประเด็น ชัดเจน รวดเร็วทันเหตุการณ์มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เภสัชกรหญิงพรพรรณ สุนทรธรรม ที่ปรึกษาการทำงานวิจัย ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการให้แนวคิดและปรับปรุงงานวิจัยให้มีคุณค่าและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย เข้าร่วมทำกิจกรรมในการวิจัยโดยครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

1. สพธอ. **รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2557**. 2557.
2. นุชจรินทร์ ชอบดำรงธรรม. **อิทธิพลของสื่อโฆษณาในเครือข่ายสังคมออนไลน์ที่มีผลต่อกระบวนการตอบสนองของผู้บริโภค.** 2553
3. พจนา สัจจาศิลป์. **การโฆษณากับสังคม.** ปทุมธานี: สานักพิมพ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.2554.
4. สุรชัย ศรีฌรงค์. พฤติกรรมการซื้อสินค้าและบริการผ่านอนิ เตอร์เน็ตของนักศึกษาระดับปริญญาตรีคณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอ เกล้าพระนครเหนือ. **เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรมระดับชาติ ครั้งที่ 9** คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอม เกล้าพระนครเหนือ. 2559
5. นันทพงศ์ เถื่อนยืนยงค์. (2553). พฤติกรรมการเปิดรับสื่อที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้บริโภคในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. รายงานการค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2553
6. อรลักษณา แพรัตกุล. (2553). ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: ประโยชน์ ความเสี่ยง ความเชื่อ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(3). 332-336.2553
7. อภัย ราษฎรวิจิตร. ไซบูทรามีน (Sibutramine). หาหมอดอทคอม. แหล่งที่มา: http://haamor.com/th ค้นเมื่อ 10 มิถุนายน, 2561
8. ณพล ผลากรกุล. (2559). ผลกระทบจากโฆษณาบนเฟซบุ๊ก และแนวทางการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาบนเฟซบุ๊ก. วารสารการสื่อสารและการจัดการ นิด้า , 2(1). 18-42 . 2559

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี

Development of changing people behavior model in in prevention of liver fluke disease Ubonratchathani Province

ประทีป บุญธรรม[1],วัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์[2]

Prateep Boontham[1] ,Wacharin Graysawat[2]

(Received: January 14,2019 ; Accepted: December 2,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จำนวน 370 คน และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จำนวน 370 คน จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า

ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ดีกว่าก่อนการจัดรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อขยายผลพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่าง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วน ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ดีกว่าก่อนการจัดรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม , โรคพยาธิใบไม้ตับ

Abstract

This research was research and develop aimed to studied development of changing people behavior model in in prevention of liver fluke disease Ubon ratchathani province. Sample size were citizen aged 15 years and over that is domiciled and resides in Kaeng Nuea sub - district Khemmarat district 370 people and Nong Than Nam sub - district Kut Khaopun district 370 people. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by content analysis frequency percentage mean standard deviation and paired t – test.

The study indicated that Knowledge of disease , recognition risk and violence , confidence in one's own ability and behavior in the prevention of liver fluke disease after changing people behavior model better than before formatting had statistical significance at the level of .05. And when the result is enlarged found recognition risk and violence , confidence in one's own ability and behavior in the prevention of liver fluke disease between people of Kaeng Nuea sub - district Khemmarat district and Nong Than Nam sub - district Kut Khaopun district no difference. As Knowledge of liver fluke disease had statistical significance at the level of .05 and Knowledge of disease , recognition risk and violence , confidence in one's own ability and behavior in the prevention of liver fluke disease after changing people behavior model better than before formatting had statistical significance at the level of .05.

Keyword : changing behavior , liver fluke disease

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี , [2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

การติดเชื้อพยาธิใบในตับ *(Opisthorchis viverrini)* เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับและจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นเชื้อก่อโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับจะเหนี่ยวนำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความเสียหายแก่ดีเอ็นเอของเนื้อเยื่อมะเร็งท่อน้ำดีที่ติดเชื้อจากนั้นจึงกลายเป็นมะเร็ง มะเร็งชนิดนี้พบได้ไม่มากในโลก แต่มีความชุกของการเกิดโรคสูงในประเทศไทย ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก [(1)] จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิในประเทศไทยปี 2539, 2552 และ2557 พบอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมของประเทศเฉลี่ยร้อยละ 11.8 ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับ ในปี 2552 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 16.6 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 10.0 ภาคกลาง ร้อยละ 1.3 และภาคใต้ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ เพศชายมีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 12.1 สูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาเป็นกลุ่มอายุ พบว่า มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทุกกลุ่มอายุ โดยพบสูงที่สุดในกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 10.5 รองลงมาเป็น 40-49 ปี ร้อยละ 9.8, 60 ปีขึ้นไป, 30-39 ปี และ 30-29ปี ร้อยละ 8.4, 8.3 และ 7.9 ตามลำดับ [(6)] จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ปีพ.ศ. 2552 พบว่า ประชาชนมีการรับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมาเป็นปลาร้าดิบ ร้อยละ 15.2 และเมนูอาหารที่รับประทานเป็นบางครั้งมากที่สุด คือส้มตำใส่ปลาร้าดิบ ร้อยละ 49.7 รองลงมาปลาร้าจ่อมร้อยละ 43.6 และปลาส้มดิบ ร้อยละ 35.7 มีพฤติกรรมสี่ยงต่อการแพร่โรคในชุมชน ได้แก่ มีการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเป็นประจำเมื่อออกไปทำงานในสวน ไร่ ทุ่งนา และกรีดยาง เพียงร้อยละ 44.4 [(6)] นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีแม่น้ำที่เป็นแหล่งพบพยาธิ *Opisthorchis viverrini* ได้แก่ แม่น้ำวัง แม่น้ำมูล แม่น้ำชี แม่น้ำสงคราม และแม่น้ำงึม สำหรับจังหวัดอุบลราชธานีแม่น้ำมูลและแม่น้ำชีไหลผ่านในหลายพื้นที่ และในด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลยังไม่ถูกต้องเหมาะสมทำให้เกิดการปนเปื้อนพยาธิในสิ่งแวดล้อม

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่เสี่ยงสูงและได้มีการดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา ผลการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจังหวัดอุบลราชธานี ปีพ.ศ. 2559 พบว่า อัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับร้อยละ 13.01 เมื่อพิจารณาเป็นรายพื้นที่ พบว่า พื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตำบลสำโรง (อำเภอโพธิ์ไทร) ร้อยละ 21.0 รองลงมาเป็นตำบลสองคอน (อำเภอโพธิ์ไทร) ร้อยละ 18.1 และตำบลโพนแพง (อำเภอม่วงสามสิบ) ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ ซึ่งมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ 9 - 13 เท่า (เป้าหมายต่ำกว่าร้อยละ 1) และผลการคัดกรองมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีด้วยวิธีการตรวจอัลต้าซาวด์ พบว่ามีความผิดปกติของตับและถุงน้ำดีอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ นิ่ว ถุงน้ำในตับ เยื่อหุ้มท่อน้ำดีหนาผิดปกติ ก้อนในตับ และก้อนในท่อน้ำดีฯลฯ จำนวน 7,080, 7,782 และ 6,047 รายตามลำดับ ซึ่งโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของจังหวัดอุบลราชธานี อัตราตาย เท่ากับ 22.33 ต่อประชากรแสนคน และในด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานีมีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ได้มาตรฐานยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการนำสิ่งปฏิกูลไปใช้ประโยชน์ทางการเกษตรโดยไม่ผ่านการบำบัด และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการออกเทศบัญญัติและบังคับใช้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูลยังไม่ครอบคลุมทั้งจังหวัด ดำเนินการได้ ร้อยละ 53.36 และผู้ประกอบการธุรกิจรถดูดสิ่งปฏิกูลมีการจดทะเบียนถูกต้องเพียงร้อยละ 34.78 จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความเชื่อมโยงกันในหลายมิติทั้งด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ พยาธิสภาพ

ประชาชน เชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปนเปื้อนพยาธิในสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี โดยเลือกพื้นที่ตำบลสำโรง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดของจังหวัดอุบลราชธานี เป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการออกแบบโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพยาธิใบไม้ตับ และหาประสิทธิผลการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประชากรที่ศึกษาคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลสำโรง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน (ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2560) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาในขั้นตอนนี้เป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบล สำโรงอำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี การหาขนาดตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie& Morgan ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 372 คน การสุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) จนครบจำนวนตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนการศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับตัวแปรต่าง ๆ ที่ได้จากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ให้เลือกตอบ ถูกหรือผิด ถ้าตอบได้ถูกต้องให้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดคะแนนเท่ากับ 0 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ 10 คะแนน โดยมีการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ใช้การแบ่งแบบอันตรภาคชั้น ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1997) ดังนี้ ระดับความรู้สูง 9 ขึ้นไป ปานกลาง 7 – 8 คะแนน ต่ำ $\leq$ 6 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน เป็นคำถามด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือเห็นด้วย ไม่แน่ใน และไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความคิดเห็น	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับทัศนคติแบ่งเป็น 3 ระดับ (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best) กำหนดช่วงการวัดดังนี้ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ 10 คะแนน เป็นคำถามด้านบวกและด้านลบ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พฤติกรรม	ทางบวก	ทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระดับ (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best) กำหนดช่วงการวัดดังนี้ ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าดัชนีความสอดคล้องในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์ของ Index of item Objective Conclusion (IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตามวิธีการ Cronbach's alpha Coefficient โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (- Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0. 78

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ 4 เดือน (เมษายน - กรกฎาคม 2560) การสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานีประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ทำการศึกษา ได้แก่ ประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในตำบลสำโรง อำเภอโพธิ์ไทร กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ที่มีความสมัครใจ จำนวน 48 คน ประกอบด้วย ประชาชน หมู่บ้านละ 2 คน รวม 22 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นประเด็นคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประชาชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาดำเนินการ 9 เดือน (สิงหาคม 2560 - เมษายน 2561) การหาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาในขั้นตอนนี้เป็น ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบล สำโรง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี การหาขนาดตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการศึกษาคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Lemshow (1990) จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด จำนวน 22 คน เพื่อเป็นการป้องกันข้อผิดพลาดในการเก็บข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล และอาจมีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนทั้งหมด 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบล สำโรง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี 2) เป็นผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการตรวจหาพยาธิใบไม้ตับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นแบบเลือกตอบมี 2 ตัวเลือกถูกผิด จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ 10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับคะแนนของ Bloom โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้สูง 8-10 คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ปานกลาง 6-7 คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับความรู้ต่ำ คะแนน 0-5 ต่ำกว่า ร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคำถามแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) มีตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ทราบ ไม่แน่ใจ และไม่ทราบ โดยให้เลือกตอบ 1 ความคิดเห็นต่อ 1 ข้อความ ข้อความที่ใช้ประเมินมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การรับรู้	ทางบวก	ทางลบ
ทราบ	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ทราบ	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best) กำหนดช่วงการวัดดังนี้ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคำถามแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) มีตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ เชื่อมั่นที่สุด ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อมั่น โดยให้เลือกตอบ 1 ความคิดเห็นต่อ 1 ข้อความ ข้อความที่ใช้ประเมินมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความเชื่อมั่น	ทางบวก	ทางลบ
เชื่อมั่นมากที่สุด	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เชื่อมั่น	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับความเชื่อมั่นแบ่งเป็น 3 ระดับ (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best) กำหนดช่วงการวัดดังนี้ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นคำถามแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) มีตัวเลือก 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยให้เลือกตอบ 1 ความคิดเห็นต่อ 1 ข้อความ ข้อความที่ใช้ประเมินมีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

พฤติกรรม	ทางบวก	ทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การวัดระดับทัศนคติแบ่งเป็น 3 ระดับ (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best) กำหนดช่วงการวัดดังนี้ ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าดัชนีความสอดคล้องในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์ของ Index of item Objective Conclusion (IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปทดสอบกับประชาชนทั่วไป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตามวิธีการ Cronbach's alpha Coefficient โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (- Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี: กรณีศึกษา ตำบลสำโรง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากการสนทนากลุ่มประชาชน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่ม

อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดเป็นกระบวนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ระยะเวลาดำเนินการ 7 เดือน (พฤษภาคม - พฤศจิกายน 2561) การขยายผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ไปยังพื้นที่อื่น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในขั้นตอนนี้เป็น ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ จำนวน 370 คน และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จำนวน 370 คน จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี (เป็นเครื่องมือ เดียวกับขั้นตอนที่ 3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2559-017 และ SSJ.UB 2560-023

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.5 เป็นลำดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 10 รองจากจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 19.2 และจังหวัดมุกดาหาร ร้อยละ 12.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่ามีผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตำบลสำโรง อำเภอโพธิ์ไทร ร้อยละ 21.0 รองลงมาเป็น ตำบลสองคอน อำเภอโพธิ์ไทร ร้อยละ 18.1 และตำบลโพนแพง อำเภอม่วงสามสิบ ร้อยละ 15.0 ตามลำดับ [7] ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน : กรณีศึกษา ตำบลสำโรง อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำสูงมากถึงร้อยละ 98.4 ซึ่งส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด ร้อยละ 80.1 รองลงมาเป็นการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับในสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 79.6 และการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 77.7 นอกจากนี้ยังพบว่ามีทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำ ร้อยละ 59.9 และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.5 ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

ตอนที่ 2 ผลการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ซึ่งแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การอบรมให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ

กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการเข้าฐานกิจกรรม “หมู่เฮาชาวตำบลสำโรง ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ”

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

ระยะที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วยกิจกรรม
ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การลด ละ เลิก การรับประทานอาหารเมนูปลาน้ำจืดดิบ และการถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 การสาธิตวิธีการปรุง/ประกอบเมนูอาหารปลาน้ำจืดสุกอย่างถูกสุขอนามัย

กิจกรรมที่ 3 การให้สมาชิกในครอบครัวคอยกระตุ้นเตือนไม่ให้ผู้ปกครองปรุง/ประกอบอาหารเมนูปลาน้ำจืดดิบในครัวเรือน

กิจกรรมที่ 4 การติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 ผลการหาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการหาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุระหว่าง 51- 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 45.20 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 56.7 เคยตรวจอุจจาระเพื่อค้นหาพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 86.7 ผลการตรวจอุจจาระส่วนใหญ่ไม่พบพยาธิ ร้อยละ 46.2 ในกลุ่มตัวอย่างที่ตรวจพบพยาธิส่วนใหญ่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 34.6 รองลงมาเป็นพยาธิตัวตืด ร้อยละ 11.5 มีประวัติครอบครัวมีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.7 และได้รับการรักษาหายแล้ว

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินระดับความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

2.1 ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.0 ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 60.0

2.2 การรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ ร้อยละ 83.3 ภายหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับสูง ร้อยละ 90.0

2.3 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคในระดับต่ำ ร้อยละ 6.7 ภายหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคในระดับสูง ร้อยละ 76.7

2.4 พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.0 ภายหลังใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ส่วน

ใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับสูง ร้อยละ 66.7

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

ตอนที่ 4 การขยายผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ไปยังพื้นที่อื่น การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วน ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .001)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2559 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 9.5 สูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศถึง 8.5 เท่า สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 16.6 รองลงมาเป็นภาคเหนือ ร้อยละ 10.0 ภาคกลาง ร้อยละ 1.3 และภาคใต้ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ [7]

2. ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงความรู้ดังกล่าวเกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเช่น การอบรมให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ ในรูปแบบวีดีทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ สไลด์ตัวอย่างพยาธิใบไม้ตับ และพยาธิชนิดอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ฮามสมพันธ์ (2559)[2] ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

3. การรับรู้ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เกี่ยวกับการสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เช่น การบรรยายประกอบสไลด์ การชมวีดีทัศน์ และรูปภาพ ของโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและการดูไข่พยาธิจากสไลด์ตัวอย่างด้วยกล้องจุลทรรศน์ การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองที่ผ่านมาภายในกลุ่ม และการถ่ายทอดเรื่องเล่า ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดวงสงค์ และคณะ (2550)[4] ศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน กรณีศึกษาบ้านห้วยขี้หนู ตำบลทุ่งชมพู อำเภอภูเวียงจังหวัดขอนแก่น โดยการประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) เกิดจากกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในด้านการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ได้แก่ การบรรยายประกอบสไลด์ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันตนเอง การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคและการฝึกปฏิบัติการประกอบเมนูอาหารปลาน้ำจืดสุกอย่างถูกสุขอนามัย การประกวดบุคคลต้นแบบด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557)[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดจากกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ การลด ละ เลิก การรับประทานอาหารเมนูปลาน้ำจืดดิบ และการถ่ายอุจจาระลงส้วมทุกครั้ง การสาธิตวิธีการประกอบเมนูอาหารปลาน้ำจืดสุกอย่างถูกสุขอนามัย และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสาริณี สีทะโน (2559)[8] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการดำเนินงาน กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโดยรวมเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

6. การขยายผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี ไปยังพื้นที่อื่น พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น ร้อยละ 84.67 และ 91.6 ระดับการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับความเชื่อมั่นความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับมาก ทั้ง 2 ตำบล และระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับดี ทั้ง 2 ตำบล (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.72 + 0.20 และ 2.71 + 0.18 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามยุทธศาสตร์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ของแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง

ท่อน้ำดี (พ.ศ. 2559 - 2568) ที่มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งและขยายความครอบคลุมของมาตรการเชิงป้องกันทั้งในประเทศและภูมิภาคลุ่มน้ำโขง 2) เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และ 3) เพื่อให้มีหลักสูตรการเรียนรู้โรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตามกลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งขยายระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ กลยุทธ์ที่ 2 จัดให้มีกระบวนการเรียนรู้และปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีทั้งในระบบโรงเรียนและการศึกษานอกโรงเรียน และกลยุทธ์ที่ 3 เพิ่มการถ่ายทอดองค์ความรู้ใหม่ พัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก โดยการใช้สื่อที่หลากหลายในรูปแบบที่เหมาะสมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย [5] ส่งผลให้การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับระหว่าง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบลแก้งเหนือ อำเภอเขมราฐ และตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วน ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .001)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

1. ควรมีการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างถาวร ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างยั่งยืน และลดความชุก และอุบัติการณ์ของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับที่ส่งผลให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป อันจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งคุณภาพชีวิตของประชาชน

2. จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันในหลายมิติทั้งด้านพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบและการขับถ่ายตามสวน ไร่ นา วิถีการบริโภคพื้นถิ่นรวมทั้ง ที่ทำให้เกิดการปนเปื้อนพยาธิใบไม้ตับในสิ่งแวดล้อม ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน และหน่วยสาธารณสุข เป็นต้น ควรมีการวางแผนร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกันอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่กรณีตัวอย่างของจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตชนบท แต่ปัญหาของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทย พบอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือบางส่วน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อหารูปแบบในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม จำเพาะกับบริบทของพื้นที่ หรือศึกษารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชากรทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. **สถิติและอุบัติการณ์การเกิดโรค.2559 (ออนไลน์).** เข้าถึงวันที่ 15 มกราคม 2560: http://cca.in.th/th/index.php/about-cca/key-stiatistics

2.กาญจนา ฮามสมพันธ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**; 23(2): 9-22.2559

3.กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ . **การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน**

4.รุจิรา ดวงสงค์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อนาดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา),** 12(2).2555

5.สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ปรสิตหนอนพยาธิทางการแพทย์ ทฤษฎีและปฏิบัติการ.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.2559

6.สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. **รายการสำรวจความชุกของโรคหนอนพยาธิในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557.**2557

7.สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิและ โปรโตซัวของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552**. 2552

8.สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค.2551 (ออนไลน์).** เข้าถึงวันที่ 15 มกราคม 2560: http://www.boe.moph.go.th

9.สาริณี สีทะโน. **การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพนยานาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสุวรรณภูมิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สารคาม:มหาวิทยาลัยสารคาม. 2559.

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

Model of rabies prevention operation in the community Ta Kao sub- district Nam Khun district, Ubon Ratchathani province.

ประทีป บุญธรรม[1], อุดม พงษ์พิละ[2]

Prateep Boontham[1], Udom Pongpila[2]

(Received: December 4,2019; Accepted: December 9,2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR)มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการจัดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม , โรคพิษสุนัขบ้า

Abstract

This research was Participatory Action Research (PAR) aimed to studied model of rabies prevention operation in the community Ta Kao sub- district Nam Khun district, Ubonratchathani province. Sample size were stakeholder of rabies prevention operation in the community Ta Kao sub- district Nam Khun district, Ubon Ratchathani province. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by content analysis frequency percentage mean standard deviation and paired t – test.

The study indicated that after model of rabies prevention operation in the community Ta Kao sub- district Nam Khun district, Ubon Ratchathani province sample size had rabies prevention operation better than before rabies prevention operation statistical significance at the level of .05.

Keyword : participatory , rabies

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี , [2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในหลายประเทศ ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณปีละ 26,000-55,000 คน ผู้เสียชีวิต ร้อยละ 95 อยู่ในทวีปแอฟริกาและทวีปเอเชีย โรคพิษสุนัขบ้าจัดเป็นโรคติดเชื้อที่ร้ายแรง ผู้ที่ติดเชื้อหากแสดงอาการแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE) และองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาติ (FAO) ได้กำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศทั่วโลกกำจัดโรคนี้ให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2573 [1] ประเทศไทยพบผู้ป่วยและเสียชีวิตสูงสุดในปี พ.ศ. 2523 รวม 370 ราย หลังจากนั้นมีแนวโน้มลดลง อย่างต่อเนื่อง โดยพบผู้ป่วยน้อยกว่าปีละ 10 ราย แต่ในปีพ.ศ. 2561 พบว่ามีผู้ป่วยและเสียชีวิต ด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 17 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.03 ต่อแสนประชากร จากการรายงานของสำนักระบาดวิทยาในปีพ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยและเสียชีวิตมีประวัติการรับเชื้อจากสุนัขทุกราย สอดคล้องกับข้อมูลการตรวจพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ของกรมปศุสัตว์ในปี พ.ศ.2560 พบว่า พบมากที่สุดในสุนัข ร้อยละ 88.4 รองลงมาเป็นโค กระบือร้อยละ 5.2 แมว ร้อยละ 4.2 และอื่น ๆ ร้อยละ 2.2 โดยสุนัขที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่เป็นสุนัขจรจัด ร้อยละ 46 รองลงมาเป็นสุนัขมีเจ้าของ ร้อยละ36และไม่ทราบสถานะการมีเจ้าของ ร้อยละ 18 [2]

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ปี พ.ศ. 2561 ของสำนักควบคุมป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์ พบว่า มีตัวอย่างส่งตรวจทั้งหมด 9,275 ตัวอย่าง พบผลบวกทั้งหมด 1,469 ตัวอย่าง คิดเป็น 15.83 % ใน 54 จังหวัด ชนิดสัตว์ที่พบได้แก่ สุนัข 1,281 ตัว โค 117 ตัว แมว 51 ตัว กระบือ 15 ตัว แพะ 2 ตัว นอกจากนี้ ยังมีม้า กวาง และสุกร ชนิดละ 1 ตัว จากการสำรวจความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าปี 2560 โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค จากการสำรวจประชาชน 11,369 พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 59.38 ประชาชนมีความเข้าใจว่าสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าต้องมีอาการดุร้ายทุกตัว ร้อยละ 65.4 และคนที่มีอาการโรคพิษสุนัขบ้ารักษาให้หายได้ ร้อยละ 60

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะประเด็นด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และในปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีความนิยมการเลี้ยงสุนัขเพิ่มขึ้นเพื่อคลายความเหงา และเกิดปัญหาการทอดทิ้งสุนัขเมื่อไม่ต้องการเลี้ยงแล้วนำไปปล่อยตามวัด โรงเรียน ที่สาธารณะ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาสุนัขจรจัดเพิ่มมากขึ้นในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า

ในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลได้ดำเนินโครงการ “สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า” ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารีทรงห่วงใยปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ รวมถึงพระวิสัยทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลกหนึ่งเดียว มีประสงค์ให้โรคพิษสุนัขบ้าหมดไปจากประเทศไทย ปี 2563 โดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ฯ ร่วมกับกระทรวงอื่น ๆ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 8 แผน โดยมีเป้าหมายเพื่อกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไป ภายในพ.ศ. 2563 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ซึ่งผลการดำเนินงานโครงการจะบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่กำหนดได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินงานและประสานงานกันอย่างเข้มข้นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ตลอดจนความร่วมมือของประชาชนซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญยิ่ง

จังหวัดอุบลราชธานี ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 – 2559 ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตรายล่าสุด จำนวน 1 ราย ที่ตำบล ตาเกา อำเภอน้ำขุ่น ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงของโรคพิษสุนัขบ้า สอดคล้องกับรายงานผลการตรวจสุนัขของสำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัด โรคสัตว์ กรมปศุสัตว์ ปี พ.ศ. 2557 – 2560 พบผลบวกของเชื้อพิษสุนัขบ้า จำนวน 15, 16, 37 และ 43 ตัวอย่าง ตามลำดับ [2]

ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2560 สูงขึ้นเป็น 2.68 เท่าจากปี พ.ศ. 2557 โดยสุนัขที่ตรวจพบผลบวกของเชื้อพิษสุนัขบ้า กระจายในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 อำเภอ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 72 จากทั้งหมด 25อำเภอ โดยอำเภอที่พบสัตว์ตรวจพบเชื้อพิษสุนัขบ้ามากที่สุดได้แก่ อำเภอวารินชำราบ จำนวน 5 ตัว รองลงมาคือ อำเภอสิรินธร จำนวน 4 ตัว อำเภอเมือง จำนวน 3 ตัว อำเภอน้ำยืน จำนวน 2 ตัว และอำเภอน้ำขุ่น จำนวน 1 ตัว (รายงานผลบวกโรคพิษสุนัขบ้าปี 2561, ฐานข้อมูล thairabies.net) การกระจายของเชื้อพบในทั้งพื้นที่เขตเมือง และอำเภอชายแดนไทย – ลาว และไทย – กัมพูชา แม้ว่าโรคนี้จะสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนแต่ก็ยังพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้มีประสิทธิภาพ และไม่พบอุบัติการณ์ของผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อีกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research, PAR) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) และใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control: AIC) การดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ใช้ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย จำนวน 11 เดือน ระหว่างเดือนมกราคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาระบบเฝ้าระวังและการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (Action) 3) การสังเกตผลที่เกิดจากการปฏิบัติ (Observation) 4) การสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้ใหญ่บ้าน, อาสาสมัครปศุสัตว์, เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอน้ำขุ่น, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาเกา, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่น และจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 46 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 15 คน กำนันตำบลตาเกา จำนวน 1 คน อาสาสมัครปศุสัตว์ จำนวน 7 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน เจ้าหน้าที่ปศุสัตว์อำเภอน้ำขุ่น จำนวน 1 คน สัตวแพทย์อำเภอน้ำขุ่น จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาเกา จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำขุ่น จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกและแบบสังเกตการปฏิบัติงานตามแผน/กิจกรรม ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรค

พิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การปฏิบัติงาน การเข้าร่วมกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ความรับผิดชอบต่อหน้าที่ประสานงาน การทำงานเป็นทีม การติดตามและการประเมินผล

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และสัตว์เลี้ยงในบ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ให้เลือกตอบถูกหรือผิด ถ้าตอบได้ถูกต้องให้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดคะแนนเท่ากับ 0 มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ 13 คะแนน โดยมีการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ใช้การแบ่งแบบอันตรภาคชั้น ตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1997) ดังนี้

ระดับความรู้	คะแนน	ร้อยละ
สูง	10-13	80 ขึ้นไป
ปานกลาง	8-9	60-79
ต่ำ	0-7	ต่ำกว่า 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ มีส่วนร่วมมาก เท่ากับ 3 คะแนน, มีส่วนร่วมปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และมีส่วนร่วมน้อย เท่ากับ 1 คะแนน ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม	คะแนน
มาก	3
ปานกลาง	2
น้อย	1

เกณฑ์การวัดระดับการมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 3 ระดับ (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997) กำหนดช่วงการวัดดังนี้

	คะแนนเฉลี่ย
มีส่วนร่วมมาก	2.36 – 3.00
มีส่วนร่วมปานกลาง	1.68 – 2.35
มีส่วนร่วมน้อย	1.00 – 1.67

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าดัชนีความสอดคล้องในแต่ละข้อคำถามของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของ Index of item Objective Conclusion (IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.70 หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามตามวิธีการ Cronbach's alpha Coefficient โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) และได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0. 75

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ ระยะเวลาดำเนินการ (มกราคม 2562) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลพื้นฐานการดำเนินงาน สถานการณ์ และสภาพปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประสานงานกับหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ระยะเวลาดำเนินการ (กุมภาพันธ์ 2562) 1) ศึกษารูปแบบการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมด้วยวิธี เทคนิคแบบ (Appreciation Influence Control: AIC) เพื่อวิเคราะห์ สภาพปัญหา อุปสรรค กำหนดกรอบแนวทางและแผนปฏิบัติการในการพัฒนาการเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

2. ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลาดำเนินการ (มีนาคม – สิงหาคม 2562) เป็นการปฏิบัติตาม แผนงานและกิจกรรมที่กำหนดไว้ในขั้นการวางแผน (Planning)

3. ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ระยะเวลา (กันยายน - ตุลาคม 2562) เป็นการสังเกตการปฏิบัติหน้าที่ตามแผนทุกขั้นตอน โดยการนิเทศติดตามการประเมินผลการดำเนินงาน การสังเกต และการสัมภาษณ์

4. ขั้นการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (Reflection) ระยะเวลาดำเนินการ (พฤศจิกายน 2562) เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากขั้นการสังเกตการณ์ ได้แก่ การสรุปผลการดำเนินงาน อภิปรายผลเพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยสถิติ Paired t-test เกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้เห็นประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองที่ SSJ.UB 2561-068

ผลการวิจัย

1. บริบทของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอ น้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลตาเกา แบ่งเขตการปกครองเป็น 15 หมู่บ้าน 1,069 หลังคาเรือน ประชากร ทั้งหมด 4,693 คน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัด อุบลราชธานี ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ได้แก่ 1) หน่วยงานสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 แห่ง มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค และให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าในคน 2) หน่วยงานปศุสัตว์ จำนวน 1 แห่ง คือปศุสัตว์อำเภอ มีบทบาทหน้าที่ในการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัข ทำหมันสุนัขและแมว และส่งตรวจหัวสุนัขทางห้องปฏิบัติการ 3) หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลตาเกา มีบทบาทหน้าที่ในการสำรวจประชากรสุนัขและแมว การขึ้นทะเบียน และจัดหาวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และ4) ภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ทั้งหมด จำนวน 15 หมู่บ้าน อาสาสมัครปศุสัตว์หมู่บ้าน (อสป.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บทบาทหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์สื่อสารกับประชาชนในหมู่บ้าน และช่วยดำเนินงานตามกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัด อุบลราชธานี ยังไม่มีการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ กล่าวคือดำเนินการเฉพาะในส่วนที่เป็นบทบาทของหน่วยงานตนเองเท่านั้น ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลหรือวางแนวทางในการดำเนินการร่วมกันเป็นเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม

2. กระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน การดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การวางแผน (Planning) 2)การลงมือปฏิบัติ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) และ4)การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติชี้แจงและวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการ

ดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการ AIC ในการวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พบว่า

2.1 กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ 1)การแต่งตั้งคณะกรรรมการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตำบลตาเกา 2)การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ ดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3)การสำรวจสัตว์พาหะนำโรคพิษสุนัขบ้า 4)การให้ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน และ5)การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

2.2 การสังเกตการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมโดยใช้แบบสังเกตแต่ละกิจกรรม และการนิเทศติดตาม พบว่า 1) การมีส่วนร่วมในแต่ละกิจกรรมมีดำเนินงานโดยหน่วยงานหลัก และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น 2)การสื่อสารและการประสานงาน มีการประสานงานกันทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีช่องทางการประสานงานกันมากขึ้นและสะดวกขึ้น ได้แก่ หนังสือราชการ โทรศัพท์ Social Media เช่น line group และ Face book group 3)การทำงานเป็นทีม ในบางกิจกรรมมีการดำเนินงานร่วมกันมากกว่า 2 เครือข่าย เช่น กิจกรรมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์พาหะนำโรค เช่น สุนัขและแมว มีหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดซื้อวัคซีน หน่วยงานปศุสัตว์เป็นผู้ดำเนินการให้วัคซีน มีอาสาสมัครปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนนำสุนัขและแมวมารับวัคซีนตามวันเวลาที่กำหนด 4)การติดตามและการประเมินผลติดตามโดยหน่วยงานหลักที่ดูแลกิจกรรมนั้น ๆ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด

2.3 จากผลการติดตามการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการจัดประชุมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปบทเรียนจากการดำเนินงาน ร่วมกับการสังเกตผลการดำเนินงานตลอดช่วงเวลาที่ศึกษาพบว่า ที่ผ่านมาการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ไม่ประสบความสำเร็จอาจเนื่องมาจากขาดการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งบประมาณไม่เพียงพอ และบุคลากรในการดำเนินงาน ภายหลังการวิจัย พบว่า เกิดการบูรณาการและการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดแนวทางในการปฏิบัติร่วมกัน มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมมากขึ้น มีการประสานงานและเป็นทีมมากขึ้น

3. ผลของการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

3.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.3 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ34.8 อายุเฉลี่ย 43.15 ปี กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63 อาชีพข้าราชการ ร้อยละ 52.2 ส่วนใหญ่มีสัตว์ที่เลี้ยงในบ้าน ร้อยละ 76.1 สัตว์ที่เลี้ยงมากที่สุดคือสุนัข ร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นควาย ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่เลี้ยงไว้เพื่อใช้งาน เช่น เฝ้าบ้าน ทำนา จับหนู ฯลฯ ร้อยละ 50.7 รองลงมาเป็นเพื่อนคลายเหงา/น่ารัก ร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่สุนัข/แมวที่เลี้ยงไว้ไปฉีดวัคซีนเป็นประจำทุกปี ร้อยละ 58.7

3.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ก่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.3 ภายหลังการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า เพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 91.3

3.3 ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในระดับน้อย ร้อยละ 93.5 ภายหลังการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 89.1

3.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและ

ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภายหลังการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน สามารถสรุปเป็นประเด็นที่สำคัญๆ ได้ดังนี้

4.1 การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ในการการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

4.2 ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ และให้การสนับสนุน มีการบูรณาการกิจกรรมตามแผนงานการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย อย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม

4.3 มีการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามประเมินผลในกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

4.4 มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ทั้งที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ ทำให้การทำงานสะดวกรวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา

4.5 มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน จากหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลตำบลตาเกา

4.6 ประชาชนมีความตื่นตัว และให้ความร่วมมือในการดำเนินตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน จะเห็นได้จากกิจกรรมการรณรงค์ฉีดวัคซีนประจำปี ประชนชนนำสุนัขและแมวมารับบริการฉีดวัคซีน ร้อยละ

สรุปและ อภิปรายผล

1. บริบทของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ กล่าวคือดำเนินการเฉพาะในส่วนที่เป็นบทบาทของหน่วยงานตนเองเท่านั้น ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลหรือวางแนวทางในการดำเนินการร่วมกันเป็นเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรมย์ พวงหัตถ์ และวิรงรอง หุ่นสุวรรณ [5] ได้ศึกษาบทบาทของปศุสัตว์ต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า บทบาทของปศุสัตว์ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าคือข้อจำกัดทางด้านบุคลากร และงบประมาณ ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมและไม่ประสบความสำเร็จ จึงจำเป็นต้องทำงานแบบบูรณาการประสานความร่วมมือจกับหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งจะมีบทบาทสำคัญนอกจากนี้ในส่วนของประชาชนจะต้องเร่งรัดการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การเลี้ยงดูแลสัตว์ อย่างถูกวิธี และรับผิดชอบด้วย

2. กระบวนการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การวางแผน (Planning) 2)การลงมือปฏิบัติ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) และ4)การสะท้อนผล (Reflection) เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติชี้แจงและวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการ AIC ในการวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหา และความต้องการในการดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้กำหนดกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติในการดำเนินงานควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในชุมชนในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ 1)การแต่งตั้งคณะกรรรมการควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าตำบลตาเกา 2)การเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ ดำเนินกิจกรรมแบบบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3)การสำรวจสัตว์พาหะนำโรคพิษสุนัขบ้า 4)การให้ความรู้เรื่อง

โรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน และ5)การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรมย์ พวงหัตถ์ และวิรงรอง หุ่นสุวรรณ [5] ศึกษาบทบาทของสาธารณสุขต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ส่วนใหญ่มีแผนงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (ร้อยละ 65.4) การดำเนินงานกรณีที่มีผู้ถูกสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด ส่วนใหญ่มีการปฐมพยาบาล เบื้องต้นก่อนส่งต่อพบแพทย์ ให้ความรู้ และให้เฝ้าระวังสุนัขที่กัด (ร้อยละ 49) ปัญหาอุปสรรคส่วนใหญ่ขาดการ ประสานระหว่างหน่วยงานและแนวทางการดำเนินงาน ไม่ชัดเจนทำให้ขาดข้อมูลพื้นฐาน ส่วนการบริการฉีดวัคซีนให้ผู้สัมผัสโรคมีบริการเฉพาะที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สะดวกควรให้มีบริการที่สถานี อนามัยผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขร้อยละ 33.8 ไม่มีกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งต้องชี้แจงทำความเข้าใจ เพิ่มการประสานแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานหลักทั้ง 3 หน่วยงานให้มากขึ้น การประสานงานกรณีที่มีคนหรือสัตว์ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนประสานเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น (ร้อยละ 36) ซึ่งต้องให้มีการประสานปศุสัตว์เพื่อดำเนินการ สอบสวนควบคุมโรคในสัตว์ด้วย

3. ผลของการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษา พบว่า 1) ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 78.3 ภายหลังการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 91.3 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน พบว่า ก่อนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในระดับน้อย ร้อยละ 93.5 ภายหลังการดำเนินงานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 89.1 3) การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภายหลังการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของเจริญศรี แซ่ตั้ง [4] ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าบ้าน สันช้างมูบ ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากเกือบทุก ข้อในการค้นหาปัญหาและตัดสินใจ (ร้อยละ 66.9-86.2) การปฏิบัติ (ร้อยละ 67.6-94.5) และการ ประเมินผล (ร้อยละ 79.3-99.3) ส่วนการรับรู้ผลประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมากทุกข้อ (ร้อยละ 79.3-99.33) ยกเว้นการวางแผนที่มีส่วนร่วมน้อยทุกข้อ (ร้อยละ 6.2-16.6) ส่วนปัญหาและ อุปสรรคในการมีส่วนร่วมได้แก่ การไม่มีเวลา การไม่ทราบข่าวการประชาสัมพันธ์ การไม่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของกลุ่ม ตัวอย่าง เจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชนเป็นผู้กำหนดแผนและดำเนินการ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษา พบว่า 1) การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ในการการค้นหาปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ปฏิบัติการตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ทำให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน 2) ผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน ทำให้เกิดการบูรณาการของกิจกรรมตามแผนงานการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายอย่างชัดเจน และเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยกาญจน์ ยางศรี [7] ศึกษารูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรค อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า มีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วม การบูรณาการการทำงาน

ร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะหน่วยงานหลัก 3 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานปศุสัตว์ สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมถึงภาคประชาชนผู้นำชุมชน 3) มีการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามประเมินผลในกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน 4) มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทำให้การทำงานสะดวกรวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วทันเวลา 5) มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน จากหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 6) ประชาชนมีความตื่นตัว และให้ความร่วมมือในการดำเนินตามแผนงานป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้าในชุมชน จะเห็นได้จากกิจกรรมการรณรงค์ฉีดวัคซีนประจำปี ประชนชนนำสุนัขและแมวมารับบริการฉีดวัคซีน ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของอภิรมย์ พวงหัตถ์ และวิรงรอง หุ่นสุวรรณ [5] ศึกษาบทบาทขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของ อปท.ต่อการป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ามีการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และยังมีสิ่งที่อปท. ควรให้ความสำคัญมากขึ้น เพื่อให้การป้อกันและควบคุมโรคได้ผลอย่างยั่งยืนและครอบคลุมทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายที่สำคัญซึ่งเป็นหน่วยงานหลัก ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครปศุสัตว์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ตลอดจนประชาชน ในการขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผนงานที่กำหนดให้บรรลุเป้าประสงค์ ให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงของจังหวัดอุบลราชธานี และเป็นพื้นที่ในเขตชนบท แต่ปัญหาของการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าสามารถพบได้ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกันโดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีความซับซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2560**. จังหวัดนนทบุรี. 2560.

2.สำนักควบคุม ป้องกันและบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์. **การตรวจพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ของกรมปศุสัตว์ในปี พ.ศ.2560.** กรุงเทพฯ. 2560.

3.เจริญศรี แซ่ตั้ง.**การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า บ้านสันช้างมูบ ตำบลต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2542

4.อภิรมย์ พวงหัตถ์ และวิรงรอง หุ่นสุวรรณ. **บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้า.** กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.2552ก

5.อภิรมย์ พวงหัตถ์ และวิรงรอง หุ่นสุวรรณ. **บทบาทของปศุสัตว์ต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า.** กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.2552ข

6.หทัยกาญจน์ ยางศรี. **รูปแบบการดำเนินงานและการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่ปลอดโรค อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยามหาสารคาม.2560

การพัฒนาระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลกมลาไสย

Development of Medical science material management System, Kamalasai Hospital

ศิริศักดิ์ พรมแพน[1]

Sirisak Prompan[1]

(Received: August 25,2018; Accepted: September 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และเปรียบเทียบผลการพัฒนาด้านต่างๆก่อนและหลังการพัฒนาระบบ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2561 ถึง สิงหาคม พ.ศ.2562 โดยใช้สถิติเชิงพรรณา แสดงจำนวนและร้อยละ การดำเนินวิจัยมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบ พัฒนาระบบ และขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่า หน่วยงานมีการดำเนินการทบทวนระบบต่างๆ เกิดการทำงานร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง มีระบบคงคลัง และการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการลดลง มีการจัดซื้อจัดจ้างชุดน้ำยาเครื่องตรวจอัตโนมัติโลหิตวิทยา และกลุ่มน้ำยาชุดเคมีคลินิก โดยวิธีประกวดราคาอิเลคทรอนิคส์ (e-bidding) โดยภาพรวมแล้วหลังจากการพัฒนาระบบบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ในด้านต่างๆแล้ว มูลค่าในการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ลดลงจำนวน 5.5 ล้าน (ร้อยละ 40.12) และมูลค่าการใช้ลดลง 5.9 ล้าน (ร้อยละ 44.35) และยังพบว่ามูลค่าการจัดซื้อของปี 2562 ต่ำกว่าแผนที่ตั้งไว้ 4.3 ล้านบาท (ร้อยละ 34.55)

ดังนั้นการพัฒนาระบบบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ในด้านต่างๆ โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของโรงพยาบาลอีกด้วย

คำสำคัญ : การพัฒนา, ระบบการบริหาร, วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

Abstract

The objectives of this research were to develop the material science material management system and compare the various development results before and after the system development. This research was an action research conducted form August 2018 to August 2019. Data were analyzed by using descriptive statistics, show number and percentage. The research process had 3 steps: system analysis process, system development process and development evaluation process. It was found that, the department has conducted various system reviews, the procurement process was set by participant and user-involvement, and efficient inventory. And it was found that there were reduction in the requests for laboratory investigation, the procurement process of Hematology and Chemistry were purchased by electronic bidding method. Overall, after the development of medical science material management systems, the value of procurement of medical science material was decreased up to 5.5 million baths (40.12 %) and the value of use decreased up to 5.9 million baths (44.35%) and found that the value of procurement in 2019 was lower than the procurement planning 4.3 million baths (34.55 %)

Therefore, the development of medical science material management systems by participation from all parties involved, it can reduce the costs of medical science material as well as increase the efficiency of the hospital resource management.

Key words: development, management system, medical science material

[1] ป.ร.ด. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลกมลาไสย

บทนำ

โรงพยาบาลกมลาไสย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีขนาด 120 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป โรคเฉพาะทางทางด้านอายุรกรรม กุมารเวช สูตินรีเวช ศัลยกรรม กระดูกและข้อ และเวชปฏิบัติครอบครัว รวมทั้งมีคลินิกพิเศษต่างๆ และมีบริการคลินิกไตเทียม นอกจากนั้นยังให้บริการแก่คนไข้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอกมลาไสย และผู้รับบริการจากพื้นที่อำเภอร่องคำ และอำเภอฆ้องชัย รายได้หลักส่วนใหญ่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสิทธิต่างๆของข้าราชการในพื้นที่ แต่ต้นทุนด้านต่างๆในการให้บริการคนไข้ที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินการคลังอยู่ในระดับความเสี่ยงด้านการเงินการคลังระดับ6 ถึงระดับ7 ติดต่อกันหลายปี ซึ่งรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นได้แก่ ค่าใช้จ่ายด้านวัสดุการแพทย์ เวชภัณฑ์ เวชภัณฑ์มิใช่ยา ซึ่งวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็เป็นรายจ่ายหนึ่งที่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี 2560 และปี 2561 ได้แก่ 13.1 ล้านบาท และ 13.3 ล้านบาท ตามลำดับ กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์โรงพยาบาลกมลาไสยได้เล็งเห็นความสำคัญในการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า การใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อทางราชการ ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ขบวนการจัดซื้อจัดจ้าง การควบคุมกำกับการเบิกจ่ายของหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลและของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สมเหตุสมผลของแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาลกมลาไสยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารทรัพยากรด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้คุ้มค่าและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โรงพยาบาลกมลาไสย

2. ประเมินผลหลังการพัฒนาระบบ เปรียบเทียบข้อมูลด้านต่างๆก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2561 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ หัวหน้าคลัง หน่วยเบิกในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์และพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คู่มือการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐตาม พ.ร.บ. 2560 โปรแกรมการเบิกจ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 และราคาอ้างอิงของประเทศ

สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ระบบ

1.1 ทบทวนมูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์จากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายการต่างๆ และพิจารณารายการที่มีแนวโน้มการใช้สูงขึ้นและเกินความจำเป็น จากการทบทวนพบว่า แพทย์เฉพาะทางมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องใช้ต้นทุนสูงมากขึ้น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมในการวินิจฉัย ซึ่งบางรายการไม่มีความจำเป็น

1.2 ทบทวนระบบการเบิกจ่ายจากคลังของหน่วยงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่ามีการเบิกมากเกินความจำเป็นทำให้มีความเสี่ยงในการหมดอายุ และคงคลังมากเกินไป ส่งผลกระทบกับหน่วยงานอื่นทำให้มีไม่เพียงพอให้บริการ

1.3 ระบบการจัดซื้อ การจัดซื้อแบบเดิมเป็นการจัดซื้อแบบเฉพาะเจาะจง ตามแผนการจัดซื้อประจำปี การจัดซื้อตามไตรมาสจัดซื้อเป็นครั้งๆ ตามความต้องการใช้ วงเงินที่จัดซื้อแต่ละครั้งไม่เกิน 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน) การจัดซื้อจำนวนไม่มากอำนาจในการต่อรองจึง

มีน้อยกว่าการจัดซื้อในปริมาณที่มากๆ และมีการแข่งขันในการเสนอราคา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบ

2.1 การตั้งอนุกรรมการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ (ประธาน) หัวหน้าฝ่ายบริหาร พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ป่วยใน และผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง โดยมีหน้าที่ กำหนดรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนดรายการตรวจวิเคราะห์ กำหนดราคาตามราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 และของประเทศ และเปรียบเทียบกับราคาของโรงพยาบาลระดับเดียวกันอีก 2 โรงพยาบาล จัดทำทะเบียนผู้ประกอบการและขอเอกสารการจดทะเบียนการค้าของบริษัทต่างๆ รวมทั้งวิเคราะห์ผลการดำเนินการที่ผ่านมาและรายงานผลต่อผู้บริหาร

2.2 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2.1 การส่งตรวจอย่างสมเหตุสมผล โดยประชุมกับองค์กรแพทย์ ขอความร่วมมือในการส่งตรวจจากที่เป็นชุด เช่น BUN/Cre, Electrolyte, Thyroid Function Test, Lipid Profile เป็นต้น โดยให้ส่งตรวจเป็นรายตัวแทน แต่ไม่กระทบกับมาตรฐานการให้บริการและการรักษา

2.2.2 รายการตรวจที่มีราคาสูง ให้พิจารณาความจำเป็นในการส่งตรวจ เช่น Dengue NS1Ag, Dengue IgM/IgG, Influenza, Scrub Typhus และ Lepto Ab เป็นต้น ซึ่งอาจจะใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการตัวอื่นๆที่มีต้นทุนต่ำกว่าช่วยในการวินิจฉัยแทน

2.2.3 การตรวจสุขภาพประจำปีของคนไข้คลินิกพิเศษ หรือคนไข้ที่ส่งตรวจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรพิจารณารายการตรวจที่สำคัญและความถี่ในการส่งตรวจ เช่น HbA1C, HDL, LDL, BUN/Cre, Micro albumin เป็นต้น

2.2.4 รายการตรวจทางห้องปฏิบัติที่มีจำนวนการตรวจไม่มากและไม่คุ้มค่าในการเปิดให้บริการ ดำเนินการส่งต่อหน่วยงานอื่น เช่น LDH, CK, CKMB, G6PD, Cypto-Ag เป็นต้น

2.3 ระบบคงคลังและการเบิกจ่าย

2.3.1 กำหนดวันและเวลาในการเบิกวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ของหน่วยเบิกต่างๆภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และควบคุมกำกับในการเบิก-จ่ายให้เพียงพอสำหรับการใช้เพื่อไม่ให้ Over stock หรือ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์หมดอายุ ในกรณีที่ขอเบิกในปริมาณที่มากให้แนบแผนงานโครงการมาด้วยทุกครั้ง

2.3.2 มีการควบคุมกำกับไม่ให้คลังกลาง และคลังย่อย Stock วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์มากเกินความจำเป็น

2.3.3 ให้รายงานจำนวนรายการและราคาคงคลังของคลังกลาง และคลังย่อย ทุกเดือน ก่อนมีการเสนออนุมัติจัดซื้อจัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อควบคุมจำนวนคงคลังให้เพียงพอและเหมาะสม

2.4 การจัดซื้อจัดจ้างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.4.1 จัดซื้อจัดจ้างตาม พ.ร.บ. การจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 อย่างเคร่งครัด โดยให้มีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน

2.4.2 การจัดซื้อจัดจ้างตามราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 และของประเทศและเปรียบเทียบกับราคาของโรงพยาบาลข้างเคียงในระดับเดียวกัน

2.4.3 ติดต่อกับบริษัทหรือผู้ประกอบการรายใหม่เพื่อต่อรองราคาให้ต่ำลง

2.4.4 จัดซื้อโดยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ได้แก่ ชุดน้ำยาเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติโลหิตวิทยา (CBC) ชุดน้ำยาเครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติกลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา ประเมินผลหลังมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยเปรียบเทียบประเด็นต่างๆที่มีการพัฒนา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้มีระบบบริหารจัดการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนี้

1.1 มีคณะอนุกรรมการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการพิจารณากำหนดรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ กำหนดราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 และของประเทศและเปรียบเทียบกับราคาของโรงพยาบาลข้างเคียงในระดับเดียวกัน ทำให้ราคาต่ำกว่าราคาที่เคยจัดซื้อจัดจ้างที่ผ่านมา

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง ควบคุมกำกับการจัดซื้อจัดจ้างตามแผน และ พ.ร.บ. การจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 อย่างเคร่งครัด

1.3 ได้รับความร่วมมือกับผู้ใช้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจในรายการที่คุ้มค่าและสมเหตุสมผล

1.4 มีระบบคงคลังและการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพถูกต้อง ตรวจสอบได้ สามารถนำข้อมูลมาบริหารจัดการและวางแผนในการจัดซื้อจัดจ้าง ระบบคงคลังเพียงพอและเหมาะสม ลดการจัดซื้อจัดจ้างเกินความจำเป็น

1.5 มีระบบการจัดซื้อจัดจ้างตาม พ.ร.บ.การจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ในรายที่เกินวงเงินที่กำหนด โดยการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) 2 โครงการ ได้แก่ กลุ่มน้ำยาที่ตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติทางโลหิตวิทยา (CBC) และกลุ่มน้ำยาที่ตรวจด้วยเครื่องอัตโนมัติกลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก ทำให้สามารถลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

2. ผลการเปรียบเทียบในประเด็นที่สำคัญหลังจากการพัฒนาระบบแล้ว

2.1 เปรียบเทียบราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 ราคาอ้างอิงประเทศ ราคาของในระดับเดียวกัน 2 โรงพยาบาล และราคาของโรงพยาบาลกมลาไสยปีงบ 2562

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 ราคาอ้างอิงประเทศ ราคาของในระดับเดียวกัน 2โรงพยาบาล และราคา ของโรงพยาบาลกมลาไสยปีงบ 2562

ลำดับที่	รายการ	ราคาอ้างอิงเขตสุขภาพที่ 7 (ปี 61)	ราคาอ้างอิงของประเทศ (ปี 59)	ราคา รพ. ในระดับเดียวกัน (ก)	ราคา รพ. ในระดับเดียวกัน (ข)	ราคา รพ.กมลาไสย ปี 2562
	กลุ่มน้ำยาโลหิตวิทยา (CBC)					
1	CBC	38.00	38.00	36.50	33.00	22.47
	กลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก (Chem.)					
1	Glucose	6.00	6.00	3.40	3.40	3.40
2	BUN	12.00	12.00	4.25	4.25	4.25
3	Creatinine	14.00	14.00	12.50	12.50	10.62
4	Total protein	13.28	10.80	5.10	5.10	5.10
5	Albumin	10.00	10.00	5.10	5.10	5.10
6	TB	19.00	19.00	5.10	5.10	5.10
7	DB	18.00	19.00	5.10	5.10	5.10
8	Alkaline phosphatase	19.00	19.00	6.80	6.80	6.80
9	SGPT	19.00	19.00	6.80	6.80	6.80
10	SGOT	19.00	18.00	6.80	6.80	6.80
11	Uric acid	19.50	19.50	6.80	6.80	6.80
12	Cholesterol	14.20	14.20	5.10	5.10	5.10
13	Triglyceride	15.40	15.40	5.10	5.10	5.10

ตาราง 1 แสดงการเปรียบเทียบราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 ราคาอ้างอิงประเทศ ราคาของในระดับเดียวกัน 2โรงพยาบาล และราคา ของโรงพยาบาลกมลาไสยปีงบ 2562

ลำดับที่	รายการ	ราคาอ้างอิงเขตสุขภาพที่ 7 (ปี 61)	ราคาอ้างอิงของประเทศ (ปี 59)	ราคา รพ. ในระดับเดียวกัน (ก)	ราคา รพ. ในระดับเดียวกัน (ข)	ราคา รพ.กมลาไสย ปี 2562
14	HDL	37.50	37.50	18.70	18.70	18.70
15	LDL	45.00	45.00	18.70	18.70	18.70
16	Phosphorus	22.00	22.00	6.80	6.80	6.80
17	Magnesium	30.00	30.00	6.80	6.80	6.80
18	Calcium	20.00	20.00	6.80	6.80	6.80
19	Electrolyte	60.00	60.00	44.80	43.33	37.00

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 (ปี 2561) และราคาอ้างอิงประเทศ (ปี 2559) และเปรียบเทียบกับราคาของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน 2 แห่ง พบว่า ราคาของกลุ่มน้ำยาโลหิตวิทยา (CBC) และกลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก (Chem.) ของโรงพยาบาลกมลาไสย หลังจากจัดซื้อจัดจ้างโดยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เกือบทุกรายการ ราคาต่ำกว่า ราคาอ้างอิงของเขตสุขภาพที่ 7 (ปี 2561) ราคาอ้างอิงประเทศ (ปี 2559) และมีราคาบางรายการต่ำกว่าราคาของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน

2.2 เปรียบเทียบจำนวนคนไข้ที่แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนคงคลังและจำนวนการเบิกจ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ของหน่วยงานต่างๆ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2561 และ 2562

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนคนไข้ที่แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนคงคลังและจำนวนการเบิกจ่ายวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ของหน่วยงานต่างๆ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2561 และ 2562

รายการ	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ลดลง	
			จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนคนไข้ที่แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
- คนไข้ (คน)	59,598	51,308	8,290	13.90
- รายการ (Test)	123,352	105,182	18,170	14.73
2. จำนวนคงคลัง (เฉลี่ย/เดือน)	614,724.95	520,096.32	94,628.63	15.39
3.จำนวนการเบิกจ่ายของหน่วยงาน				
- ภายในโรงพยาบาล	395,160.14	299,769.47	95,390.67	24.13
- รพ.สต.	209,671.30	153,239.56	56,431.74	26.91

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2561 และปีงบประมาณ 2562 จำนวนคนไข้ทั้งคนไข้นอกและคนไข้ในที่แพทย์ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการลดลง 8,290 คน (ร้อยละ 13.90) และจำนวนครั้งในการตรวจลดลง 18,170 (ร้อยละ 14.73) เมื่อเปรียบเทียบจำนวนมูลค่าคงคลังของวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ หลังจากมีการควบคุมกำกับระบบ Stock พบว่ามูลค่าคงคลังเฉลี่ยลดลง 94,628.63 (ร้อยละ 15.39) และเมื่อมีการควบคุมกำกับระบบเบิกจ่ายแล้ว พบว่า การเบิกจ่ายของหน่วยเบิกภายในโรงพยาบาลลดลง 95,390.67 (ร้อยละ 24.13) และการเบิกของ รพสต. ลดลง 56,431.74 (ร้อยละ 26.91)

2.3 เปรียบเทียบราคาจัดซื้อต่อหน่วยรายการของกลุ่มน้ำยาโลหิตวิทยา (CBC) และกลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก (Chem.) ระหว่างปีงบประมาณ 2561 และ 2562

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบราคาจัดซื้อต่อหน่วยรายการของกลุ่มน้ำยาโลหิตวิทยา (CBC) และกลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก (Chem.) ระหว่างปีงบประมาณ 2561 และ 2562

ลำดับ	รายการ	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ลดลง	
				จำนวน	ร้อยละ
	กลุ่มน้ำยาโลหิตวิทยา (CBC)				
1	CBC	33.00	22.47	10.83	32.52
	กลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก (Chem.)				
1	Glucose	5.12	3.40	1.72	33.59
2	BUN	11.51	4.25	726	63.07
3	Creatinine	15.95	10.62	5.45	34.17
4	Total protein	9.99	5.10	4.89	48.95
5	Albumin	7.99	5.10	2.89	36.17
6	TB	11.00	5.10	5.9	53.63
7	DB	12.95	5.10	7.85	60.61
8	Alkaline phosphatase	16.66	6.80	9.86	59.18
9	SGPT	16.32	6.80	9.52	58.33
10	SGOT	14.52	6.80	7.72	53.17
11	Uric acid	15.99	6.80	9.19	57.47
12	Cholesterol	12.16	5.10	7.06	58.05
13	Triglyceride	14.21	5.10	9.11	64.41
14	HDL	37.27	18.70	18.57	49.98
15	LDL	42.37	18.70	23.67	55.86
16	Phosphorus	18.21	6.80	11.41	62.66
17	Magnesium	19.96	6.80	13.16	65.93
18	Calcium	15.00	6.80	8.2	54.67
19	Electrolyte	45.00	37.00	8	17.77

จากตาราง 3 พบว่า ราคาที่จัดซื้อจัดจ้างกลุ่มน้ำยาโลหิตวิทยา (CBC) หลังจากทำการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) จากราคา 33.00 บาท ต่อรายการทดสอบ (Test) ลดลงเหลือ 22.47 บาทต่อรายการทดสอบ(Test) ลดลง 10.83 บาท(ร้อยละ 32.52) ส่วนกลุ่มน้ำยาเคมีคลินิก (Chem.) จัดซื้อได้ในราคาที่ลดลงจากปีงบประมาณ 2561 ทุกรายการ และมีรายการที่ลดลงได้มากที่สุด คือ Phosphorus (ร้อยละ 65.93) และลดลงจากราคาของปีงบประมาณ 2561 และลดลงได้น้อยที่สุด คือ Electrolyte (ร้อยละ 17.77)

2.4 เปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อจัดจ้าง และมูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2561 และ 2562

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบมูลค่าการจัดซื้อจัดจ้าง และมูลค่าการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ปีงบประมาณ 2561 และ 2562

รายการ	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ลดลง	
			จำนวน	ร้อยละ
1. แผนจัดซื้อ	13,534,294.50	12,605,809.33	928,485.17	6.86
2.มูลค่าที่ซื้อ	13,780,182.27	8,250,950.50	5,529,232.77	40.12
3.มูลค่าที่ใช้	13,384,023.85	7,448,457.20	5,935,566.65	44.35

จากตาราง 4 พบว่าแผนจัดซื้อปีงบประมาณ 2562 ลดลงจากปี 2561 จำนวน 928,485.17 บาท (ร้อยละ 6.86) มูลค่าการจัดซื้อปี 2562 ลดลงจากปี 2561 จำนวน 5,529,232.77 บาท (ร้อยละ 40.12) และมูลค่าการใช้ของปี 2562 ลดลงจากปี 2561 จำนวน 5,935,566.65 บาท (ร้อยละ 44.35) และยังพบว่ามูลค่าการซื้อของปี 2562 ต่ำกว่าแผนที่ตั้งไว้ 4,354,859.17 บาท (ร้อยละ 34.55)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการพัฒนาระบบการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้ภาพรวมของการจัดซื้อและการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ลดลง ทำให้ประหยัดต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลกมลาไสย ทั้งนี้การที่จะประสบความสำเร็จได้เนื่องจากได้รับความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หน่วยเบิกต่างๆที่ใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และผู้ใช้บริการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ แพทย์ ที่ให้ความสำคัญในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่คุ้มค่าและสมเหตุสมผลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สถาพร มณี [3] ได้ศึกษาโดยใช้องค์ความรู้ทางการแพทย์ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากำหนดนโยบายทางคลินิก เพื่อลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น สามารถลดมูลค่าการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ 3.4 ล้านบาท (ร้อยละ 21.6) และไม่กระทบกับผลิตภาพ คือ จำนวนผู้ป่วยในและดัชนี CMI และ จากการศึกษาของ พรเทพ โชติชัยสุวัฒน์ [1] เกี่ยวกับการส่งตรวจการทำงานของต่อมธัยรอยด์ ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 69.3 ซึ่งหากส่งตรวจตามเกณฑ์จะประหยัดได้ ร้อยละ 24.1 ของมูลค่าการส่งตรวจทั้งหมด นอกจากนั้นการส่งตรวจแบบเป็นชุดที่กำหนดไว้ตามแผนการรักษาในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical recode) ที่มากเกินความจำเป็น [5] ดังนั้นการกำหนดความจำเป็นในการส่งตรวจและตัดรายการส่งตรวจเป็นชุด ทำให้ลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อีกแนวทางหนึ่ง มีการศึกษากรณีของ Dengue titer พบว่า การตรวจ CBC และการตรวจ tourniquet มีความไวในการวินิจฉัย dengue infection [4] และในกรณี Scrub typhus antibodies และ Leptospira antibodies พบว่าการรักษาแบบ empirical treatment มีประสิทธิภาพเท่ากันกับการให้การรักษาเมื่อผลการตรวจเลือดเป็นบวก แต่มีความคุ้มค่ามากกว่า [6]

นอกจากการลดค่าใช้จ่ายในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลแล้ว การบริหารจัดการระบบวัสดุสิ้นเปลืองที่ใช้ในโรงพยาบาล โดยคณะกรรมการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เวชภัณฑ์มิใช่ยา และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่ง ศศิธร ศรีประดิษฐ์ [2] ได้พัฒนาระบบวัสดุสิ้นเปลือง และนำแนวทางที่จัดทำขึ้น ทำให้ได้วัสดุสิ้นเปลืองที่มีคุณภาพ การจัดซื้อแบบแข่งขัน ราคาการจัดซื้อต่อหน่วยลดลงทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้เป็นจำนวนมากถึง 15 ล้านบาท ในระยะเวลา 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลต่างๆ อาจมีบริบทในการบริหารจัดการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ แตกต่างกันแล้วแต่ระดับของโรงพยาบาล และยังขึ้นอยู่กับการเป็นโรงพยาบาลที่ต้องรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย พื้นที่การระบาดของโรคตามฤดูกาล ซึ่งจำเป็นต้องมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ยุ่งยากและสลับซับซ้อนมากขึ้น การมีแพทย์เฉพาะทาง มีแพทย์เวชปฏิบัติ ที่มีแนวทางการตรวจวินิจฉัยที่แตกต่างกัน ก็มีผลต่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แต่อย่างใดก็ตามสิ่งที่กลุ่มงานเทคนิค

การแพทย์ ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยตรงที่สามารถควบคุมทรัพยากร คือ ขบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามราคาอ้างอิง การต่อรองราคา และการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐตาม พ.ร.บ. 2560 อย่างเคร่งครัด รวมทั้งการควบคุมการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ เป็นกลยุทธ์ที่ได้ผลดีในการลดค่าใช้จ่ายด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของหน่วยงานได้อย่างดีด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกมลาไสย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน หัวหน้าคลัง ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง แพทย์ พยาบาล หน่วยเบิกต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ ทำให้การวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ และขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.พรเทพ โชติชัยสุวัฒน์ และ สรภา ยศปัญญา. “การส่งตรวจการทำงานของต่อมธัยรอยด์ที่เหมาะสมในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย”. **พุทธชินราชเวชสาร.** ปีที่ 6 : หน้า 25-42, พ.ศ. 2551.

2.ศศิธร ศรีประดิษฐ์. “การพัฒนาระบบบริหารจัดการวัสดุสิ้นเปลืองโรงพยาบาลพระปกเกล้า”. **วรสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า.** ปีที่ 31 (ฉบับที่ 3) : หน้า 182-193, พ.ศ. 2557.

3.สถาพร มณี และ จำเนียร กิ่งแก้ว. “การบริหารทรัพยากรสุขภาพเพื่อลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ”. **วารสารวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.** ปีที่ 25 (ฉบับที่ 2) : หน้า 333-341, พ.ศ. 2559.

4.Gregory CJ. et al. Utility of the tourniquet test and the white blood cell count to differentiate dengue among acute febrile illnesses in the emergency room. PLoS Negl Trop Dis (Internet). 2011 (cited 2015 Jan 02); 5: e1400. Available from: http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal. Pntd.0003654

5.Hickner J. et. al. Primary care physicians’ chal-lenges in ordering clinical laboratory test and interpreting results. J Am Board Fam <ed 2014; 27:268-74.

6.Suputtamongkol Y. et al. Strategies for diagnosis and treatment of suspected leptospirosis: a cost-benefit analysis. PLoS Negl Trop Dis (Internet). 2010 (cited 2015 Jan 02); 4: e610.Available from: http://journals.plos.org/ploscollection/article?id=10.1371/journal. Pntd.0000610

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน: บทบาทผู้สอน ผู้เรียน และการเรียนรู้

Problem-Based Learning: The teachers, learners and learning

มธุรดา บรรจงการ[1], อัจฉโรบล แสงประเสริฐ[2], ทมาภรณ์ สุขสวรรค์[3], สกุลรัตน์ ศิริกุล[4]

Maturada bunjongkarn, Atcharobon sangprasert, Tamaporn suksawan, Sakulrat sirikul

(Received: June 16,2018; Accepted: August 8,2018)

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องก้าวทันข้อมูลข่าวสารและการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ประโยชน์ ส่งผลให้เกิดการปรับกระบวนทัศน์และการเปลี่ยนแปลงในบทบาทครู บทบาทผู้เรียน และวิธีการเรียนรู้ ซึ่งเป็นไปตามยุคตามสมัย จากบทบาทครูที่เป็นผู้สอนผู้ให้ความรู้เปลี่ยนเป็นครูผู้สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์และสามารถให้เหตุผลในเรื่องต่าง ๆ ได้ จากบทบาทผู้เรียนที่เป็นผู้รับความรู้จากผู้สอนเปลี่ยนเป็นผู้เรียนที่ก้าวออกไปหาความรู้ มีความคิดสร้างสรรค์และสร้างเป็นองค์ความรู้จากการเรียนรู้ที่มีครูเป็นศูนย์กลางปรับเปลี่ยนเป็นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ บทความนี้กล่าวถึงการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning: PBL) เป็นการใช้โจทย์ปัญหาหรือสถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการแก้ปัญหา รวมไปถึงบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สอนและผู้เรียน

Abstract

Teaching and learning management in the 21st century needs timely information and effective communication including utilizing updated technology. It results in adjusting the paradigms and change in the role of teachers, learners and learning methods related to the modern era. The role of a teacher is changed from an educator to a facilitator who supports learners to think critically and give reasons for various problems. The role of a learner is changed from a knowledge recipient to a person who steps out for searching knowledge, building creativity and constructing ideas. The learning management is from teacher-centered approach to student-centered approach. This article discusses learning management of problem-based learning: PBL. Using specific problem or situation encourages learners to learn from problem solving as well as changing roles of teachers and learners.

[1] อาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
[2] อาจารย์สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
[3] อาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
[4] อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

บทนำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นสถาบันการศึกษาที่เน้นการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการพยาบาล โดยมีปรัชญาว่าการพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร ประกอบด้วยความเอื้ออาทรทางวิทยาศาสตร์และความเอื้ออาทรเชิงความเป็นมนุษย์[1] ได้จัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1- 4 เพื่อนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต นอกจากนี้เป็นการเตรียมความพร้อมและส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ และความคิดสร้างสรรค์ รวมไปถึงการสืบค้นทางสารสนเทศและสามารถคัดเลือกความรู้ที่เกี่ยวข้องและมีประโยชน์จากแหล่งการเรียนรู้ที่น่าเชื่อถือได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าในทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านLearning Skills ที่มีความจำเป็นที่บุคคลต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะจำเป็นในการดำรงชีวิตและการทำงานในอนาคต

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหามาเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะใฝ่หาความรู้เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยเน้นให้ผู้เรียนตัดสินใจในการแสวงหาความรู้และมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง รวมไปถึงการทำงานเป็นทีมในกลุ่มผู้เรียน ในการนี้ผู้สอนมีส่วนร่วมน้อยที่สุดและทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนการสอนเท่านั้น ทั้งนี้สามารถพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียน ด้านการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และสร้างเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์[2] การสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานมีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การได้เรียนรู้จากสภาพที่เสมือนจริง การกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิด เสาะแสวงหาความรู้และอธิบายความจากความรู้ที่มี และการส่งเสริมให้มีรายละเอียดของความรู้[3] สามารถกล่าวได้ว่าโจทย์ปัญหาที่กระตุ้นการเรียนรู้ บทบาทผู้สอน และบทบาทผู้เรียนเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน

การสร้างโจทย์ปัญหา

โจทย์ปัญหาในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานมีความสำคัญอย่างมากในการกระตุ้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ในการค้นหาคำตอบเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โจทย์ปัญหาที่มีคุณภาพต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของหลักสูตร มีความน่าสนใจ สนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถอภิปรายอย่างกว้างขวางและลึกซึ้งในประเด็นที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ ส่งเสริมความคิดเชื่อมโยงกับข้อมูลใหม่ๆ รวมทั้งการเน้นความเข้าใจมากกว่าการท่องจำ[4] หลักการพื้นฐาน 7 ประการ ในการสร้างโจทย์ปัญหาในการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานได้แก่ 1. กำหนดโครงสร้างของปัญหาที่มีความท้าทายและน่าสนใจ 2. มีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริง 3. เชื่อมโยงกับเนื้อหาของรายวิชาและหลักสูตร 4. อยู่ในความสนใจและเชื่อมโยงกับผู้เรียน 5. ความไม่สมบูรณ์ของโจทย์ปัญหาที่มีความไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสงสัยอยากเรียนรู้ 6. กระตุ้นความคิด 7. มีความซับซ้อนเพื่อการคิดแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ[5] ซึ่งโจทย์ปัญหาที่ดีจะสามารถเพิ่มสมรรถนะผู้เรียนต่อการกระตุ้นการเรียนรู้ ความกระตือรือร้น และแนวทางการแก้ไขปัญหาในการสร้างโจทย์ปัญหาในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โจทย์ปัญหาจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ เนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้อง มีความทันสมัยและใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง โดยโจทย์ปัญหาสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นเรื่องเกี่ยวกับโนโมโฟเบีย ซึ่งเป็นภาวะกลัวการไม่มีโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นกระแสสังคม สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ได้ศึกษาในโจทย์ปัญหาที่เน้นการแก้ปัญหาตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเฉพาะเรื่อง ได้แก่ การแพ้ผึ้ง โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis) และโรคหอบหืด ตามลำดับ ซึ่งในแต่ละ

สถานการณ์เป็นการเชื่อมโยงเนื้อหาวิชาที่นักศึกษาแต่ละชั้นปีได้ศึกษามาแล้วหรือที่กำลังจะศึกษา รวมไปถึงเนื้อหาสาระที่ลึกซึ้ง ทันต่อเหตุการณ์และอยู่ในความสนใจของนักศึกษา

บทบาทผู้สอน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน เป็นการสอนที่มุ่งหวังให้นักศึกษาเกิดทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ และความคิดสร้างสรรค์ รวมไปถึงการสืบค้นทางสารสนเทศ สามารถคัดเลือกความรู้ที่เกี่ยวข้องและมีประโยชน์จากแหล่งการเรียนรู้ที่น่าเชื่อถือได้ ซึ่งจะส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยที่บทบาทของผู้สอนจะเปลี่ยนจากผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ มาเป็นผู้สนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ (facilitator) แทน วิทยาลัยฯ เลือกใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยประยุกต์มาจาก McMaster University ประเทศ Canada[6] ซึ่งในแต่ละขั้นตอนผู้สอนจะมีบทบาทดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Clarifying unfamiliar terms ศึกษาสถานการณ์ไปพร้อมกับผู้เรียน

ขั้นตอนที่ 2 Problem definition กระตุ้นถามให้ผู้เรียนระบุสิ่งที่สังเกตได้จากสถานการณ์ตัวอย่างเป็นรายบุคคลกระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น รับฟังด้วยความตั้งใจ เมื่อผู้เรียนให้คำตอบกล่าวชมเชยพร้อมทั้งสรุปและขยายความคิดเห็นของผู้เรียน

ขั้นตอนที่ 3 Brainstorm กระตุ้นให้ผู้เรียนร่วมกันแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่สนใจและต้องการที่จะเรียนรู้หากคำตอบของผู้เรียนยังไปไม่ครอบคลุมเป้าหมายการเรียนรู้ อาจารย์พยายามแนะแนวทางหรือบอกใบ้ผู้เรียน โดยการใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดหลังจากนั้นจึงแจกข้อมูลเพิ่มเติมของสถานการณ์โดยละเอียดให้กับผู้เรียน

ขั้นตอนที่ 4 Analyzing the problem กระตุ้นให้ผู้เรียนตั้งสมมติฐาน หรือหัวข้อที่ต้องการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนเสนอว่าจะค้นหาเรื่องอะไรเพิ่มเติมบ้าง และคิดว่าสามารถไปค้นหาได้จากแหล่งใด ชี้ให้ผู้เรียนเห็นถึงความประเด็นที่ขาดหาย หรือยังไม่ครอบคลุมของแผนผังความคิด

ขั้นตอน 5 Formulating learning issues ตั้งคำถามให้ผู้เรียนประเมินตัวเองว่าพอใจกับการทำงานในวันนั้นๆ หรือไม่ มีความเห็นอย่างไรกับการทำงานร่วมกัน ให้ผู้เรียนประเมินตนเองกล่าวชมเชยผู้เรียนตามลักษณะของแต่ละคน และให้กำลังใจผู้เรียนในการทำงาน

ขั้นตอนที่ 6 Self-study เป็นที่ปรึกษาและช่วยตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ผู้เรียนสืบค้น และร่วมอภิปรายข้อมูลกับผู้เรียน

ขั้นตอนที่ 7 Reporting ให้ผู้เรียนนำเสนอข้อมูลที่หามาได้หากข้อมูลนั้นสืบค้นมาจากอินเตอร์เน็ต ผู้สอนต้องตรวจสอบข้อมูลพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้เรียนหากผู้เรียนตัดสินใจแบ่งกันหาข้อมูล และมีคนไม่ทำงานมา ผู้สอนไม่ควรตำหนิผู้เรียน แต่ให้ถามว่าเกิดอะไรขึ้น และถามสมาชิกในกลุ่มว่าจะช่วยกันแก้ปัญหานี้อย่างไร

โดยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานของวิทยาลัยฯ สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การเปิดโจทย์ (ขั้นตอนที่ 1 – 5) ระยะที่ 2 การศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง (ขั้นตอนที่ 6) ระยะที่ 3 ปิดโจทย์หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ขั้นตอนที่ 7) จะเห็นได้ว่าถึงแม้บทบาทของผู้สอนจะเปลี่ยนจากผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ มาเป็นผู้สนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ดังเช่นในแต่ละขั้นตอนข้างต้น ก็ไม่ใช่เรื่องง่ายที่ผู้สอนจะสามารถกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ และการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองได้ ดังนั้นผู้สอนเองก็ต้องมีการพัฒนาตนเอง และเตรียมความพร้อมในการเป็น facilitator ที่ดี[7] ดังนี้

1. บทบาทสำคัญของ facilitator ซึ่งพบว่าผู้สอนจำนวนมากติดอยู่กับบทบาทของผู้ถ่ายทอดความรู้ จึงอดไม่ได้ที่จะสอน แทนที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดและแสวงหาความรู้ หรือแก้ปัญหาด้วยตนเอง ดังนั้น facilitator จะต้องมีความสามารถในการตั้งคำถาม ไม่ใช่ตอบคำถาม เพื่อให้ผู้เรียนรู้จักคิด โดยเน้นการใช้คำถามปลายเปิด

2. การสร้างโจทย์สถานการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โจทย์สถานการณ์เป็นสื่อสำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิด

ความกระหายใคร่รู้อยากที่จะหาคำตอบด้วยตนเอง (self-directed learning) โดยที่มิได้มีการศึกษา หรือเตรียมตัวล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวมาก่อน[8]

3. วิธีการวัดประเมินผล และการสร้างแบบประเมินที่สามารถประเมินผู้เรียนได้อย่างเป็นรูปธรรมเป็นสิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับผู้สอน เพื่อที่จะได้ทราบว่าผู้เรียนของเรานั้นเกิดทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานหรือไม่ ถ้าไม่ เกิดจากสาเหตุใด ผู้สอนควรมีการช่วยเหลือผู้เรียนอย่างไร เพื่อให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งหวังไว้ การประเมินผลในการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานควรมีการประเมินทั้งแบบ formative evaluation เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้เรียนเป็นระยะ โดยประเมินทั้ง โจทย์, ผู้เรียน, ผู้สอน, กระบวนการและ summative evaluation[9] เพื่อตัดสินว่าผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงระดับมาตรฐานที่สมควรหรือไม่ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสามารถใช้ได้ทั้ง MCQ, MEQ, CRQ, OSCE, Progress Test, Rubric scoreเป็นต้น

วิทยาลัยฯ จัดให้มีการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี โดยมีการเตรียมความพร้อมให้กับอาจารย์ทั้งวิทยาลัยโดยการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน บทบาทของผู้สอนและการประเมินผู้เรียน และจัดทำคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานให้กับอาจารย์ทุกคนภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการสอนได้มีการประเมินผลหลังสอนโดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สอน พบว่าปัญหาใหญ่ของผู้สอนคือการไม่สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้สนับสนุนหรือกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้คือเมื่อผู้เรียนยังไม่เกิดความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ ผู้สอนจึงกลับเข้าสู่บทบาทผู้ถ่ายทอดความรู้ดังเดิม จะเห็นได้ว่าการที่จะเป็น facilitator ที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องมีความเข้าใจในบทบาทของตนอย่างถ่องแท้ และจะต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนมากกว่าการที่ได้รับความรู้แต่เพียงอย่างเดียว ดังนั้นวิทยาลัยฯ จึงได้มีแนวทางในการพัฒนาผู้สอนเพื่อการเป็น facilitator ที่ดี โดยการจัดอบรมการเป็น Facilitator ที่ดี รวมถึงการสร้างโจทย์สถานการณ์ที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน และวิธีการวัดประเมินผลและการสร้างแบบประเมินที่สามารถประเมินผู้เรียนได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพราะ facilitator ที่ดีจะสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ได้เป็นอย่างดี

บทบาทของผู้เรียน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะแสวงหาความรู้เพื่อ แก้ปัญหา ดังนั้นลักษณะของผู้เรียนที่เรียนด้วยการใช้ปัญหาเป็นหลัก จะประสบความสำเร็จผู้เรียนจะต้องมีลักษณะ 5 C [10] ดังนี้

1. ความรู้ความสามารถ (Competence) ความรู้ความสามารถเดิมที่เหมาะสมกับปัญหาที่ เรียน เป็นสิ่งที่อาจารย์ต้องตระหนักเพราะผู้สอนเตรียมปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่สัมพันธ์กับความรู้ เดิมของผู้เรียนแล้วจะทำให้ผู้เรียนเกิดความลำบากและเสียเวลามากในการกำหนดทิศทางการ แสวงหาความรู้เพื่อนำมาแก้ปัญหานั้น

2. ความสามารถในการติดต่อกับผู้อื่น (Communication) ความสามารถในการติดต่อสื่อสารความหมายกับผู้อื่น เนื่องจากการจัดการเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อย การติดต่อสื่อสารจะช่วยให้การเรียนรู้ในกลุ่มมีประสิทธิภาพ

3. ความตระหนักในความสำคัญ (Concern) ผู้เรียนควรตระหนักถึงความสำคัญในความ รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายและดำเนินให้บรรลุเป้าหมาย

4. ความกล้าในการตัดสินใจ (Courage) การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นการ รวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจในข้อมูลนั้น ดังนั้นผู้เรียนจะต้องมีความกล้าใน การตัดสินใจ เช่น การัดสินใจตั้งสมมติฐานเพื่อนำมาแก้ปัญหา

5. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creativity) ลักษณะนี้มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องสร้างให้เกิดขึ้น และต้องใช้เวลานานในการพัฒนาอย่างไรก็ดีการจัดการเรียนรู้แบบนี้

จะช่วยพัฒนาให้เกิดได้ต่อเมื่อ ผู้เรียนมีประสบการณ์เพิ่มขึ้นนอกจากบทบาทที่ผู้เรียนต้องเรียนด้วยวิธีการแก้ปัญหาแล้ว ผู้เรียน จะต้องเรียนเป็นกลุ่มย่อยประมาณ 6-8 คน ดังนั้นบทบาทของผู้เรียนในกลุ่มย่อยจึงเป็นเรื่องสำคัญ มากที่จะทำให้การทำงานบรรลุตามวัตถุประสงค์[10]

บทบาทของผู้เรียนในกลุ่มย่อย บทบาทของผู้เรียนในกลุ่มย่อยเป็นกระบวนการหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ผู้เรียนจะต้องมีบทบาทร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาที่ได้รับ ให้ความร่วมมือภายในกลุ่ม เพื่อสร้าง วัตถุประสงค์การศึกษา ถกถียง ต่อรองเพื่อสร้างกฎเกณฑ์ของกลุ่ม ร่วมกันทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลพร้อมที่ให้คำติชมอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาต่อสมาชิกของกลุ่มทุกคนและต้องมีความ ซื่อสัตย์ต่อกลุ่ม โดยทุกคนทำงานที่กลุ่มมอบหมายให้ตรงเวลาที่กำหนด จุดมุ่งหมายของการเรียนการ สอนแบบกลุ่มย่อย คือการเรียนการสอนในระหว่างสมาชิกด้วยกันเป็นกลุ่มร่วมมือกันทำงานทั้งในชั้น เรียนและนอกชั้นเรียนจะต้องมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในการดำเนินการเรียนการสอน ได้แก่ ประธานและเลขาของกลุ่ม ดังนั้น สมาชิกทุกคนในกลุ่มจะต้องผลัดกันเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อเพิ่มพูน ประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่มได้ทั่วทุกคน จากการศึกษาสรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ผู้สอนนั้นเป็นเพียงผู้คอย แนะนำสนับสนุนและเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนใฝ่รู้ในเนื้อหาที่เป็นแนวคิดสำคัญของปัญหานั้นๆได้[10]

ผู้เรียนได้พัฒนาอะไรบ้างจากการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน เมื่อพิจารณาจากแต่ละขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละรูปแบบ จะเห็นว่าผู้เรียนได้มีโอกาส พัฒนาทั้งความรู้ในเนื้อหาวิชาและทักษะต่าง ๆ ที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา[11] ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

1. ได้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทจริงและสามารถนำไปใช้ได้

2. พัฒนาทักษะการคิดเชิงวิพากย์ (Critical Thinking) การคิดวิเคราะห์ (Analytical Thinking) การ คิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล (Rational Thinking) การคิดสังเคราะห์ (Synthetic Thinking) การคิด สร้างสรรค์ (Creative Thinking) และนำไปสู่การคิดแก้ปัญหา (Problem Solving Thinking) ที่มี ประสิทธิผล

3. ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (Life-long learning) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของบุคคลในศตวรรษที่ 21

4. ผู้เรียนสามารถทำงานและสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. เป็นการสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน

6. ความคงอยู่ (retention) ของความรู้จะนานขึ้น

บทบาทหน้าที่ต่างๆของผู้เรียนในกลุ่มย่อย[11] ได้แก่

1. บทบาทหน้าที่เลขานุการ ได้แก่ บันทึกประเด็นที่กลุ่มอภิปราย, ช่วยกลุ่มจัดระบบความคิด, ร่วมกันอภิปราย, บันทึกการใช้ทรัพยากร

2. บทบาทหน้าที่อาจารย์/ผู้สอน ได้แก่ ให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่มให้ช่วยกันอภิปราย, ช่วยประธานในกลุ่มในการขับเคลื่อนการอภิปราย และรักษาเวลา, ตรวจสอบให้เลขานุการบันทึกประเด็นให้ถูกต้อง, ป้องกันการพูดนอกลู่นอกทาง, ทำให้แน่ใจว่ากลุ่มได้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ที่ถูกต้อง, ตรวจสอบความเข้าใจของกลุ่ม, ประเมินการแสดงออกของทุกคน

3. บทบาทหน้าที่ประธานกลุ่ม ได้แก่ นำกลุ่มทำงาน, กระตุ้นให้สมาชิกอภิปราย, ขับเคลื่อนการอภิปราย, รักษาเวลา, ตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่ากลุ่มทำงานถูกทาง, ตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าเลขานุการทำงานถูกต้อง

4. บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในกลุ่ม ได้แก่ ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการ, ร่วมอภิปราย, ฟังและเคารพความคิดเห็นของผู้อื่น, ถามคำถามตรงไปตรงมา, ทำการค้นคว้าวิจัยวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทุกข้อ, แบ่งปันข้อมูลกับเพื่อน[11]

สรุป

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบ Active learning อย่างหนึ่ง ซึ่งมีจุดเด่นเรื่องการกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในการแสวงหาข้อมูล การคัดสรรข้อมูลและแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปโดยสิ้นเชิงของ

ผู้สอนที่ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ และผู้เรียนที่มีความกระตือรือร้น ใฝ่หาความรู้ สามารถคัดกรองความรู้ที่น่าเชื่อถือ และประยุกต์ใช้ความรู้นั้นในการแก้ไขปัญหาได้ นับว่ามีความสอดคล้องกับทิศทางของการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความสามารถตามทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 เพื่อการก้าวทันต่อกระแสสังคม เทคโนโลยี และนวัตกรรม ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (สิงหาคม 2558). สถาบันพระบรมราชชนก: นนทบุรี. 2558.

2. ภัทราวดี มากมี. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning). วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย.Vol 1 No 1: January-June 2011.

3.Hmelo-Silver, C. E., & Barrows, H. S.. Goals and Strategies of a Problem-based Learning Facilitator. Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning, 1(1): 21-39. 2006.

4. ไพศาล สุวรรณน้อย.. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem–based Learning: PBL). 2558. เอกสารประกอบการบรรยายโครงการพัฒนาการเรียนการสอน.Retrieved from https://ph.kku.ac.th/thai/images/file/km/pbl-he-58-1.pdf

5. ฐิติพร ปานมา. การประเมินและการพัฒนาโจทย์ปัญหา. จุลสาร PBL วลัยลักษณ์, 4(2): 7-8. 2554.

6. Yvonne Lawlor. Student and Tutor Roles in PBL, how to navigate large and small groupIn PBL. 12th International Interdisciplinary Summer Institute. Lecture. Canada: School of Nursing, McMaster University, 2018.

7. สิริวัฒน์ อายุวัฒน์. การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-Based Learning): ความท้าทายของการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. Vol 27 No 2: พ.ค.-ส.ค. 2560.

8. วัลลี สัตยาศัย. การบรรยายการอบรมเชิงวิชาการเรื่อง “การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem Based Learning)”. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2559.

9. Somboonboorana, S. Problem-based Learning: Questioning or Problems in Social Science (in Thai). Walailak Journal of Social Sciences, *6*(1), 81-116. 2013. Retrieved from https://www.tci-thaijo.org/index.php/wjss/article/view/94883

10 กมลฉัตร กล่อมอิ่ม. การจัดการเรียนรู้แบบการใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem Based Learning): รายวิชาการออกแบบและพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัย ราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2560.

11. อานุภาพ เลขะกุล. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (PBL). มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2549.

ปัจจัยด้านการยศาสตร์และความเครียดกับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อย ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Ergonomic factors, Stress and Low Back Pain among sugarcane farmers in the northeast of Thailand

นฤปวรรต์ พรหมมาวัย[1] ยุพรัตน์ หลิมมงคล[2*] วงศา เล้าหศิริวงศ์[3]

Narupawan Prommawai, Yuparat Limmongkon, Wongsa Laohasiriwong

(Received: October 7,2018; Accepted: December 3,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกของการปวดหลังส่วนล่างและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อย เก็บข้อมูลในเกษตรกรไร่อ้อยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 529 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านการทำงาน ความเครียด ปัจจัยด้านการยศาสตร์ และแบบประเมินภาวะความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานของนอร์ดิค ใช้สถิติ multiple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์ ความเครียดกับการปวดหลังส่วนล่าง

เกษตรกรไร่อ้อยมีความชุกของภาวะปวดหลังส่วนล่างในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 53.12 (95%CI=48.84-57.35) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง ได้แก่ การทำงานในลักษณะยืนโก้งโค้งมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=2.66: 95%CI = 1.81-3.91, P-value <0.001) การออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของ หนักมากกว่า 25 กิโลกรัมมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน (Adjusted OR=2.26: 95%CI = 1.54-3.31, P-value <0.001) การทำงานในลักษณะออกแรงเหวี่ยงบิด/เอี้ยวลำตัวมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=1.73: 95%CI = 1.19-2.52, P-value = 0.004) และความเครียดของเกษตรกรไร่อ้อย (Adjusted OR=1.53: 95%CI = 1.05-2.23, P-value = 0.024) ดังนั้นควรนำมาพิจารณาเพื่อหาแนวทางในการป้องกันการปวดหลังส่วนล่าง รวมถึงการให้ความรู้ในการบริหารร่างกาย ท่าทางการทำงานที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและบรรเทาการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อย

คำสำคัญ: ปัจจัยด้านการยศาสตร์ ความเครียด การปวดหลังส่วนล่าง เกษตรกรไร่อ้อย

Abstract

This study was cross-sectional analytical study, aimed to identify the prevalence of low back pain and its correlation among sugarcane farmers. 529 farmers in the northeast of Thailand were multistage randomly selected to response to a structure questionnaire interview. The questionnaire was consisted of baseline characteristic, work condition, stress, ergonomics factors and standardized Nordics questionnaires. Multiple logistic regression was administered to determine the association between ergonomic factors, stress and LBP when control other covariates.

[1]หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] อาจารย์ประจำภาควิชาสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: yupali@kku.ac.th

The result indicated that the prevalence of LBP within the last 7 days was 53.12 (95%CI=48.84-57.35). The factors were associated with LBP; bending > 2 hours/day were associated with LBP (Adjusted OR=2.66; 95%CI = 1.81-3.91; P-value <0.001), forceful exertion >25 kilograms more than 10 times/day (Adjusted OR=2.26: 95%CI = 1.54-3.31, P-value <0.001), twisting trunk > 2 hours/day (Adjusted OR=1.73: 95%CI = 1.19-2.52, P-value = 0.004), having high and extremely high levels of stress (Adjusted OR=1.53: 95%CI = 1.05-2.23, P-value = 0.024). Therefore, ergonomic behavior should develop the LBP prevention procedure including improve their knowledge for body preparation before work, proper working postures were needed to prevent and decrease LBP among the sugarcane farmers.

Keyword: ergonomic factor, stress, low back pain, sugarcane farmer

บทนำ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพื้นที่การปลูกอ้อยมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ มีพื้นที่การปลูกอ้อยในปีการผลิต 59/60 ประมาณ 4.7 ล้านไร่ และเพิ่มขึ้นเป็น 5.3 ล้านไร่ในปีการผลิต 61/62 (สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย, 2562)[1] มีเกษตรกรไร่อ้อยเป็นจำนวนมาก แม้จะไม่มีสถิติจำนวนเกษตรกรที่แน่ชัด แต่จากรายงาน พบว่าจำนวนเกษตรกรไร่อ้อยเพิ่มขึ้นจากสถิติในปี 2553 มีเกษตรกรไร่อ้อย จำนวน 195,970 เพิ่มขึ้นเป็น 261,934 รายในปี 2555 ทั้งนี้ยังไม่รวมแรงงานที่รับจ้างปลูกและเก็บเกี่ยวอีกประมาณ 400,000 ราย (สำนักเศรษฐกิจการเกษตร, 2556)[2] ดังนั้น จำนวนเกษตรกรและแรงงานไร่อ้อย ในปัจจุบันจึงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนพื้นที่เพาะปลูกอ้อยที่เพิ่มขึ้นจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

ภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดในกลุ่มแรงงานและเกษตรกร (จิว เชาว์ถาวรและคณะ, 2557)[3] ซึ่งเป็นภาวะที่มีการอักเสบ ระคายเคือง ของข้อต่อ เอ็นข้อต่อ ปลอกเอ็นกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อ ถุงลดเสียดสี (Bursa) และกระดูก รวมถึงระบบประสาทและหลอดเลือด โดยเฉพาะการเกิดภาวะความผิดปกติในหลังส่วนล่าง พบว่ามีความชุกมากกว่าร้อยละ 80 (พรพิรมย์ ทัศนาวงค์และคณะ, 2561)[4]

ปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่าง มีหลายปัจจัย ได้แก่ ลักษณะการทำงานแบบเคลื่อนไหวซ้ำๆ (Repetitive motion) การออกแรงเกินกำลัง (Excessive exertion) และการทำงานในลักษณะที่ไม่เหมาะสม (Awkward posture) (Punnett and Wegman, 2004)[5] รวมถึงการทำงานที่ต้องนิ่ง เกร็ง ค้างเป็นระยะเวลานาน และมีเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างไม่เพียงพอ (OSHA, 2000)[6] และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียดในการทำงาน ความรีบเร่งในการทำงาน เป็นต้น (Teerasak phajan et.al., 2014)[7]

ไร่อ้อยจะมีขั้นตอนการทำงาน ได้แก่ การเตรียมดิน ปลูก บำรุงรักษา ตัด และการขนส่ง ซึ่งในแต่ละขั้นตอนการทำงานจะเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่าง ตั้งแต่การยกท่อนพันธุ์ การปลูก ยกของท่อนพันธ์อ้อย กระสอบปุ๋ย และการดายหญ้าบริเวณไร่อ้อย เป็นต้น โดยเฉพาะขั้นตอนการตัดอ้อย ที่เกษตรกรไร่อ้อยและแรงงานส่วนใหญ่จะทำงานตลอดทั้งวันและมีการว่าจ้างโดยคิดตามปริมาณที่ตัดอ้อยได้ ในแต่ละกระบวนการจะมีลักษณะการทำงานลักษณะบิด เอี้ยว ลำตัว ก้ม รวมถึงการยก ดึง ลาก วัตถุสิ่งของที่มีน้ำหนักมาก เช่น กระสอบปุ๋ย มัดอ้อย เป็นต้น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเทคโนโลยีและเครื่องจักรมาช่วย เช่น รถปลูกอ้อย รถคีบอ้อย รถไถ เป็นต้น แต่การใช้แรงงานคนก็ยังจำเป็น เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและต้นทุนการผลิต ความเหมาะสมของลักษณะพื้นที่เพาะปลูก ความพร้อมและความรู้ของเกษตรกรไร่อ้อย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อย เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าว สำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมภาวะสุขภาพของเกษตรกรไร่อ้อย รวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์และความเครียดกับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2560 ในเกษตรกรไร่อ้อย จำนวน 529 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นเกษตรกรไร่อ้อย เจ้าของไร่ ผู้รับจ้าง ที่ใช้แรงงานในการเตรียมดิน ปลูก บำรุงรักษา เก็บเกี่ยวและขนส่ง และมีประสบการณ์ทำไร่อ้อย ไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่มีประวัติโรคหรือเคยได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคเกาต์ ข้ออักเสบ รูมาตอยด์ กระดูกพรุน ข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หญิงวัยหมดประจำเดือน มีประวัติเคยได้รับอุบัติเหตุต่อระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อและเคยได้รับการผ่าตัดรักษาระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ มีอายุระหว่าง 18-59 ปี และสามารถสื่อสารได้

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression ได้จำนวนขนาดตัวอย่างเบื้องต้น จำนวน 234 คน และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อยมีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหา Multicollinearity จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ Multiple logistic regression (Hsieh, 1998)[8] ผู้วิจัยจึงเลือก ค่า VIF = 1.67 (ρ = 0.4) ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง จำนวน 529 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยเลือกจำนวน 3 จังหวัด (อุดรธานี กาฬสินธุ์ และสุรินทร์) จากจำนวนทั้งหมด 10 จังหวัดที่มีโรงงานน้ำตาลในพื้นที่ จากนั้นสุ่มจำนวน 2 อำเภอจากทุกจังหวัด และทำการสุ่มตำบลจาก 2 อำเภออย่างละ 1 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มแบบอย่างง่ายตามสัดส่วนจำนวนประชากรเพื่อให้ครบตามจำนวน 529 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรไร่อ้อย ประกอบด้วย เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 ลักษณะการทำงาน ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงาน จำนวนวันทำงาน ประสบการณ์ทำงาน เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยด้านการยศาสตร์ของไร่อ้อย โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นได้โดย เกษราวัลณ์ นิลวรางกูลและคณะ (Nilvarangkul et al., 2018)[9] สอบถามลักษณะการทำงานในประเด็นการเคลื่อนไหวซ้ำๆ การออกแรงเกินกำลัง การทำงาน การทำงานในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เกร็งค้าง และการทำงานกลางแจ้ง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, 2541)[10]

ส่วนที่ 5 ภาวะความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานของนอร์ดิค (Kuorinka et al., 1987)[11] สอบถามการเกิดภาวะความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายประกอบกับแผนภาพร่างกาย ความรุนแรง ระยะเวลาของอาการที่เกิดขึ้น เป็นต้น

แบบสอบถามนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และนำมาทดสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์ครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา สำหรับการพรรณนาข้อมูลทั่วไป ลักษณะการทำงาน ปัจจัยด้านการยศาสตร์ ความเครียด และความผิดปกติของหลังส่วนล่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติ multiple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านการยศาสตร์ ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อย โดยภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างเป็นตัวแปรกลุ่มกำหนดค่าเป็น ใช่ กับ ไม่ใช่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละตัวแปร (Bivariate analysis) ระหว่างตัวแปรต้นและตัว

แปรตาม และนำเสนอด้วยค่า crude OR และค่า p-value และปัจจัยที่มีค่า p-value <0.25 จะถูกนำเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์พหุสหสัมพันธ์ถดถอย โดยใช้วิธีขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) และนำเสนอเป็นค่า adjusted OR 95%CI และค่า p-value

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2560 รหัสโครงการ HE592384

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 52.17 ของเกษตรกรไร่อ้อยเป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 48.77 มีอายุเฉลี่ย 41.61 ปี มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 35.92 สูบบุหรี่ ร้อยละ 34.59 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูง ร้อยละ 50.28 รองลงมามีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 37.43

ด้านการทำงานเกษตรกรไร่อ้อยมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 44.99 รองลงมามีประสบการณ์การทำงาน 5-10 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 7.14 ปี มีจำนวนการทำงานมากกว่า 5 ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 76.37 จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง ร้อยละ 76.94 มีการทำงานในลักษณะยืนโก้งโค้ง มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 60.68 ทำงานในลักษณะเหวี่ยง บิด/เอี้ยง ลำตัว มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 53.88 และทำงานออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของหนัก ร้อยละ 40.64 ยืนติดต่อกันนานมากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 42.16 และทำงานกลางแดดร้อนจัดนานเกิน 2 ชั่วโมงโดยไม่พัก ร้อยละ 56.17

เกษตรกรไร่อ้อยมีการปวดหลังหลังส่วนล่างในช่วง 7 วันที่ผ่านมา พบว่า มีความผิดปกติของหลังส่วนล่าง ร้อยละ 53.12 มีความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 73.31 มีระยะเวลาของภาวะความผิดปกติน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน ร้อยละ 91.81 และมีวิธีการรักษาโดยการทานยาแก้ปวด ร้อยละ 88.26 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการเกิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อยในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

ภาวะความผิดปกติ	จำนวน (ร้อยละ)	95% CI
การปวดหลังส่วนล่าง		
ไม่ใช่	248(46.88)	42.64-51.15
ใช่	281(53.12)	48.84-57.35
ความรุนแรงของการปวดหลังส่วนล่าง		
น้อย	48(17.08)	13.09-21.97
ปานกลาง	206 (73.31)	67.79-78.18
มาก	27(9.61)	6.65-13.67
ระยะเวลาของการปวดหลังส่วนล่าง		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน	258(91.81)	87.95-94.51
มากกว่า 2 วัน	23(8.19)	5.48-12.04
วิธีการรักษา		
ปล่อยให้หายเอง	16(5.69)	3.50-9.11
ทานยาแก้ปวด	248(88.26)	83.90-91.54
นวด/ประคบ	17(6.05)	3.78-9.54

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติหลังส่วนล่างในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ (OR=1.30, 95%CI = 0.92-1.83) ความเครียด (OR=1.23, 95%CI = 0.87-1.73) การทำงานในลักษณะออกแรงเหวี่ยงบิด/เอี้ยวลำตัว มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (OR=2.20, 95%CI = 1.55-3.12) ทำงานในลักษณะออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของหนัก (OR=2.14, 95%CI = 1.50-3.06) (ตาราง 2)

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านการทำงาน ปัจจัยด้านการยศาสตร์ ที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อย (ความสัมพันธ์ทีละคู่) (n=529)

ปัจจัย	จำนวน	% of LBP	Crude OR	95%CI	p-value
เพศ					0.133
ชาย	276	50.00	1		
หญิง	253	56.52	1.30	0.92 – 1.83	
อายุ					0.346
≤ 40 ปี	244	55.33	1		
> 40 ปี	285	51.23	0.80	0.60-1.19	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					0.459
ไม่ดื่ม	339	51.59	1		
ดื่ม	190	55.26	1.14	0.80-1.63	
การสูบบุหรี่					0.556
ไม่สูบ	346	54.05	1		
สูบ	183	51.37	0.89	0.62-1.28	
ความเครียด					0.235
เล็กน้อยและปานกลาง	250	50.40	1		
เครียดมากและเครียดรุนแรง	279	55.56	1.23	0.87-1.73	
จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์					0.376
≤ 5 วัน	125	49.20	1		
> 5 วัน	404	54.21	0.83	0.55-1.24	
จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน					0.385
≤8 ชั่วโมง	407	52.09	1		
>8 ชั่วโมง	122	56.56	1.19	0.79-1.79	
ประสบการณ์ทำงาน					0.940
≤5 ปี	238	52.94	1		
>5 ปี	291	53.26	1.01		
ทำงานในลักษณะออกแรงเหวี่ยง					<0.001
ไม่ใช่	244	42.62	1		
ใช่	285	62.11	2.20	1.55-3.12	
ออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของ หนักมากกว่า 25 กิโลกรัมมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน					<0.001

ไม่ใช่	314	45.54	1		
ใช่	215	64.19	2.14	1.50-3.06	
ทำงานในลักษณะยืนโก้งโค้ง มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน					<0.001
ไม่ใช่	208	36.54	1		
ใช่	321	63.86	3.06	2.13-4.41	
ยืนติดต่อกันนานมากกว่า 4 ชั่วโมง					<0.001
ไม่ใช่	306	49.02	1		
ใช่	223	58.74	1.48	1.04-2.09	
ทำงานกลางแดดร้อนจัด นานเกิน 2 ชั่วโมง โดยไม่พัก					0.414
ไม่ใช่	229	51.09	1		
ใช่	300	54.67	1.15	0.81-1.62	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อย ได้แก่ การทำงานในลักษณะยืนโก้งโค้งมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=2.66: 95%CI = 1.81-3.91, P-value <0.001) การออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของ หนักมากกว่า 25 กิโลกรัม มากกว่า 10 ครั้งต่อวัน (Adjusted OR=2.26: 95%CI = 1.54-3.31, P-value <0.001) การทำงานในลักษณะออกแรงเหวี่ยงบิด/เอี้ยวลำตัว มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=1.73: 95%CI = 1.19-2.52, P-value = 0.004) และความเครียดของเกษตรกรไร่อ้อย (Adjusted OR=1.53: 95%CI = 1.05-2.23, P-value = 0.024) (ตาราง 3)

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อย

ปัจจัย	จำนวน	%LBP	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
ทำงานในลักษณะยืนโก้งโค้ง มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน						<0.001
ไม่ใช่	208	36.54	1			
ใช่	321	63.86	3.06	2.66	1.81-3.91	
ออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของ หนักมากกว่า 25 กิโลกรัมมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน						<0.001
ไม่ใช่	314	45.54	1			
ใช่	215	64.19	2.14	2.26	1.54-3.31	
ทำงานในลักษณะออกแรงเหวี่ยง บิด/เอี้ยวลำตัว มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน						0.004
ไม่ใช่	244	42.62	1			
ใช่	285	62.11	2.20	1.73	1.19-2.52	
ความเครียด						0.024
เครียดเล็กน้อย/ปานกลาง	250	50.40	1			

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้อย

ปัจจัย	จำนวน	%LBP	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
เครียดมาก/เครียดรุนแรง	279	55.56	1.23	1.53	1.05-2.23	

*Adjusted OR ควบคุมปัจจัยเพศ และปัจจัยการยืนติดต่อกันนานเกิน 4 ชั่วโมง

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่างในเกษตรกรไร่อ้อย ได้แก่ การทำงานในลักษณะยืนโก้งโค้งมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=2.66: 95%CI = 1.81-3.91, P-value <0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า พรพิรมย์ ทัศนาวงค์ และคณะ ที่พบว่า การทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกรเก็บใบชา โดยเกษตรกรมีการทำงานอยู่ในท่ายืนและก้มหลังมากกว่า 2 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 94.0) [4] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของเกษตรกรสวนผลไม้ พบว่า การก้มตัวหรือยืนโก้งโค้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการภาวะความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ (OR = 1.53: 95%CI=0.94, 2.79) (Thekathuek et al., 2018)[12] และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรไร่อ้อย ที่พบว่า การทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสมสามารถทำให้เกิดภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (adjusted OR = 1.95; 95% CI = 1.01-3.77) (Teerasak Phajan, 2014)[7] และการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่ออาการปวดหลังของเกษตรกรชาวสวนลำไย ซึ่งพบว่าการที่เอนตัวไปข้างหน้า ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (OR=12.80: 95%CI =2.22 - 73.95, P-value = 0.004) (สิริโชค ประทิและคณะ, 2560)[13] อีกปัจจัย คือ การออกแรงยกวัตถุ/สิ่งของ หนักมากกว่า 25 กิโลกรัมมากกว่า 10 ครั้งต่อวัน (Adjusted OR=2.26: 95%CI = 1.54-3.31, P-value <0.001) เป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาการการยกและภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของคนงาน พบว่า การออกแรงยกสิ่งของ/วัตถุที่มี น้ำหนัก มีโอกาสเกิดภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในส่วนหลัง เป็น 1.50 เท่า (95%CI: 1.03–2.19, P-value<0.05) (Bláfoss et al., 2019)[14] และผลการศึกษาในการทำงานในลักษณะออกแรงเหวี่ยงบิด/เอี้ยวลำตัวมากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน (Adjusted OR=1.73: 95%CI = 1.19-2.52, P-value = 0.004) พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรเก็บใบชา ที่พบว่าการทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม (บิด/เอี้ยวตัว) มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (p<0.001) (พรพิรมย์ ทัศนาวงค์, 2561)[4] รวมถึงความเครียดของเกษตรกรไร่อ้อย (Adjusted OR=1.53: 95%CI = 1.05-2.23, P-value = 0.024) ที่พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดภาวะความผิดปกติของหลังส่วนล่างนั้น สอดคล้องกับงานวิจัยความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการปวดหลังส่วนล่างในชาวนา ซึ่งพบว่า เกษตรกรที่มีความเครียดสูงและรุนแรง มีความสัมพันธ์กับการภาวะปวดหลังส่วนล่าง (OR=2.2: 95%CI= 1.2–4.0) เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ Teerasak Phajan และคณะ ที่พบว่า ความเครียดเกี่ยวกับรายได้ของเกษตรกรไร่อ้อยมความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Teerasak Phajan et al., 2014)[7]

จากผลการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกรไร่อ้ออย คือ การทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม ทั้งการยืนโก้งโค้งและบิด/เอี้ยวตัว เนื่องจากในช่วงของการเก็บข้อมูลเป็นอยู่ในช่วงการปลูก ดายหญ้าและตัด โดยเฉพาะกระบวนการตัดอ้อย เกษตรกรต้องก้มตัวลงและเอี้ยวหรือบิดตัวเพื่อออกแรงตัดอ้อยที่โคน

จากนั้นก็จะบิดตัวเพื่อเอาอ้อยที่ตัดโยนมากองยังด้านหลังเพื่อรอมัด อ้อย 1 ลำ มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 2-5 กิโลกรัม จากนั้นต้องแบกมัดอ้อยขึ้นรถเพื่อขนส่งไปยังโรงงาน มัดอ้อย 1 มัด ประมาณ 10-15 ลำ มีน้ำหนักประมาณ 20-35 กิโลกรัมขึ้นอยู่กับน้ำหนักของต้นอ้อย ประกอบกับลักษณะการจ้างแรงงานจะเป็นการจ้างตามปริมาณที่ตัดได้ ดังนั้นเกษตรกรจะต้องรีบเร่งและทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เพื่อให้ได้รายได้มากที่สุด ส่งผลให้เกิดความเครียดและความรีบเร่งในการทำงาน บางครั้งเนื่องมาจากสาเหตุคือต้องรีบทำการขนส่งและรีบเข้าคิวเพื่อส่งอ้อยเข้าสู่โรงงาน

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ซึ่งวัดปัจจัยและการเกิดภาวะความผิดปกติในช่วงระยะเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจไม่สามารถระบุได้ถึงปัจจัยสาเหตุที่แท้จริงไม่เหมือนการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) และการศึกษาเชิงทดลอง (Experimental study)

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ โดยเพิ่มการให้ความรู้หรือประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับด้านการยศาสตร์ ขั้นตอนการทำงาน ท่าทางการทำงานที่เหมาะสม สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการปวดหลังส่วนล่างของเกษตรกร เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาการปวดหลังส่วนล่าง ไม่ว่าจะเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเตรียมความพร้อมก่อนการทำงาน ระยะเวลาในการพักเพื่อฟื้นคืนสภาพของร่างกาย รวมไปถึงการบริหารเพื่อลดอาการปวด เกร็ง และสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลำตัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน (Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working Age People) มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่สนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้ และคณะสาธารณสุขศาสตร์สำหรับการสนับสนุนด้านต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. **รายงานพื้นที่ปลูกอ้อยปีการผลิต 2551/2562**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.2562.
2. สำนักเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. **ข้อมูลพื้นฐานเศรษฐกิจการเกษตร ปี 2555**. กรุงเทพฯ: สำนักเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.2556
3. จิว เชาว์ถาวร วพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล. **ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดง ตำบลจำป่าหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา.** *พยาบาลสาร*. เม.ย.-มิถุนายน, 25-41.2557
4. พรพิรมย์ ทัศนาวงค์ วิโรจน์ จันทร และจุฑารัตน์ รักประสิทธิ์. **ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกรก็บใบชา ตำบลเทอดไทย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย.** *ศรีนครินทร์เวชสาร*; 33(5): 457-464.2561
5. Occupational Safety & Health Administration [OSHA]. **Ergonomics: The Study of Work.** USA: Department of Labor.2000
6. Punnett, L., and D. H. Wegman **Work-Related Musculoskeletal Disorders: The Epidemiologic Evidence and the Debate.** J *Electromyogr Kinesiol* 14.2004
7. Teerasak Phajan, Kessarawan Nilvarangkul, Dariwan Settheetham, and Wongsa Laohasiriwong. **Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Sugarcane Farmers in North-Eastern Thailand.** *Asia-Pacific Journal of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health* 26.2014

8. Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. **A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression.** *Statistics in Medicine*, 17(14), 1623–1634. 1998
9. Nilvarangkul, K., Phajan, T., Laohasiriwong, W., Smith, J. F., & Settheetham, D. **Development and validation of a work-related low back pain risk-assessment tool for sugarcane farmers.** *Industrial Health*, *56*(4), 320–326. https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0184. 2018
10. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. **การสร้างแบบความเครียดสวนปรุง.** *วารสารสวนปรุง*. 13(3). 2541.
11. Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., & Jorgensen, K. **Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms.** *Applied Ergonomics,* 18(3), 233–237.1987
12. Thetkathuek, A., Meepradit, P., & Sa-Ngiamsak, T. **A Cross-sectional Study of Musculoskeletal Symptoms and Risk Factors in Cambodian Fruit Farm Workers in Eastern Region, Thailand.** *Safety and health at work*, *9*(2), 192–202. 2018
13. สิริโชค ปะทิ สายหยุด มูลเพ็ชร์ และพิศักดิ์ ชินชัย. **พฤติกรรมเสี่ยงต่ออาการปวดหลังของเกษตรกรชาวสวนลำไยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน.** *ลำปางเวชสาร*; 38: 59-68.2560
14. Bláfoss, R., Sundstrup, E., Jakobsen, M., Brandt, M., Bay, H., & Andersen, L.**Physical workload and bodily fatigue after work: cross-sectional study among 5000 workers.** *European Journal of Public Health*, *29*, 837–842. 2019

การพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน

The Development of Health Tourism Management Model for The Elderly by Leading Sufficiency Economy Philosophy According to The Isaan Context

ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์[1*] มยุรา เรืองเสรี[1] วราทิพย์ แก่นการ[1]

Nattayar Wisarapun[1] Mayura Rueangseree[1] Waratip kankran[1]

(Received: August 14,2018; Accepted: October 10,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 คืนข้อมูลรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะทำงานเพื่อปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักท่องเที่ยวสูงอายุจำนวน 30 คน และผู้นำชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจบริบทชุมชน แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสถิติ paired sample t-Test

ผลการศึกษาพบว่า บริบทของชุมชน เป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประเพณี และสถาปัตยกรรมโบราณที่น่าสนใจอันอุดมไปด้วยคุณค่าทางศิลปะและวัฒนธรรม นักท่องเที่ยวอายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.34 ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 25 รายได้เฉลี่ย 1,500 บาท/เดือน รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ใช้ทุนจากประเพณี วัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่นร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กิจกรรมใช้ระยะเวลา 3 วัน 2 คืน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมนักท่องเที่ยวสูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจอยู่ในระดับอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this action research were to development of health tourism management model for the elderly by leading sufficiency economy philosophy according to The Isaan context. The first step: to study the context of the community and health behaviors of the elderly. The second step: to synthesize the health tourism management model for the elderly by leading sufficiency economy philosophy according to The Isaan context. The third step: to study outcome of the health tourism management model. And the fourth step: to retrieve the data and listen reverberation from the committee in order to adjust the health tourism management model. The sample consists of 30 elderly tourists and community leaders. Data were collected using a community context survey, health promoting behavior questionnaire and satisfaction assessment forms. Content analysis and statistics paired sample t-Test.

Results of the study showed that community context had the potential to develop into a health tourism destination with traditions and interesting ancient architecture that was rich in artistic and cultural values. Most of the tourists were female (25%), average age of 63 years, average income of 1,500 baht/month. Have diabetes and hypertension. Health tourism management model for the elderly used capital from traditions good local culture together with health promotion based on the sufficiency economy philosophy. Activities take 3 days 2 nights. After joining the activities, the elderly tourists had nutritional health promoting behaviors, exercise, and dealing with stress increased statistically at the .05 level. Mean blood pressure level and mean FBS level decreased significantly at the level of .05 and the satisfaction was at a highest level.

Keyword: Health tourism, Sufficiency economy philosophy, Elderly

---

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

บทนำ

การท่องเที่ยวจัดเป็นอุตสาหกรรมที่ใหญ่ที่สุดของโลก เห็นได้จากการขยายตัวของการท่องเที่ยวทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานประจำปีของ World Travel and Tourism Council (WTTC)พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 การท่องเที่ยวและการเดินทางสามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ถึงร้อยละ 10.20 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมเศรษฐกิจโลก และคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 11.40 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมเศรษฐกิจโลกในปี พ.ศ. 2570[1] สำหรับในประเทศไทยนั้น การพัฒนาการท่องเที่ยวมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมาก เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Health Tourism) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการท่องเที่ยวทางเลือกใหม่ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อยุทธศาสตร์การพัฒนาไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 10 ปี (พ.ศ. 2559-2568) และมุ่งสู่ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Wellness)[2] โดยตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วโลกมีมูลค่า 1.6 ล้านล้านบาท ขยายตัวปีละเกือบ 10 เปอร์เซ็นต์ ช่วยสร้างรายได้ให้กลุ่มผู้ประกอบการ เติบโตเพิ่มขึ้นร้อยละ 30

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ การเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตที่ลดลง การท่องเที่ยวถือเป็นการกระทำกิจกรรมยามว่าง เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นช่องทางการท่องเที่ยวตลาดใหม่ที่ประเทศไทยจะมุ่งเน้น เนื่องจากเป็นตลาดที่มีคุณภาพ และมีกำลังซื้อในการท่องเที่ยวสูงกว่าตลาดทั่วไป โดยเฉพาะรูปแบบและพฤติกรรมการท่องเที่ยวที่บริการมีคุณภาพดี มีความคุ้มค่าในการซื้อบริการ ความมั่นใจด้านความปลอดภัย ความมั่นใจด้านบริการ ดูแลสุขภาพที่ดี และต้องการกิจกรรมที่เหมาะกับวัยและสุขภาพ[3] โดยฉพาะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งเป็นการเดินทางท่องเที่ยเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยสดงดงามในแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและวัฒนธรรม โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมฉบับที่ 10 เน้นการส่งเสริมบทบาทชุมชนและองค์กรชุมชนในท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแหล่งท่องเที่ยวทำให้เกิดกิจกรรมท่องเที่ยวหลายรูปแบบในชุมชน โดยการกำหนดนโยบายส่งเสริมการตลาดท่องเที่ยวเชิงรุกทั้งในและต่างประเทศเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีในขณะเดียวกันต้องพัฒนาศักยภาพแหล่งท่องเที่ยวที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นให้เป็นการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพเพื่อรองรับการเข้ามาของนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวคุณภาพด้วยเช่นกัน[4]

สำหรับรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นได้มีผู้ทำการศึกษา เช่น จากการศึกษาของจันทร์จิตร์ เธียรศิริ และคณะ[5] ที่ประเมินสถานการณ์และศักยภาพการท่องเที่ยวแบบไม่รีบเร่งของผู้สูงอายุในภาคเหนือ พบว่าผู้สูงอายุมักจะท่องเที่ยวตามแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติพร้อมกับบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์เสวก อเนกจำนงพร[6] พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร นิยมท่องเที่ยวตามธรรมชาติ โดยการเดินทางท่องเที่ยวแบบกลุ่มหรือหมู่คณะ ร่วมกับญาติ หรือบุตรหลาน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 วัน นอกจากนี้การศึกษาของ สุรีย์ ธรรมิกบวรและชุภาศิริ อภินันท์เดชา[7] ที่ทำการพัฒนารูปแบบการท่องเที่ยวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมสุขภาพลุ่มแม่น้ำโขง(หมู่บ้านซะซอม) จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการจัดการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วม ระยะเวลาในการจัดการท่องเที่ยวประมาณ 3 วัน 2 คืน สำหรับกิจกรรมที่ควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย การเรียนรู้เรื่องโภชนาการ การจัดการความเครียด กิจกรรมการนวดสมุนไพร กิจกรรมการเรียนรู้พืชสมุนไพร การศึกษาประเพณีและวัฒนธรรม โดยให้เหมาะสมกับสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจ ความพร้อมของแต่ละครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ลดลงจากการมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ที่มาของรายได้จะได้จากบุตรหลาน

ดังนั้นการน้อมนำแนวคิดการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ได้พระราชทาน เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทย การพัฒนาบนทางสายกลางด้วยความไม่

ประมาท คำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันในตนเอง ตลอดจนการใช้ความรู้และคุณธรรมเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีสติปัญญาและความเพียรซึ่งจะนำไปสู่ความสุขในการดำเนินชีวิตอย่างแท้จริง[8] มาใช้ในการจัดการท่องเที่ยวและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ที่ใช้ติดตามประเมินผลมีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย รวมทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และแบบประเมินความพึงพอใจของนักนักท่องเที่ยวสูงอายุ

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการจัดการท่องเที่ยวเนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่หลากหลาย มีประเพณีและวัฒนธรรมที่ดีงาม มีการคมนาคมสะดวก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษารูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อมุ่งพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของประเทศที่เติบโต อย่างมีดุลยภาพและยั่งยืนรวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการพัฒนาสินค้า และบริการทางการท่องเที่ยวในการรองรับนักท่องเที่ยวกลุ่มผู้สูงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามบริบทอีสาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ตามวงจรการปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของชุมชน และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน

ขั้นตอนที่ 3 วิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดี่ยวประเมินก่อนและหลัง (Pretest-posttest one group design) ใช้รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่พัฒนาจากขั้นที่ 2 นำไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน คืนข้อมูลและรับฟังเสียงสะท้อนจากนักท่องเที่ยวสูงอายุ ผู้ประกอบการท่องเที่ยว และผู้นำชุมชน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุ (60-70 ปี) ที่อาศัยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (active aging) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า Power =.80, Medium effect size, Alpha = 0.05 เปิดตารางของ Cohen[10] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และคำนวณเผื่อการสูญเสียอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจบริบทชุมชนโดยใช้การสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว

3. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 5-7 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 3-5 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย เท่ากับ 1 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวสูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่พักและด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 8 ข้อ และด้านกิจกรรม จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะประมาณค่า 5ระดับ และนำมาพิจารณาความถี่ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้[11]

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

5. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกาย

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity)ของเครื่องมือทุกชุดจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจำนวน 2 ท่าน นำไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อย่างระหว่าง 0.86-0.93 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับนักท่องเที่ยวสูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.85-0.91

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE 601017

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยและทีมงานกล่าวแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับนักท่องเที่ยวสูงอายุ ผู้นำชุมชน และเครือข่ายผู้ประกอบการท่องเที่ยว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงความเสี่ยงประโยชน์ที่จะได้รับ และสามารถออกจากการศึกษาได้ทันทีที่มีความประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2. ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน และบริบทชุมชนประเพณีวัฒนธรรม และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3. สังเคราะห์รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน โดยคัดเลือกตัวแทนแต่ละกลุ่มเข้าร่วมประชุมเพื่อรับฟังการนำเสนอผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน และบริบทชุมชน ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

4. ทดลองใช้รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน โดยกลุ่มนักท่องเที่ยวสูงอายุจำนวน 30 คน

5. คืนข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะนำไปแก้ไขปรับปรุง

6. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการท่องเที่ยว ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการวิจัย (Pre-test) และเมื่อดำเนินการวิจัยไป 12 เดือน (Post-test)

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับบริบทของชุมชน เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นตรง น่าเชื่อถือ และป้องกันความผิดพลาด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation)

วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยสถิติ paired sample t-Test

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 บริบทของชุมชน เป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน

ประชากรผู้สูงอายุ	จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีจำนวน 235,150 คน เป็นเพศชาย 107,876 คน เพศหญิง 127,274 คน ประชากรผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปี ขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 14 จังหวัดอุบลราชธานีจะต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้นในอีก 10 ปี ข้างหน้า และเมื่อรวมกับสัดส่วนประชากรอายุ ระหว่าง 50 – 59 ปี ที่จะเป็นผู้สูงอายุรวมจำนวน 218,245 คน จะทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 453,395 คน คิดเป็นร้อยละ 24.79 ซึ่งหมายความว่าอีก 10 ปีข้างหน้าจังหวัดอุบลราชธานีจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์
แหล่งท่องเที่ยว	ชุมชนมีวัดและสถาปัตยกรรมโบราณที่น่าสนใจอันอุดมไปด้วยคุณค่าทางศิลปะและวัฒนธรรม ได้แก่ วัดหนองป่าพง วัดบ้านหนองบ่อ วัดพระเจ้าใหญ่วิเศษ เรือโบราณ ขัวน้อย(สะพานข้ามทุ่งนา)ซึ่งมีความเก่าและและมีคุณค่าทางประวัติศาสตร์ รวมทั้งยังมีปลาจากแหล่งน้ำธรรมชาติ แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติเช่น ลำชี ลำเซบาย บึงบัว
สินค้าโอท้อป	ผ้าไหมทอมือและเครื่องทองเหลืองบ้านปะอาว ผ้าฝ้ายสีธรรมชาติบ้านหนองบ่อ กระติบข้าว หวดบ้านหนองขอน มะพร้าวเผาและข้าวหลาม ไก่ย่างบ้านท่าวารี ข้าวหอมทุ่งบ้านหัวดอน
ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น	จารีตประเพณี วัฒนธรรมที่กระทำสืบต่อกันมา เรียกว่า ฮีตสิบสองครองสิบสี่ ซึ่งเป็นงานบุญประเพณีตาม 12 เดือน ได้แก่ บุญเดือนห้าบุญสงกรานต์และวันเนาว์เป็นการสงค์น้ำพระ รวมทั้งรดน้ำขอพรจากผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือ บุญเดือนหกเป็นงานแห่เทียนเข้าพรรษาของจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งถือเป็นงานระดับชาติซึ่งพุทธศาสนิกชนในจังหงัดอุบลราชธานีโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะพาบุตรหลานไปทำบุญถวายเทียนพรรษาแก่พระภิกษุสงฆ์ บุญเดือนเก้าบุญข้าวประดับดิน จัดทำบุญประมาณตีสาม ตีสี่ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น
การคมนาคม	- สนามบินนานาชาติ 1 แห่ง ซึ่งมีสายการบินของบริษัทต่างๆ คือ การบินไทย (ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ) ทำการบินโดย หน่วยธุรกิจ ไทยสไมล์ ไทยแอร์เอเชีย (ท่าอากาศยานดอนเมือง) และนกแอร์ -รถโดยสารประจำทาง มีทั้งรถธรรมดาและรถปรับอากาศ ออกจากสถานีขนส่งสายตะวันออกเฉียงเหนือ (หมอชิตใหม่) นอกจากนี้ บริษัทขนส่งยังมีบริการรถโดยสารระหว่างอุบลราชธานีและเมืองปากเซ สปป. ลาวทุกวัน -รถไฟ มีรถด่วน รถเร็ว และรถไฟนั่งปรับอากาศด่วนพิเศษทุกวัน จากกรุงเทพฯ ผ่านจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และศรีสะเกษ สุดปลายทางที่อำเภอวารินชำราบ
อาชีพของบุคคลในชุมชน	การเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ส่วนใหญ่ใช้เครื่องจักในการทำการเกษตรทำให้งานเสร็จเร็วจึงทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานหรือคนหนุ่มสาวจะเข้าไปทำงานที่ต่างจังหวัดหรือในตัวเมืองอุบลราชธานี ส่วนผู้สูงอายุจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรหลาน จักสานหวดนึ่งข้าวเหนียว กระติบข้าว(ตำบลหนองขอน) ทอผ้าไหม (ตำบลหนองบ่อ) ทำเครื่องทองเหลือง(ตำบลปะอาว) ไก่ย่าง มะพร้าวเผา ข้าวหลาม(บ้านท่าวารี)
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	- ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานเนื่องจากการรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักซึ่งมีเป็นประเภทแป้งสูง อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มีรสเค็ม(รสนัว) เนื่องจากปรุงด้วยปลาร้าซึ่งเป็นอาหารพื้นถิ่น อาหารส่วนใหญ่จะประกอบเองภายในครัวเรือน -ด้านการจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จะมีการพูดคุยกันในการเล่าทุกข์สุขขณะไปทำบุญที่วัดแต่บางชุมชนผู้สูงอายุเดินเข้าร่วมกิจกรรมลำบากเนื่องจากถนน 4 เลนปริมาณรถมากวิ่งเร็ว ส่วนใหญ่จะอยู่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ -ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกกำลังกาย เนื่องจากมีข้อจำกัด เช่น ปวดข่า ข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักมากเดินลำบาก ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องเลี้ยงหลาน ขาดความตระหนักเพราะเข้าใจว่าตนเองอยู่ในวัยชราออกกำลังกายไม่ได้ ขาดการสนับสนุนและส่งเสริมการออกกำลังกายจากหน่วยงานภาครัฐ ในด้านบุคลากร และงบประมาณ

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามบริบทอีสาน การจัดการท่องเที่ยวใช้ทุนจากประเพณีวัฒนธรรมอันงดงาม ร่วมการส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงระยะเวลา 3 วัน 2 คืน ประเมินความประทับใจของนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุพบว่า ระยะเวลาไม่นาน

เกินไป แหล่งท่องเที่ยวอยู่ใกล้ชุมชน ที่พักมีลักษณะบ้านเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เดินทางสะดวก กิจกรรมที่จัดให้เป็นการส่งเสริมให้มีสุขภาพดี และสามารถนำมาปฏิบัติ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการสร้างภูมิคุ้มกันในตนเองให้ไกลจากโรคด้วยภูมิปัญญาของทั้งถิ่น

ตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกและแบบประเมินความพึงพอใจ ของนักท่องเที่ยวสูงอายุจำนวน 30 คน

3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.34 นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 20 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33 รายได้เฉลี่ย 1,500 บาท/เดือน มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 50

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านโภชนาการ	26.63	2.68	29.87	3.00	-7.803	.000*
การออกกำลังกาย	23.17	3.55	23.87	3.22	-2.659	.013*
การจัดการกับความเครียด	26.67	3.13	28.20	2.71	-4.782	.000*
ระดับความดันโลหิต						
ซีสโตลิค	130.83	5.88	129.10	4.93	2.184	.037*
ไดแอสโตลิค	82.10	7.60	77.10	7.87	3.265	.003*
ระดับน้ำตาลในเลือด	131.15	16.86	125.93	13.69	2.129	.043*
ค่าดัชนีมวลกาย	24.86	4.00	24.80	4.07	.228	.821

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน

3.2 ความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอยู่ในระดับที่สุดมาก เฉลี่ย = 4.29 S.D.= 0.67 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร เฉลี่ย = 4.42 S.D. = 0.81 ที่พัก และความสะดวก เฉลีย = 4.23 S.D. = 0.73 กิจกรรม เฉลี่ย =4.51 S.D.= 0.92 ระดับมากได้แก่ กระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ เฉลี่ย = 4.00 S.D. =0.56

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปรับปรุง กลุ่มผู้นำชุมชน เสนอแนะให้เพิ่มช่องทางในการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ควรมีการกำหนดราคาที่เหมาะสม สำหรับกลุ่มอาชีพอยากให้มีการประสานงานก่อนเพื่อจัดเตรียมสินค้าในการจำหน่าย ส่วนนักท่องเที่ยวสูงอายุเห็นว่าระยะเวลามีความเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีมีจารีตประเพณี โบราณสถานและแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณค่า คุณลักษณะประชากรเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ตามเกณฑ์ของสหประชาชาติ (UN) ระบุว่า เป็นสังคมสูงวัย (aging society) โดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานเนื่องจากมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. นักท่องเที่ยวสูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อรูปแบบการรูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน เพราะรูปแบบการท่องเที่ยวมีกิจกรรมการดำเนินการระยะ 3 วัน 2 คืน ซึ่งซึ่งเห็นว่าระยะเหมาะสม เนื่องจากผู้บางคนมีภารกิจในการดูแลบุตรหลาน หรือต้องพบแพทย์ตามนัด แหล่งท่องเที่ยวอยู่ภายในชุมชนทำให้ไม่เกิดความลำบากในการเดินทางซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม[11] กิจกรรมมีหลากหลายเป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้นักท่องเที่ยวสูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเองภายใต้บริบทอีสาน สอดคล้องกับทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุการทำกิจกรรมทางสังคมก่อให้เกิดสุขภาวะทางสังคม[12]

3. นักท่องเที่ยวผู้สูงอายุพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นทั้งนี้เนื่องจากได้มีการจัดกิจกรรมบรรยายและสาธิตให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. โดยการส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวผู้สูงอายุได้รับรู้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และชะลอโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมี ประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากเกิดภาระจากการรักษาโรค ส่งผลให้ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพสุขภาพ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจให้นักท่องเที่ยวสูงอายุมีความตระหนักในคุณค่าของประเพณีและวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น ซึ่งจากการศึกษาของ วราทิพย์ แก่นการ[13] เรื่องการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รอบอุทยานบึงบัว จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ชุมชนมีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมหลากหลายอันสะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิตที่บ่งบอกความเป็นตัวตนคนอีสาน มีสถาปัตยกรรมที่มีคุณค่าทางศิลปะและวัฒนธรรม รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิตร เธียรสิริ และคณะ[5] พบว่ากิจกรรมการท่องเที่ยวที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าร่วมประเพณีท้องถิ่น การศึกษาวิถีท้องถิ่น กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมเชิงสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาของ สุรีย์ ธรรมิกบวร และ ชุภาศิริ อภินันท์เดชา[7] ที่ศึกษาพบว่า การจัดการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้ง มิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการจัดการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายควรมีส่งเสริมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยเน้นความพอเพียงด้านสุขภาพโดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วม

2. ด้านการจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวควรมีความหลากหลาย เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Travel and Tourism Council (WTTC). **Travel and Tourism Economic Impact Caribbean.** World Travel and Tourism Council, London; 2017.

2. กรมการท่องเที่ยว. **แผนยุทธศาตร์พัฒนาการ ท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว พ.ศ. 2561–2564.** กรุงเทพมหานคร: กรมการท่องเที่ยว; 2561.

3. Kotler P, & Armstrong G**. Principles of Marketing**. 11th Edition. New Jersey: Pearson; 2006.

4. Sriampornekkul L, Chuntuk T. (2018). Quality Tourism for Senior Tourists. **Journal of Humanities and Social Sciences,Rajapruk University**. 2018:4(1):12-28.

5. จันทร์จิตร เธียรสิริ, ฉันทวัต วันดี, สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และกรวรรณ สังขกร. การประเมินศักยภาพการตลาด ท่องเที่ยวแบบไม่รีบเร่ง สำหรับนักท่องเที่ยวกลุ่ม ผู้สูงอายุ ในภาคเหนือตอนบน. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น.** 2555;6(1):49-62.

6. พงศ์เสวก อเนกจำนงค์พร. **พฤติกรรมการท่องเที่ยวของประชากรรุ่นเบบี้บูมในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรมการบริการและการ ท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.

7. สุรีย์ ธรรมิกบวร และ ชุภาศิริ อภินันท์เดชา. การพัฒนารูปแบบการท่องเที่ยวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมสุขภาพลุ่มแม่น้ำโขง(หมู่บ้านซะซอม) จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** 2559;28(1):25-40.

8. Phuphaibul R, Watanasak S, Thiempathom W, et al. **Project Report: Development of Sufficiency Health in Community under the Principle of Sufficiency Economy Philosophy.** Bangkok: Ramathibodi School of Nursing; 2010.

9. Kemmis S & McTaggart R. **The Action Research Planer** (3rd ed.). Victoria: Deakin University;1988.

10. Cohen J. **Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences**. New York: Academic Press. Stata Corp. 2003. STATA Reference Manual Release 10. Texas: Stata Press; 1977.

11. บุญชุม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น.** กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สุรีวิรยาสาส์น; 2545.

12. Garver MJ, Focht BC, Taylor SJ. Integrating lifestyle approaches into osteoarthritis care. **J Multidiscip Healthc**. 2015;8:409–18.

13. Eiopouslos, C. **Gerontological Nursing, (7th ed.).** Philadelphia, PA.: Norton; 2010.

14. วราทิพย์ แก่นการ. การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิง สุขภาพและวัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชนรอบอุทยานบึงบัว จังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี.** 2561;7(2):185-94.

การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

Health and drug literacy and drugs use in community, Sisaket Province.

มัลลิกา สุพล[1], ชนัชชา อุปฮาด[1]

Munlika Supon[1], Chanatcha Upahad[1]

(Received: August 30,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอนและสุ่มอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามของ ผศ.ภญ.ดร.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค มีค่า IOC 0.89 มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันโดยสถิติไค-สแคว์ หาค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณการเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการศึกษา พบว่า การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐาน การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูล ความรู้ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐาน การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น R = 0.802 และสามารถทำนายการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองได้ ร้อยละ 64.40 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ ± 0.316 จากผลการศึกษาเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เน้นส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลเสริมสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง เพื่อให้มีการใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาในระดับที่ดียิ่งขึ้น รวมถึงการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม และบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มข้นกับบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร ที่มีการจำหน่ายหรือขายยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ถูกต้อง

คำสำคัญ: 1) ความฉลาดทางด้านสุขภาพ 2) ยา 3) พฤติกรรมการใช้ยา

Abstract

This descriptive research aims to study predictive factors of Health and drug literacy and drugs use in community, Sisaket Province. 450 participants were randomized by proportional stratified random sampling simple then followed up with systemic random sampling. Data collected by questionnaires that made by Asst. Prof.Suntharee T. Chaisumritchoke, Ph.D. had IOC 0.89 and Cronbach's alpha of 0.83.Data were analyzed by Chi – square, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise multiple regression.

The results showed that the relation between health and drug literacy and drugs use behavior and reading and understanding of basic medical terms, access and searching health care information had significant at the level of 0.05. The relation between health and drug literacy and drugs use knowledge and age, reading and understanding of basic medical terms, access and searching health care information had significant at the level of .05. The multiple correlation coefficient between health and drug literacy and drugs use behavior and health and drug literacy and drugs use knowledge, access and searching health care information had significant at the level of <0.001 and the correlation coefficients was 0.802(R = 0.802). Health and drug literacy and drugs use behavior were predicted by health and drug literacy and drugs use knowledge, access and searching health care information at 64.40% and standard error of prediction was ± 0.316. Thereby strengthening the 1) knowledge, 2) access and searching health care information, 3) reading and understanding of basic medical terms is the key to success of health and drug literacy, and drugs use behavior.

Key words: 1) Health literacy 2) drug 3) drugs use behavior

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลเกิดขึ้นทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน นับเป็นปัญหาระดับชาติมานาน ตัวอย่างเช่น การบริโภคยาปฏิชีวนะโดยพบว่าประชาชนใช้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคหวัดซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสอย่างแพร่หลายประมาณ ร้อยละ 40.00 – 60.00 ในต่างจังหวัดและร้อยละ 70.00 – 80.00 ในกรุงเทพมหานคร[1] จากแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปีและสูงถึง 140,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2553 หรือ ร้อยละ 35.00 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ[2] เนื่องจากปัญหาที่สำคัญคือ 1) การใช้ยาไม่สมเหตุผล ใช้เกินความจำเป็นซึ่งเป็นปัญหาของระดับนานาชาติและของประเทศและ 2) การที่ประชาชนต้องใช้ยาราคาแพง เนื่องจากประเทศไทยไม่มีนโยบายและกลไกการควบคุมราคายาที่ชัดเจนในทุกระดับของห่วงโซ่อุปทาน นอกจากนี้ปัญหาอื่น ๆ เช่น พบยาไม่เหมาะสมในร้านชำ ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาควบคุมพิเศษ ยาที่มีรูปแบบฉลาก หรือข้อมูลไม่เหมาะสม เป็นต้น สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธรและมุกดาหาร ในปีงบประมาณ 2558, 2559 และ 2560 พบว่ามีค่าใช้จ่ายด้านยามูลค่า 2,284, 2,381 และ 2,388 ล้านบาท ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษในปีงบประมาณ 2558, 2559 และ 2560 พบว่ามีค่าใช้จ่ายด้านยามูลค่า 454, 515 และ 544 ล้านบาทตามลำดับ[3] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ข้อมูลการศึกษาต่าง ๆ พบว่ามีการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลในอัตราที่สูง ซึ่งสูงถึงครึ่งหนึ่งของการใช้ยาทั้งหมดโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา นำไปสู่การสูญเสียที่ตามมาในระดับบุคคล ตลอดจนสังคมโดยรวม ปัญหาต่อประสิทธิผลในการรักษา ทำให้มีผลกระทบในระยะยาว เช่น ปัญหาเชื้อโรคดื้อยามากขึ้นจากการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นและนำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจ[4]

มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ในกลุ่มอายุ 7 - 18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยการสุ่มจาก 24 จังหวัด 96 โรงเรียน รวม 4,800 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็น ร้อยละ 86.48 และมีเพียง ร้อยละ 5.25 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2557 มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 77 จังหวัด รวม 31,200 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.40 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 39.00 และระดับดีมากเพียง ร้อยละ 1.60[6]

เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและจากสภาพปัญหาที่มีการใช้ยาอย่างเสรี ภายใต้สถานการณ์ที่มีการส่งเสริมการขาย การกระจายยาสู่ผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพสูง นำไปสู่ปัญหาสาธารณสุข ทั้งทางด้านการติดยา การดื้อยา อันตรายจากการใช้ยารวมถึงการใช้ยาเกินความจำเป็น การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้สุขภาพด้านการใช้ยาจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการใช้ยาและความรอบรู้สุขภาพด้านการใช้ยาของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษและยังไม่มีใครจัดทำมาก่อน จึงได้สำรวจการใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษขึ้น เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยา กับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแล

สุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 450 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนและวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามของ ผศ.ภญ.ดร.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค มีค่า IOC 0.89 มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 แบบสอบถามมี 7 ตอน ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ตอนที่ 2 การดูแลสุขภาพ แหล่งบริการสุขภาพ การใช้ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ตอนที่ 3 การอ่านวิธีใช้ยาจากฉลากและซองยา ตอนที่ 4 การอ่านคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภา ตอนที่ 5 การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและการดูแลสุขภาพ ตอนที่ 6 ความรู้เมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ตอนที่ 7 การปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการควบคุมจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2019 – 016

2. ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและซักซ้อมความเข้าใจในการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล

3. ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกลุ่มตัวอย่าง พร้อมโครงร่างการวิจัยและตัวอย่างแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

4. ประสานงานกับผู้นำชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยนักวิจัย 5 คน โดยการประชุมชี้แจงทีมผู้ช่วยนักวิจัยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูล

7. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาไปบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS version 16 สถิติที่ใช้วิเคราะห์มี ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันโดยสถิติไค-สแคว์ หาค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณการเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มที่จะวิจัย

ได้การรับรองจากคณะกรรมการควบคุมจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2019 –016 วันที่รับรอง วันที่ 6 เดือน กันยายน พ.ศ. 2562 หมดอายุ วันที่ 5 เดือน กันยายน พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา

1. **ปัจจัยส่วนบุคคล** พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.60 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 29.20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.60 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 22 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 80 ปี การศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.80 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 39.10 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมี 2-4 คน ร้อยละ 59.30 การใช้จ่ายของครอบครัวมีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.90 ไม่มีบทบาทในชุมชนร้อยละ 80.70

2. **ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ แหล่งบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร** พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง ร้อยละ 58.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.40 โรคประจำตัวที่พบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.70 การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยเป็นอันดับแรกไปที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 47.10 มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 73.10 การใช้สิทธิใช้ตามสิทธิที่มีอยู่ ร้อยละ 98.40 เข้าร่วมกับกิจกรรมของ รพ.สต. หรือหน่วยงานอื่น ๆ ร้อยละ 35.30 เคยได้รับยาจากโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 34.30 รองลงมาคือร้านขายยา ร้อยละ 21.40 การเก็บรักษายาที่มีอยู่ในบ้านโดยวางถุงยาที่ได้มาบนโต๊ะหรือหลังตู้ ร้อยละ 26.90 สถานที่และบริเวณที่เก็บยาไม่มีแสงแดดส่องถึง ร้อยละ 37.90 และไม่เคยใช้ยาชุด ร้อยละ 84.20

รูปแบบ ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีเก็บไว้ใช้ที่บ้านและแหล่งที่มา ส่วนใหญ่ยาชุดมาจากร้านค้าร้านชำในชุมชน ร้อยละ 26.00 ยาเม็ดจากร้านขายยา ร้อยละ 45.30 ยาน้ำจากร้านขายยา ร้อยละ 9.10 ยาลูกกลอนจากรถเร่ขายยา ร้อยละ 4.40 ยาสมุนไพรแผนโบราณจากคลินิกแพทย์แผนไทย ร้อยละ 10.40 เครื่องดื่มสมุนไพรจากสั่งซื้อผ่านดีเจทางวิทยุ ร้อยละ 8.70 ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมจากสั่งซื้อผ่านดีเจเว็บไซด์ ร้อยละ 11.60

3.**ปัจจัยด้านการอ่านวิธีใช้ยาจากฉลากและซองยา** พบว่าส่วนใหญ่บอกจำนวนที่ต้องใช้ในแต่ละครั้งจากการอ่านฉลากได้ถูกต้อง ร้อยละ 66.70 บอกจำนวนครั้งต่อวันและเวลาที่ต้องใช้จากการอ่านฉลากได้ถูกต้อง ร้อยละ 69.10

4.**ปัจจัยด้านการอ่านคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพ** ส่วนใหญ่อ่านคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพได้ 19 คำ ขึ้นไป(ระดับสูง) ร้อยละ 76.90 เฉลี่ย 19.84 คำ การบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพส่วนใหญ่บอกได้ 19 คำ ขึ้นไป(ระดับสูง) ร้อยละ 61.80 เฉลี่ย 18.01 คำ

5.**ปัจจัยด้านการเข้าถึงการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ** พบว่าส่วนใหญ่สืบค้นหรือรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านยาและสุขภาพ ผ่านแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ร้อยละ 21.10 รองลงมาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ร้อยละ 19.20 ต่ำที่สุดผ่าน Application เช่น Smart อสม. ร้อยละ 2.00

6.**ปัจจัยด้านความรู้เมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง** พบว่าเมื่อจัดระดับความรู้เมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ มีความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.60 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 7.67 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58 มีค่ามัธยฐาน 7.00

7.**ปัจจัยด้านการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง** พบว่าการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.40

8.**การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน** พบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.796$, $p < 0.001$) การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.236$, $p < 0.001$) ($r = 0.229$, $p < 0.001$), ($r = 0.086$, $p < 0.001$) ตามลำดับ อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ดังตาราง 1

อายุ การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐาน การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 2

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ (n = 450)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรม		
	r	p-value	แปลผล
1. อายุ	-0.075	0.112	ไม่มีความสัมพันธ์
2. การอ่านคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพ	0.229	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
3. การบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพ	0.086	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
4. การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ	0.236	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
5. ความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง	0.796	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ (n = 450)

ปัจจัยคัดสรร	ความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง		
	r	P-value	แปลผล
1. อายุ	-0.109	0.021*	สัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ
2. การอ่านคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพ	0.169	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
3. การบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพ	0.047	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
4. การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ	0.172	<0.001*	สัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9.**การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ** พบว่าค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น R = 0.802 และมีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองได้ร้อยละ 64.40 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ $\pm$ 0.316 สมการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ สามารถแสดงในรูปของคะแนนดิบเป็นดังนี้ การปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง = 0.644 + 0.010 (ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง) + 0.014 (การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปร	b	S.E.	β	t	p
ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง	0.265	0.010	0.796	27.824	<0.001
การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ	0.052	0.014	0.103	3.581	<0.001
$R= 0.802$ $R^2= 0.644$ $SE_E= \pm 0.316$ $F= 12.825$ $p = <0.001$					

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความฉลาดทางสุขภาพด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น R = 0.802 และมีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองได้ร้อยละ 64.40 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ $\pm$ 0.316 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง ความสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี ซึ่งคน ๆ นั้นจะต้องมีคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) ความสามารถในการเข้าถึงซึ่งแหล่งความรู้ 2) การมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 3) การวิเคราะห์ก่อนที่จะตัดสินใจ 4) การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติการกระทำการดูแลสุขภาพ

ตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ บรรเจิด เดชาศิลปะชัยกุล (2562)[6] ได้ศึกษาการใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนเขตสุขภาพที่ 10 ผลการศึกษาพบว่า อายุ การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐาน การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูล ความรู้ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าอายุ การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐาน การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ การอ่านและบอกความหมายคำศัพท์พื้นฐานเกี่ยวกับยาและสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น R = 0.917 และสามารถทำนายการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองได้ ร้อยละ 84.00 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ $\pm$ 0.212 การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.224$, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเข้าถึงยาที่โรงพยาบาลของรัฐและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูง สืบค้นข้อมูลยาหรือสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหรือช่องทางที่หลากหลายและมีการสอบถามข้อมูลความรู้นั้นจนแน่ชัดจากบุคลากรสาธารณสุข (เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาล เภสัชกร หรือแพทย์) ในระดับสูง บ่งบอกถึงการเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพที่สูง จะทำให้มีการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองสูงตามไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา จันทร์ทา (2559)[7] ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.007$, $p < 0.050$)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการใช้ยาด้วยตนเอง การเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ดังนั้น

1. พัฒนาระบบสุขภาพ ให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ทั้งจำนวนและศักยภาพของสถานบริการ บุคลากรที่มีศักยภาพและเพียงพอไม่กระจุกตัวตามเมืองใหญ่ มีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยสามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอในการจัดบริการสุขภาพ รวมทั้งลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนในสิทธิประกันสุขภาพทั้งนี้เนื่องจากปัจจัย การดูแลสุขภาพ แหล่งบริการสุขภาพ การใช้ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง

2. พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพ ให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาทางด้านสุขภาพที่มีความถูกต้องเป็นปัจจุบันให้มีความถูกต้องแม่นยำ มีความน่าเชื่อถือ มีการสื่อสารครอบคลุมทุกช่องทาง ที่ประชาชนเข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้ เพื่อใช้ในการพัฒนาวิถีชีวิตสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง รวมทั้งช่องทางการสื่อสารออนไลน์ที่เสมอภาพและเท่าเทียมเสรี มีระบบคุ้มโครงผู้บริโภคด้านการสื่อสาร ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยการเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและการดูแลสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง

3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความฉลาดทางด้านสุขภาพตลอดช่วงอายุตามความเหมาะสมซึ่งไม่ใช่ท่องจำแต่สามารถคิดวิเคราะห์ได้ โดยการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงสถานศึกษาภาครัฐในทุกระดับ (ประถมศึกษา มัธยม มหาวิทยาลัย) ซึ่งเป็นบริการพื้นฐานที่ประชาชนควรได้รับอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ทั้งนี้

เนื่องจากความรู้ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเอง โดยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐเอกชน ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยมีแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

4. บังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มข้นกับบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กร ที่มีการจำหน่ายหรือขายยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ถูกต้อง หรือการโฆษณาเกินจริง รวมทั้งกำหนดบทลงโทษที่หนักเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ภญ.ดร.สุนทรี ท.ชัยสัมฤทธิ์โชค อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้และพัฒนาแบบสอบถาม บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะและแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.MS Health Market Prognosis, May 2015 Total Unaudited and Audited Global Pharmaceutical Market by Region 2014 – 2019 Available at https://www.imshealth.com/files/web/ Corporate

2.นภาภรณ์ ภูริปัญญวานิช. **การพัฒนาข้อเสนอระบบเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลของประเทศไทย.** ม.ป.ท.: ม.ป.ป.; 2560.

3.กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาประเทศไทย(อินเทอร์เน็ต). ม.ป.ท.: ม.ป.ป; 2561 (เข้าถึงเมื่อปี 2562 เดือนมิถุนายน วันที่ 10). **รายงานสำหรับผู้บริหาร**. เข้าถึงได้จาก: https://phdb.moph.go.th/phdb2017/index.php

4.สมคิด คงอยู่, เสาวพักตร์ ฮิ้นจ้อย. ระบาทวิทยาของโรคมือ เท้า ปาก และการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัสในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556. **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์** [วารสารออนไลน์] 2556; 45(7)

5.คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. **คู่มือการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual).** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

6.กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **ความฉลาดทางสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2554.

7.บรรเจิด เดชาศิลปะชัยกุลและชนัชชา อุปฮาด. **การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนเขตสุขภาพที่ 10.** ศรีสะเกษ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2562.

8.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และนรีมาลย์ นีละไพจิตร. **การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2558

การวิจัยปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแกนนำทีม 5 พลัง (4P-W) ในการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลแบบเสริมพลัง

Action Research on the development of the capability of the 5-core team (4P-W) in driving and driving public policy for health into action And empowerment evaluation

วิรัติ ปานศิลา[1]

Wirat Pansila

(Received: May 11,2018; Accepted: June 18,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค ที่มุ่งดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีม 5 พลัง ซึ่งเป็นเครือข่ายภาคประชาชนที่เข็มแข็ง ให้สามารถนำแนวคิดกระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชนให้เป็นรูปธรรม ด้วยการจัดกิจกรรมเสริมศักยภาพ 5 ชุดการเรียนต่อเนื่อง ผลจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ชุดที่ 1-3 ทำให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องในชุดที่ 4 และ 5 ได้ตรงตามความต้องการของทีมงานและเครือข่าย ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มกลไก 4PW จังหวัด 76 จังหวัด และ 6 เขต กทม. ที่เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพตั้งแต่ชุดการเรียนรู้ที่ 1-3 และ ภาคีเครือข่ายที่ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งบุคคลทั่วไปที่มีความสนใจที่จะนำความรู้ไปใช้ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนฯ ผลของการดำเนินการวิจัยในชุดการเรียนรู้ที่ 4 พบว่า การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ “การยกระดับสู่นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W) มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติด้วยเครือข่ายประเด็น และ มีแนวทางในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายและสามารถผลักดันนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเข้าสู่ข้อบัญญัติ/แผนของหน่วยงานระดับต่างๆ ได้ และสำหรับชุดการเรียนรู้ที่ 5 พบว่า พบว่า ผู้เรียนได้เครื่องมือ นำไปใช้ประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในจังหวัดนำความรู้จากประเด็นที่ปฏิบัติไปดำเนินการปฏิบัติจริงได้หลักการ/แนวคิด ประเมินผลแบบเสริมพลัง ประเมินความสำเร็จของนโยบายปัญญาปฏิบัติการประเมินสมรรถนะตนเองและทีม การประเมินรูปแบบคุณลักษณะซึ่งสามารถปรับใช้ได้หลากหลายหลากหลาย สามารถนำไปขับเคลื่อน และประเมินได้ เนื้อหาตรงประเด็น เข้าใจง่าย และมีข้อเสนอแนะให้ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติต้องให้ความสำคัญและสนับการดำเนินงานของทีม 5 พลังในการผลักดันกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภาคประชาชนให้เป็นรูปธรรม ต่อเนื่อง ต่อไป

คำสำคัญ : สมัชชาสุขภาพ, ทีม 5 พลัง, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

Abstract

This research is a research in the form of technical action research. Which aims to carry out activities to improve the capacity of the team of 5 which is a strong public sector network To be able to apply the concept of the process to drive the public health system to be concrete By organizing 5 capacity building activities to continue learning The result of learning activities set 1-3, resulting in continuous development in sets 4 and 5 that meet the needs of the team and the network. The research participants consisted of 4PW mechanism groups in 76 provinces and 6 districts in Bangkok that participated in the capacity development training from Learning Sets 1-3 and network partners that were the main hosts for implementing the policy. Into action Including individuals who are interested to apply knowledge to support the drive.

The results of the research in Learning Package 4 found that driving and driving policies into action "Leveraging to a participatory, intellectual-based public policy (4P-W) with knowledge and understanding of the process of driving public policy into action with a network of issues and guidelines for linking network partners and can push Public health policy to enter into legislations / plans of different levels of agencies And for learning set 5, it was found that the learner received the tools Can be used to evaluate public policy driving in the province, apply knowledge from practical issues to practice, principles / concepts Evaluation Assess the success of the intelligence policy, practice the assessment of self and team competency Assessment of styles, characteristics, which can be used in various ways Can be driven And assessable Relevant content, easy to understand and have suggestions for The National Health Office must give priority and support the operations of the 5 forces to drive the public policy process for public health to be tangible.

Keywords: Health Assembly, Team 5 Power, Public Health Policy

[1] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

กฎหมายสุขภาพที่สำคัญยิ่งในปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 27(2) ซึ่งระบุให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ ดังนั้น สช. จึงให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพทั้งในคนและในสังคม และได้ระบุถึงเครื่องมือชนิดหนึ่งในการสร้างสุขภาพของคนและชุมชน นั่นคือ “กระบวนการสมัชชาสุขภาพ”

กระบวนการสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือของคนในชุมชนที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างเสมอหน้าเคียงบ่าเคียงไหล่ในการคิด ค้น คว้าหาประเด็น ใช้ และประเมินสภาวะสุขภาพในชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขและพัฒนาสุขภาวะของชุมชน บนฐานการมีส่วนร่วมและการทำงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินงานใน 77 จังหวัด และมีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (ระดับจังหวัด) กว่า 60 จังหวัด จากข้อมูลปี พ.ศ. 2554-2559 มีการจัดสมัชชาเฉพาะพื้นที่และมีมติสมัชชาสุขภาพ โดยมติมีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติผ่านช่องทาง/แผนงบประมาณของเครือข่ายหน่วยงานต่างๆ จนผลการดำเนินการทำให้เห็นกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (PHPP) ที่ผ่านมาประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามจากรายงานสังเคราะห์ชุดความรู้เครื่องมือการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พบว่า การขับเคลื่อนนโยบายฯ ยังไม่สามารถจัดยุทธศาสตร์ได้อย่างเป็นระบบและมีพลังมากพอในการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายฯ ทำให้ความสำเร็จยังมีน้อยทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ[4]

นอกจากนี้กระบวนทัศน์ของการดำเนินกระบวนการสมัชชาสุขภาพและกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนไป โดยในปี พ.ศ. 2559 นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพสุขภาพ ได้เสนอทิศทางและภารกิจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนงานหลักของ สช. ฉบับที่ 3 เน้นบูรณาการขบวนการปฏิรูปสุขภาพ, ปฏิรูปสังคมเข้มแข็ง, ขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนจิตสำนึก วิธีคิด พฤติกรรมสุขภาพและสร้างความเป็นพลเมือง, ขยายกำลังเครือข่ายนักปฏิรูป, เปลี่ยนโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และผลักดันกฎหมายปฏิรูปสังคมและระบบสุขภาพ จึงกำหนดวิสัยทัศน์ ไว้ว่า “ระบบสุขภาพไทยพัฒนาจากกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา” (Participatory Public Policy Process based on Wisdom) โดยมีชื่อย่อเป็นภาษาอังกฤษว่า “4PW” ประกอบด้วย P: Participatory = การมีส่วนร่วม P: Public = สาธารณะ P: Policy = นโยบาย P: Process = กระบวนการ และ W: Wisdom = ปัญญา

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงเกิดโครงการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะ จัดทำหลักสูตรการเรียนรู้ 5 ชุดการเรียนรู้ ได้แก่ ชุดการเรียนรู้ที่ 1: การสร้างแรงบันดาลใจและจิตสาธารณะ ชุดการเรียนรู้ที่ 2: กระบวนการนโยบายสาธารณะ ชุดการเรียนรู้ที่ 3: เครื่องมือตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ชุดการเรียนรู้ที่ 4: การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายฯ สู่การปฏิบัติ ชุดการเรียนรู้ที่ 5: การประเมินผลแบบเสริมพลัง โครงการฯ ได้ดำเนินการแล้วเสร็จทั้งสิ้น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ชุดการเรียนรู้ที่ 1: การสร้างแรงบันดาลใจและจิตสาธารณะ และระยะที่ 2 ชุดการเรียนรู้ที่ 2: กระบวนการนโยบายสาธารณะ และชุดการเรียนรู้ที่ 3: เครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะ หรือ ทีม 5 พลัง ทั้ง 3 ชุดการเรียนรู้ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560-เดือนเมษายน 2561 รวมระยะเวลา 11 เดือน

ดังนั้นเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพครบทั้งกระบวนการ และ **จึงเกิดโครงการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะ (กทส.) ระยะที่ 3 เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา เพิ่มเติมในชุดการเรียนรู้ที่ 4: การผลักดันและขับเคลื่อน**

นโยบายสู่การปฏิบัติ และชุดการเรียนรู้ที่ 5: การประเมินผลแบบเสริมพลังกับการวางแผนพัฒนานโยบายสาธารณะ

การวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แกนนำทีมห้าพลังให้มีข้อเสนอทางเลือกนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีแนวทางในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายประเด็นโยบายสาธารณะในพื้นที่ และสามารถผลักดันเข้าสู่ข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยุทธศาสตร์จังหวัด นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายเพื่อให้ทีมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจหลักการ วิธีการในการประเมินแบบเสริมพลัง ซึ่งเป็นการประเมินผลภายในเพื่อช่วยให้เกิดการกระตุ้นหรือเสริมสร้างพลังใจซึ่งกันและกันโดยไม่ใช่เป็นการจับผิด พร้อมทั้งช่วยกันหาข้อที่ควรปรับปรุงมีกลยุทธ์หรือแนวทางใหม่ๆ มายกระดับการทำงาน รวมทั้งเกิดการบูรณาการเชื่อมโยงให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพบรรลุผลได้ในที่สุด โดยใช้ความรู้และปัญญานำการเปลี่ยนแปลง ในท้ายที่สุดจะนำไปสู่สังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) ให้มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติด้วยเครือข่ายประเด็น (ดำเนินการในชุดการเรียนรู้ที่ 4)

2. เพื่อดำเนินการให้ทีม 4PW มีแนวทางในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายประเด็นโยบายสาธารณะ ที่ทำงานขับเคลื่อนงานนโยบายสุขภาวะในพื้นที่ และสามารถผลักดันเข้าสู่ข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยุทธศาสตร์จังหวัด (ดำเนินการในชุดการเรียนรู้ที่ 4)

3. เพื่อดำเนินการให้ทีม 4PW มีความรู้ความเข้าใจหลักการ วิธีการในการประเมินแบบเสริมพลัง และสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายฯ และผลของนโยบายฯ (ดำเนินการในชุดการเรียนรู้ที่ 5)

กลุ่มเป้าหมาย

มีจำนวน 500 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มกลไก 4PW จังหวัด 76 จังหวัด และ 6 เขต กทม. ที่เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพตั้งแต่ชุดการเรียนรู้ที่ 1-3 กลุ่มที่ 2 คือ ภาคีเครือข่ายที่ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ กลุ่มที่ 3 คือ บุคคลทั่วไปที่มีความสนใจที่จะนำความรู้ไปใช้ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายฯ

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical Action Research) โดยมีกระบวนการและกิจกรรม คือ กระบวนการและเนื้อหาชุดการเรียนรู้ที่ 4 และ ชุดการเรียนรู้ที่ 5 มีระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. 2560-เดือนเมษายน 2561 รวมระยะเวลา 11 เดือน โดยที่การดำเนินการตามโครงการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะ ระยะที่ 3 จะจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (ทีม 5 พลัง) ในชุดการเรียนรู้ที่ 4 การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายฯ สู่การปฏิบัติ และชุดการเรียนรู้ที่ 5 การประเมินผลแบบเสริมพลัง ซึ่งมีรายละเอียดเนื้อหาดังนี้

4.1) ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายฯ สู่การปฏิบัติ"การยกระดับสู่นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W)" มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ของพื้นที่ วิเคราะห์ภาคีหลักและภาคีรองที่จะนำไปสู่การตัดสินใจร่วมของนโยบายฯ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติช่องทาง กลยุทธ์ต่างๆ ที่หลากหลาย ในการเข้าถึงนโยบายฯ ด้วยเทคนิคศิลปะการสร้างการยอมรับ ฝึกออกแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และเพื่อออกแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยดำเนินการกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยมีกิจกรรม คือ **(1) การบรรยายนำ** เรื่อง การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายฯ สู่การปฏิบัติ **(2) การทบทวนประเด็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่ (3) นำกรณีศึกษามาแลกเปลี่ยน บทเรียน ประสบการณ์ ช่องทางสู่นโยบายฯ (4) การยกระดับนโยบาย 4PW โดยใช้การประยุกต์วิชาการต่างๆ (5) ฝึกออกแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (ขาเคลื่อน) (6) วิเคราะห์ความเสี่ยง ของ Road map, Time line**

4.2) ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การประเมินผลแบบเสริมพลังของ 4PW เนื้อหาหลักประกอบไปด้วย การประเมินกลไก 4PW และการประเมินผลการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ (ที่ สช. สนับสนุนงบประมาณในการขับเคลื่อนนโยบายฯ 3 ประเด็น/จังหวัด หรือประเด็นคานงัด) **การประเมินผลแบบเสริมพลัง** ประกอบด้วยเนื้อหาและกิจกรรม ได้แก่ (1) แนวคิดและหลักการการประเมินผลแบบเสริมพลัง (2) ประเมินบทบาทของกลไก 4PW และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประเมินผลการนำประเด็นนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ และกำหนดตัวชี้วัดผลกระทบการเปลี่ยนแปลงการขับเคลื่อนนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ (3) Workshop 3 ขั้นตอนของการประเมินเสริมพลัง 3.1) ประเมินผลเป้าหมายภารกิจของ 4PWและตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลง 3.2) ประเมินผลปัจจัย/เงื่อนไขที่ทำให้ประสบผลสำเร็จและไม่ประสบผลสำเร็จ 3.3) กำหนดทางเลือกในการพัฒนาทีม 4PW และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนงานที่จะพัฒนาต่อไป

วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวมรวมข้อมูลโดยการบันทึกภาพ การบันทึกเสียง การเก็บเนื้อหาข้อความจากบัตรความคิด ผลสรุปเนื้อหาจากการสนทนากลุ่มย่อยและการนำเสนอต่อเวทีใหญ่ รวมทั้งแบบสอบถามความพึงพอใจ จากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สรุปผลวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของผลวิจัยด้วยหลักสามเส้า (Triangulation Technique)

ผลการวิจัย

1. ภาพรวมข้อมูลผู้เข้าร่วมอบรม (ทีม 5 พลัง) ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย กลุ่มกลไกคณะทำงานจังหวัดขับเคลื่อนพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) เครือข่ายการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เครือข่ายธรรมนูญสุขภาพ ภาคีเครือข่ายที่ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ และกลุ่มบุคคลทั่วไป (วิทยาลัยพยาบาล, มหาวิทยาลัย, ภาคประชาสังคม,)

ผู้เข้าอบรมในกลุ่มกลไกคณะทำงานจังหวัดขับเคลื่อนพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) คัดเลือกจาก 3 ประเด็นที่ทางจังหวัดขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ จากฝ่ายบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมและจากสื่อสาธารณะ ผู้เข้าอบรมในกลุ่มนี้มาจากหลากหลายองค์กร ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำงานทางด้านสุขภาวะ อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งยังทำงานในส่วนขององค์กรระดับจังหวัด เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานสภาเกษตรจังหวัด รวมทั้งอาจารย์มหาวิทยาลัย และในส่วนของการปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งกลุ่มองค์กร ภาคประชาสังคมต่างๆ เช่น สมาคม มูลนิธิที่ทำงานเชื่อมโยงกับนโยบายสาธารณะในพื้นที่

ผู้เข้าอบรมในกลุ่มบุคคลทั่วไป คือ กลุ่มสถาบันการศึกษา ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร มหาวิทยาลัยต่างๆ และกลุ่มหน่วยงานอื่นๆ เช่น ศูนย์ประสานงานวิจัยเพื่อท้องถิ่น รวมทั้งภาคประชาสังคมและกลุ่มบุคคลที่สนใจ

นอกจากกลุ่มสถาบันการศึกษา ยังมีภาคประชาสังคมหน่วยงานอื่นๆ ที่ให้ความสนใจเข้าร่วมอบรม ได้แก่ ศูนย์ประสานงานวิจัยเพื่อท้องถิ่นจังหวัด นักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มองค์กรเครือข่ายงดเหล้า เครือข่ายเด็กและเยาวชน นายกองค์กรบริหารส่วนตำบล นักจิตวิทยาเขตพื้นที่การศึกษาและมูลนิธิเครือข่ายเอดส์ เครือข่ายการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ" หรือ Health Impact Assessment (HIA)

2. ผลการพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) ให้มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติด้วยเครือข่ายประเด็น (ดำเนินการในชุดการเรียนรู้ที่ 4) ผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพชุดการเรียนรู้ที่ 4 การพัฒนาศักยภาพทีมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในจังหวัด หรือทีม 5 พลัง/ทีม 4PW ในชุดการเรียนรู้ที่ 1-3 ได้มุ่งเน้นให้ทีมฯ แต่ละจังหวัดมีความเป็นทีม เกิดแรงบันดาลใจและจิตสาธารณะ เกิดการพัฒนาแผนความดีร่วม ยกระดับแผนความดีร่วมสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม มีเครื่องมือที่นำไปขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสาธารณะ

ในพื้นที่ และเกิดยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการที่สามารถนำไปปฏิบัติร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีรูปแบบการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติอย่างมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เน้นให้ผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูด เขียน อภิปราย และลงมือกระทำร่วมกัน พร้อมทั้งมอบหมายภารกิจหรือแผนงานให้ผู้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพแต่ละชุดการเรียนรู้ได้นำไปปฏิบัติหรือใช้ประโยชน์ในพื้นจริง และนำผลการดำเนินงานกลับมาแลกเปลี่ยนในชุดการเรียนรู้ต่อไป ดังหลักคิดของโครงการฯ ที่ว่า "แลกเปลี่ยน เรียนรู้ สนุก ทำจริง และไปข้างหน้า"

ดังนั้น ผลการพัฒนาศักยภาพที่เกิดขึ้นในชุดการเรียนรู้ที่ 4 นี้ จึงเป็นผลสืบเนื่อง เชื่อมโยงกันจากชุดการเรียนรู้ที่ 1-3 ในส่วนนี้จะขอนำเสนอผลการพัฒนาศักยภาพใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ผลการใช้เครื่องมือตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ และผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ในระดับต่างๆ

3. ผลการดำเนินการให้ทีม 4PW มีแนวทางในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายประเด็นโยบายสาธารณะ ที่ทำงานขับเคลื่อนงานนโยบายสุขภาวะในพื้นที่ และสามารถผลักดันเข้าสู่ข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยุทธศาสตร์จังหวัด (ดำเนินการในชุดการเรียนรู้ที่ 4) พบว่า ผลของการขับเคลื่อนโดยภาพรวมทีมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในจังหวัด หรือทีม 5 พลังแต่ละจังหวัดได้ใช้เครื่องมือกระบวนการสมัชชาสุขภาพในการสร้างการมีส่วนร่วม เชื่อมโยงสานพลังเครือข่ายต่างๆ มาร่วมแลกเปลี่ยน วิเคราะห์และกำหนดประเด็นนโยบายสาธารณะ ผลักดันให้เป็นมติหรือนโยบายระดับจังหวัด มีการจัดเวทีเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ ทั้งนี้ จากการนำเสนอ พบว่า มีการนำเครื่องมือกระบวนการสมัชชาสุขภาพไปขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะฯ ใน 75 ประเด็น แสดงข้อมูลจำแนกตามประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ของแต่ละจังหวัด/โซนใน 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ จากการถอดบทเรียนความรู้ที่ได้จากการประเมินเสริมพลังทีมงานแบบมีส่วนร่วม ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนความคิดเห็น สรุปได้ คือ ทราบเป้าหมายของทีม และได้เรียนรู้ความหลากหลายทางความคิด รวมทั้งเกิดยอมรับซึ่งกันและกัน มีจุดตรงกลางที่อยู่ร่วมกันได้ เห็นการมีส่วนร่วมของทุกคน ความคิดที่หลากหลาย มองในทีมของตนเอง การเปิดโอกาสแสดงความคิดเห็นของคนในทีม ต่างคนต่างความรู้ ได้เพิ่มความรู้ใหม่ ๆ ในการทำงาน และเกิดความเข้าใจในการทำงานที่ต้องมองเป้าหมายและค่อยมาคิดกระบวนการในการนำไปสู่จุดหมาย ในการเรียนรู้ชุดที่ 4 เป็นการเชื่อมร้อย ช่วยวิเคราะห์เหตุและผล มีประโยชน์ต่อคนทำงานในพื้นที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานในพื้นที่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่ดี

4. ผลการดำเนินการให้ทีม 4PW มีความรู้ความเข้าใจหลักการ วิธีการในการประเมินแบบเสริมพลัง และสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายฯ และผลของนโยบายฯ (ดำเนินการในชุดการเรียนรู้ที่ 5) พบว่า แนวทางการประเมินผลแบบเสริมพลังการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) มีความสำคัญในขาประเมิน เพื่อให้ทีมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจหลักการ วิธีการ เพื่อช่วยให้เกิดการกระตุ้นหรือเสริมสร้างพลังใจซึ่งกันและกัน มีกลยุทธ์หรือแนวทางใหม่ๆ รวมทั้งเกิดการบูรณาการเชื่อมโยงให้เกิดความร่วมมือต่างๆ โดยใช้ความรู้และปัญญานำการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่สังคมสุขภาวะอย่างยั่งยืนต่อไปเนื้อหาการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินผลนโยบาย 3 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย การประเมินกลไกคณะทำงาน (คน ทีมงานและเครือข่าย) การประเมินความสำเร็จของนโยบาย และประเมินกระบวนขับเคลื่อนโนบาย ซึ่งสามารถสรุปผลการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผลนโยบาย

สรุปและอภิปรายผล

โครงการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะ ระยะที่ 3 มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน กระบวนการดำเนินงาน และเกิดผลการดำเนินงาน รวมถึงข้อเสนอแนะซึ่งสามารถสรุปได้ คือ มีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายในชุดการเรียนรู้ที่ 4 โดยการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ"การยกระดับสู่นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W)" และชุดการเรียนรู้ที่ 5 มีการประเมินผลแบบเสริมพลังการ

ขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) มีกิจกรรมประกอบไปด้วยการพัฒนาหลักสูตร และการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการฯ [4] ที่มีรายละเอียด 2 ชุดการเรียน ดังนี้

ชุดการเรียนรู้ที่ 4 การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ "การยกระดับสู่นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W)" มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในจังหวัด หรือ 'ทีม 5 พลัง/ทีม 4PW' ให้มีความรู้ความเข้าใจกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติด้วยเครือข่ายประเด็น และเพื่อให้ทีม 5 พลัง/ทีม 4PW มีแนวทางในการเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายและสามารถผลักดันนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพเข้าสู่ข้อบัญญัติ/แผนของหน่วยงานระดับต่างๆ ได้ มีเนื้อหาที่ใช้ประกอบการอบรม 6 เนื้อหาหลัก ดังนี้

การบรรยายนำเรื่องการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพสู่การปฏิบัติ การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่ทีม 5 พลังหรือทีม 4PW แต่ละจังหวัดดำเนินการอยู่นั้นเป็นเรื่องเดียวกับการเมืองภาคพลเมืองหรือประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม สช. ได้วางภารกิจและเป้าหมายในปีงบประมาณ 2562-2563 คือ การสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะโดยสังคมเพื่อเติมเต็มนโยบายสาธารณะของรัฐ สำหรับแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) [7] มี 3 แนวทางหลัก ดังนี้

1) การทำงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หน่วยงานท้องถิ่น สามารถเสนอประเด็นของตนเพื่อให้บรรจุเป็นวาระการพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสามารถเข้าร่วมเป็นแกนนำหรือเจ้าภาพในเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดและกระบวนการนโยบายสาธารณะต่าง ๆ

2) การขับเคลื่อน 4PW ในทศวรรษที่สอง ให้ความสำคัญต่อการสร้างพันธมิตรกับองค์กรส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะ อบจ. ในฐานะที่เป็นตัวแทนที่ชอบธรรมของคนชุมชนและสังคมในจังหวัด มุ่งให้เข้ามาร่วมเป็นเจ้าของและร่วมขับเคลื่อน 4PW ทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ การมีพื้นที่ระดับจังหวัดในฐานะพื้นที่ปฏิบัติการ เป็นแกนนำพาการสร้างพันธมิตรที่แข็งแกร่งภายในของจังหวัดตนเอง สามารถจัดการตนเองได้ ต้องสานพลังภาคีชุมชน ท้องถิ่น และประชาสังคมให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมด้วยการพึ่งตนเองในพื้นที่

3) การขับเคลื่อน 4PW ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคง ด้านขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจ หลุดพ้นกับดักรายได้ปานกลาง ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ด้านการสร้างโอกาสทางสังคม ด้านการเติบโตบนความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และด้านการปฏิรูประบบราชการ

การสรุปบทเรียนและประเมินผลการอบรม ในชุดการเรียนรู้ที่ 4 การผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ"การยกระดับสู่นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4P-W)" พบว่า ได้ความรู้การประเมินสถานะนโยบาย วิเคราะห์การขับเคลื่อนในแต่ละรูปแบบ เรียนรู้กลยุทธ์สำคัญ ความสำเร็จ ความล้มเหลว ทบทวนกระบวนการนโยบาย มีส่วนร่วม มีการกระตุ้นตลอดเวลา เนื้อหาเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ครอบคลุมการทำงานในพื้นที่ แตกต่างจากที่เคยอบรมมา [1] วิทยากรถ่ายทอดดีสร้างพลัง สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ แต่บางเนื้อหาการรับรู้ไม่เท่ากัน ตามไม่ทัน เวลาน้อย ข้อเสนอแนะ คือ เพิ่มเวลาหรือเพิ่มชุดเรียนรู้ เพิ่มเวลาการนำเสนอ เพิ่มการทำงานกลุ่ม เพิ่มเนื้อหาอื่นๆที่สำคัญ นอกจากด้านวิชาการ เช่น อินโฟกราฟฟิก การบันทึกข้อมูล การนำกระบวนการประชุม สันทนาการ อยากให้มีรวบรวมเอกสาร เวลามีน้อย อบรมให้ต่อเนื่องตามสถานการณ์โลก จัดพัฒนาศักยภาพทีมงานควรจัดให้มีการศึกษาดูงานในพื้นที่จริงด้วย จัดอบรมอย่างต่อเนื่อง [3] หาแนวทางการประสานกับภาคีเครือข่าย วิทยากรลงพื้นที่ด้วยเพื่อช่วยในการแนะนำเชิงนโยบาย อบรมต่อเนื่อง

ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การประเมินผลแบบเสริมพลังการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) การประเมินการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) หรือประเด็นคานงัด จังหวัด/โซนละ 3 ประเด็น มี ข้อมูลจากเวทีการอบรมชุดการเรียนรู้ที่ 5 การประเมินผลแบบเสริมพลังการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) สามารถสรุปสถานการณ์ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ 221 ประเด็น ได้ดังนี้ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (ขาขึ้น) จำนวน 23 ประเด็น

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (ขาเคลื่อน) จำนวน 155 ประเด็นการประเมินผลความต่อเนื่อง ทดแทน และการสิ้นสุดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (ขาประเมิน) จำนวน 43 ประเด็น

การสรุปบทเรียนและประเมินผลการอบรม ในชุดการเรียนรู้ที่ 5 การประเมินผลแบบเสริมพลังการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (4PW) พบว่า ได้เครื่องมือ นำไปใช้ประเมินผลการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในจังหวัดนำความรู้จากประเด็นที่ปฏิบัติไปดำเนินการปฏิบัติจริงได้หลักการ/แนวคิด ประเมินผลแบบเสริมพลัง ประเมินความสำเร็จของนโยบายปัญญาปฏิบัติ (Phronesis) [2] การประเมินสมรรถนะตนเองและทีม การประเมินรูปแบบคุณลักษณะซึ่งสามารถปรับใช้ได้หลากหลายหลากหลาย สามารถนำไปขับเคลื่อน และประเมินได้ [6] เนื้อหาตรงประเด็น เข้าใจง่าย ไม่ต้องตีความ เนื้อหาละเอียดมีความต่อเนื่อง เป็นการทบทวนการงานในจังหวัด ให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อน มีเอกสารประกอบชัดเจน มีการวิเคราะห์การทำงานเชิงลึก ทำให้เห็นบทเรียน ดึงเอาประสบการณ์ผู้เข้าร่วมมาแลกเปลี่ยน ทำให้เข้าใจง่ายมีการฝึกปฏิบัติ แต่เวลามีน้อย เวลาบางช่วงยาวเกินไป บางเนื้อหาเยอะเกินไป บางกระบวนการทำยาก ไม่สามารถทำได้ทันที ข้อเสนอแนะ ทบทวนกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 5 โมดูลในแต่ละพื้นที่ ทำคู่มือหลักสูตรการเรียนรู้ทั้ง 5 โมดูลรวบรวมเนื้อหา/กระบวนการ/เทคนิคหลักสูตรการอบรม จัดทำเป็นคู่มือสำหรับการเผยแพร่และนำไปใช้ต่อ กาสร้างเครือข่ายทีมห้าพลังในระดับต่างๆ เพื่อการขับเคลื่อนประเทศสัมมนาเชิงปฏิบัติการจะได้ทราบว่า ได้นำไปพัฒนาสร้างกระบวนการ เกิดประโยชน์อะไรบ้าง

ข้อเสนอแนะ

1. การสนับสนุนการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งผู้เข้าร่วมได้วางแผนการขับเคลื่อนงานแล้ว นำไปสานต่อในพื้นที่ จึงต้องมีการเอื้ออำนวยสนับสนุนพื้นที่ให้ต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามแผนการประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายสาธารณะของพื้นที่

2. สร้างแนวทางการติดตาม สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากเนื้อหาอบรมฯ ในรูปแบบต่าง เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนการทำงานระดับเขต/ภาค การแลกเปลี่ยนในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

3. การพัฒนาศักยภาพทีมทำงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยอาจใช้รูปแบบการของการอบรมทีม 5 พลัง แต่เพิ่มกลุ่มเป้าหมายใหม่ หรือการพัฒนาแกนนำในระดับจังหวัด/เขต/ภาค ไปขยายผลต่อในพื้นที่ของตนเองและพื้นที่ใกล้เคียง

4. การจัดทำคู่มือกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะ จากเนื้อหาการอบรมโดยละเอียดเป็นระบบ และเอื้อต่อการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

5. ทีม 5 พลังดำเนินการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมถึงการประเมินผลการขับเคลื่อนโยบายสาธารณะ ดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

6. ทีม 5 พลัง ผลักดันนโยบายสาธารณะ เข้าสู่ข้อบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงยุทธศาสตร์จังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณทีมงาน อ.ดร.สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะรวมทั้งทีมงานวิทยากรประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ คือ ดร.สมพันธ์ เตชะอธิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีบทบาท บริหารจัดการโครงการให้บรรลุตามเป้าหมาย ออกแบบทิศทางการดำเนินงานร่วมกับวิทยากรหลัก พัฒนาหลักสูตร ติดตามเอื้ออำนวย สนับสนุนและให้คำปรึกษาด้านวิชาการ การดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา และแนวทางจัดการ และทีมวิทยากรหลัก ร่วมพิจารณารายละเอียดโครงการฯ พัฒนาหลักสูตร สนับสนุนองค์ความรู้แก่ทีม 4PW/ทีม 5 พลัง ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวม และติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานประกอบด้วย ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีระวุฒิ รศ.ดร.ภาณุวัฒน์ ภักดีวงศ์ รศ.ดร.กาสัก เต๊ะขันหมาก ดร.สุรศักดิ์ บุญเทียน ทศพล สมพงษ์ อาจารย์วินัย วงศ์อาสา อาจารย์อภิรดี ดอนอ่อนเบ้า อาจารย์ธวัชชัย เคหะบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ถวิลวดี บุรีกุล และคณะ. **เอกสารชุดธรรมาภิบาล เรื่อง เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม: ;วิธีการเอื้ออำนวยการโดยใช้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน.** นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า, 2551.
2. วิรัติ ปานศิลา.บทความวิชาการ “เรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ตีพิมพ์ในหนังสือ เรื่อง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในกระบวนการนโยบายสาธารณะ ตามโครงการสัมมนาวิชาการการผลิตบัณฑิตนักพัฒนาสังคมพันธุ์ใหม่ในความรับผิดชอบร่วมกันของสังคมและการแสดงมุทิตาวิชาการ ดร.สมพันธ์ เตชะอธิก คณะมนุษย์ศาสตร์และสัมคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 30 สิงหาคม 2562 ณ รร.ราชาวดีรีสอร์ท แอนด์ โฮเทล อำเภอเมืองฯ จังหวัดขอนแก่น
3. สถาบันพระปกเกล้า. (2554) เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม: เทคนิคของเอื้อกระบวนการกลุ่ม(Technology of Participation) สถาบันพระปกเกล้า, ตุลาคม 2554
4. สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ. (2561) รายงานโครงการฉบับสมบูรณ์ โครงการกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างทีมนโยบายสาธารณะสู่สังคมสุขภาวะระยะที่ 2 (ข้อตกลงเลขที่ สช.61-ข-001) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มิถุนายน 2561
5. Pansila, W. (2015). "Technology for Participation" (TOP) "Training Materials for Public Health Educators 2nd edition of Mental Health between 19-24 April 2015 at Chantra Resort. Nakhon Nayok.
6. Pansila, W. “The process of learning to strengthen the public policy team to social well-being for social participation based on Intellectual Property (4P-W) Phase 2. The 7th International Conference on Integration of Science and Technology for Sustainable Development (7th ICIST), 2018 Patra Bali Resort and Villas, Bali, Indonesia.

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนเรื่องการพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Simulation-Based Learning on Teaching and Learning in Nursing care for women with complications during labor on Knowledge, Satisfaction and Self-Confidence, and Teamwork behaviors among Nursing Students

จิราจันทร์ คณฑา[1] พลอยไพลิน มาสุข กำแพงจินดา[1] สุดกัญญา ปานเจริญ[1] ปิ่นแก้ว โชติอำนวย[1]

Jirajan Kontha[1], Ploypailin Masuk kamphaengjinda[1],Sudkanya Pancharern[1] Pinkaew Choteamnuay[1]

(Received: April 23,2018; Accepted: June 22,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองและระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยการสอนตามปกติ เพื่ออธิบายการเกิดความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 48 คน ที่กำลังฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน โดยให้กลุ่มทดลองเรียนใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด กลุ่มควบคุมมีการเรียนการสอนตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้แบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม และแนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) แต่พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนและและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน 3) ผลการสนทนากลุ่มพบว่า นักศึกษาที่ได้เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ได้รับความรู้เรื่องการประเมินผู้ป่วย การให้ยา การรายงานแพทย์ กระบวนการพยาบาล การบริหารทีมมากขึ้น ประสบการณ์จากการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนพึงพอใจในเรื่องความมั่นใจและกล้าตัดสินใจมากขึ้น นักศึกษาส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องกิจกรรมการพยาบาล ส่วนประสบการณ์ในการทำงานเป็นทีมทำให้ผู้เรียนเข้าใจบทบาททีมดีขึ้น และการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้นักศึกษามีความรู้ ความมั่นใจในในตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง; ความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง; พฤติกรรมการทำงานเป็นทีม

Abstract

The objective of this research were to compared knowledge, satisfaction and self-confidence and team work behaviors of nursing students before and after learning by using simulations and between groups that learned using simulation-based learning with groups learned by normal teaching and to explained the occurrence of knowledge, satisfaction and self-confidence and teamwork behaviors of nursing students learning group using simulation. This research was quasi-experimental pretest-posttest with two groups design in 48 of the forth year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Sawanprarak Nakhonsawan who were practicing Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum 2. The samples were divided into 24 experimental groups and 24 control groups. The experimental group studied using simulation-based learning in nursing care for women with complications during labor. The control group studied using normal teaching. Research instruments were knowledge test, satisfaction and self-confidence questionnaire, teamwork behaviors questionnaire and

[1] พย.ม. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

structured interview. The data analyzed in terms of mean, standard deviation, pared t-test and independent t-test and qualitative data analyzed using content analysis. The major findings were: 1) The experimental group had a higher mean score of knowledge, satisfaction and self-confidence after the experiment than before the experiment significantly ($p < .001$) but teamwork behaviors before and after the experiment was no difference. 2) The mean score of knowledge, satisfaction and self-confidence of the experimental group were significantly higher than before the control group ($p < .05$). However, the team behavior of the control group and the experimental group were not different. 3)The results of the focus group found that students who had studied using simulation-based learning gained more knowledge about patient assessment, medication, medical reporting, nursing process and team management. Experiences from simulation-based learning made students satisfied about their confidence and more decision. The most students had more confidence in nursing practice especially in nursing activities as for the experience of teamwork made the students understood the role of the team better. Simulation-based learning makes nursing students increase knowledge, self-confidence so should be encouraged to be used in nursing teaching and learning to improve the nursing practice of students to be more effective.

Keywords : simulation-based learning; satisfaction and self-confidence; team work behavior

บทนำ

การเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถ และทักษะที่จำเป็น คนแห่งศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องมีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ได้แก่ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ ทักษะการร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้[1] ผู้สอนต้องเสริมสร้างประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยเน้นที่องค์ความรู้ ทักษะและสมรรถนะที่เกิดกับผู้เรียน เพื่อให้สามารถเกิดการพัฒนาได้ตลอดชีวิต ซึ่งเทคนิคการสอนต้องมุ่งเน้นให้นักศึกษาสามารถเผชิญกับปัญหา และแก้ไขปัญหาในสถานการณ์จริงได้ การเรียนการสอนโดยสถานการณ์จำลองเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์ที่คล้ายสถานการณ์จริง จะช่วยเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง คือ กระบวนการเรียนรู้ที่ผู้สอนให้ผู้เรียนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่สร้างขึ้นมา ซึ่งสถานการณ์นั้นจะมีลักษณะคล้ายกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุดทั้งสภาพแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ โดยมีการกำหนดบทบาท ข้อมูล และกติกาไว้เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิดแก้ปัญหาและตัดสินใจจากสภาพการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งผู้เรียนจะต้องใช้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับประกอบกับวิจารณญาณของตนเองให้ปฏิบัติหน้าที่ตามสถานการณ์นั้นให้ดีที่สุด ซึ่งการเรียนรู้แบบสร้างสถานการณ์จำลองนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการถ่ายโยงการเรียนได้ดี และสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาในการปฏิบัติจริงได้[2] เป็นกลยุทธ์การสอนที่ให้ผู้เรียนฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสถานการณ์จำลองเป็นการจำลองสถานการณ์จริง ให้นักศึกษาได้ฝึกทดลองก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และสามารถทำได้หลายๆครั้ง โดยไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษา[3] โดยเฉพาะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมีหลักการดังนี้[4] *1)* ***ขั้นเตรียมการ*** ประกอบด้วย *เตรียมทีมผู้สอน* ทีมผู้สอนต้องได้รับการเตรียมเพื่อให้มีความรู้ และสามารถปฏิบัติงานได้ *เตรียมผู้เรียน* ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะใช้การเรียน ***2) ขั้นสอน*** ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ การอธิบายก่อนการปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่มีการแนะนำและเตรียมการ การปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง ในขณะที่ผู้เรียนกำลังฝึกปฏิบัติ ผู้สอนต้องคอยสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด เป็นผู้อำนวยการให้การปฏิบัติของผู้เรียนดำเนินไปด้วยดี หากผู้เรียนไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือต้องการความช่วยเหลือ ผู้สอนต้องสามารถควบคุมสถานการณ์ โดยให้ข้อมูลเพิ่มหรือปรับเปลี่ยนข้อมูล หรือสิ่งกระตุ้นบางอย่างเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้การอภิปราย

สรุปและสะท้อนคิดหลังเรียน เป้าหมายของการอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดหลังเรียน คือ ต้องการให้แรงเสริมทางบวกกับผู้เรียนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด ซึ่งผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติได้ทำให้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ และเปิดโอกาสให้อภิปรายเหตุผลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสถานการณ์ดังกล่าว ***3) ขั้นประเมินผล*** การประเมินผลควรทำใน 2 มิติ ได้แก่ การประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง และประเมินเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์ด้านความรู้ เกิดขึ้นจากการสรุปผลการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดประสบการณ์และการที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เข้าใจในสิ่งที่ปฏิบัติมากขึ้น การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนพึงพอใจในประโยชน์และประสิทธิภาพที่ทำให้เกิดการเรียนรู้[5] และจากการที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ได้ปฏิบัติซ้ำหลายครั้ง และได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเอง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ.1999-2009 จากงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง[6] พบว่า การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองที่เหมือนจริงสูง หรือใกล้ความเป็นจริงร่วมกับการใช้หุ่นจำลอง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้มากขึ้น มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ มีความพึงพอใจในการเรียนและความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้ในลักษณะดังกล่าว ประมาณ 7-11 % และขณะมีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง นักศึกษามีการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย โดยอาศัยความถ้อยที ถ้อยอาศัยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาล มีการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเป็นระบบ จึงพัฒนาพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษา

การเรียนการสอนภาคปฏิบัติในวิชาชีพพยาบาลต้องฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลก่อนฝึก และขณะฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย ถ้านักศึกษาไม่มีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ หรือเมื่อนักศึกษาพบกับสถานการณ์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการให้การดูแลมาก่อนหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน จึงทำให้นักศึกษามีการตัดสินใจทางการพยาบาลไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ Khalaila[7] เกี่ยวกับสถานการณ์จำลองในการศึกษาพยาบาล โดยประเมินจากผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติทางคลินิกครั้งแรก พบว่า หลังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง นักศึกษามีความวิตกกังวลลดลง ความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น สมรรถนะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และสมรรถนะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในตนเอง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Marie, kathei, David & Jonathan[8] ได้ศึกษาการปฏิบัติโดยใช้ผู้ป่วยจำลองกับนักศึกษาพยาบาลที่เริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษาร้อยละ 61 บอกว่ามีความมั่นใจในทักษะการตรวจร่างกายของตนเอง ร้อยละ 42 บอกว่าช่วยลดความเครียดในวันแรกของการปฏิบัติทางคลินิก และมีความมั่นใจในการตรวจร่างกาย และจากการศึกษาในประเทศไทยเรื่องผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมความรู้และทักษะทางปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล และจากการประเมินการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้านของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2559 พบว่า ความพึงพอใจต่อบัณฑิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิตที่มีคะแนนต่ำสุด คือด้านความรู้และทักษะทางปัญญา[10] ผลการประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาควรได้รับการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะทางปัญญาเพิ่มขึ้นนอกจากนี้ การทำงานเป็นทีมเป็นทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพสาขาอื่นๆ ในการดูแลผู้รับบริการจากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จึงนำการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาใช้สอนในรายวิชาต่างๆ โดยนำไปใช้ในการเตรียมนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษามีความเครียด ไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติ และเมื่อฝึกปฏิบัติจริงแล้ว นักศึกษาไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะขณะฝึกปฏิบัติที่แผนกห้องคลอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ปีที่ 4 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้คาดว่า นักศึกษาจะมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ระหว่างกลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยการสอนตามปกติ
3. เพื่ออธิบายการเกิดความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กลุ่มที่เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)ชนิด 2กลุ่ม วัด 2 ครั้ง (The Pretest-Posttest with two group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ฝึกภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ฝึกภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 48 ราย ในงานวิจัยนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้สูตรของ Glass[11] ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเรื่องผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล[9] เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คนได้นำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินที่เกิดจากการทดลองมาคำนวณขนาดอิทธิพลได้ดังนี้ ขนาดอิทธิพล = (4.38 – 3.96)/0.45 = 0.93 ขนาดอิทธิพลที่ได้เท่ากับ0.93 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ดังนั้นในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจึงได้กำหนดอำนาจการทดสอบ (γ) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .80 เปิด

ตารางสำเร็จรูปประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมุติฐานทางเดียวของ Cohen[12] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแต่เนื่องจากนักศึกษาที่มาฝึกภาคปฏิบัติที่แผนกห้องคลอดตามแผนการฝึก ฝึกครั้งละ 24 คนผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 24 คนกลุ่มควบคุม 24 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 กลุ่ม ๆ ละ 12 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลากกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 จำนวนทั้งสิ้น4 กลุ่ม จนได้กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม จำนวน 24 ราย และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม จำนวน 24 ราย กำหนดจำนวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพตามวิธีการเชิงคุณภาพกับกลุ่มทดลองทั้งหมด จำนวน 24 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบความรู้และข้อคำถามเชิงวัดความรู้การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบทดสอบปรนัย จำนวน 15 ข้อ 4 ตัวเลือก คะแนนเต็ม 15 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แต่ละสถานการณ์จะวัดความรู้จากสถานการณ์จำลอง จำนวน 5 ข้อ ในเรื่องการประเมินสภาพผู้คลอด การแปลความหมายข้อมูลที่รวบรวมได้ การวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้ (ความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด / 3) ค่าเฉลี่ยคะแนน 11 - 15 คะแนน คือ มีระดับความรู้มาก คะแนน 6 - 10 คะแนน คือ มีระดับความรู้ปานกลาง คะแนน 0 - 5 คะแนน คือ มีระดับความรู้น้อย ผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (item level content validity index: I-CVI) ได้ 0.78 นำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 30 คน และคัดเลือกข้อที่มีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.2-0.8 และมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปมาใช้จริง จำนวน 20 ข้อ และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ คูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.69

2. แบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง ใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจและความมั่นใจในการเรียนรู้ (Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning) ของ national League for Nursing ที่พัฒนาขึ้นโดย เจฟฟรีย์ ซึ่งแปลโดย สมจิตต์ สินธุชัย[13] เครื่องมือมีจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นแบบสอบถามความพึงพอใจจำนวน 5 ข้อ และแบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินดังนี้ (ความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด / 3) ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67-5.00 มีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง อยู่ในระดับมาก คะแนน 2.34 - 3.66 มีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 1.00- 2.33 มีความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง อยู่ในระดับน้อย คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (I-CVI) ได้ 0.94 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 30 รายและคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .95

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม ดัดแปลงจากแบบสอบถามการทำงานเป็นทีม ของ พิสมัย แจ้งสุทธิวรวัฒน์[14] มีจำนวน 20 ข้อ มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทที่สมดุล จำนวน 4 ข้อ ด้านวัตถุประสงค์ชัดเจนและสอดคล้องกับเป้าหมาย จำนวน 4 ข้อ ด้านการเปิดเผยและเผชิญหน้ากันเพื่อแก้ปัญหา จำนวน 4 ข้อ ด้านการช่วยเหลือและไว้วางใจกัน จำนวน 4 ข้อ และด้านความร่วมมือและความขัดแย้ง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ จาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ (ความกว้างของอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด / 3) ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67 - 5.00 มีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 - 3.66 มีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.67 - 5.00 มีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับน้อย คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (I-CVI) ได้ 0.96 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 30 รายและคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .98

4. แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเป็นแนวคำถามเกี่ยวกับผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในประเด็นความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง ผู้วิจัยได้นำแนวทางการสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาในระยะคลอด จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มทดลองเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ หมายเลขรับรอง NSWPHOEC-006/62 ลงวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2562

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบวัดความรู้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง แบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนการทดลองใช้เวลาในการตอบแบบวัดทั้ง 3 ชุด 30 นาที

2. กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมในชั้นเรียน ประมาณ 30 นาที เรื่องการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง และได้รับเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และคำถามเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทั้งหมด 3 สถานการณ์

3. กลุ่มทดลองจำนวน 24 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 4 คน แบ่งเป็น 2 ทีม ทีมละ 12 คน แต่ละกลุ่มมีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทั้งหมด 3 สถานการณ์ ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 นักศึกษาแต่ละกลุ่มจะได้แสดงบทบาทในสถานการณ์ จำนวน 1 สถานการณ์ และเป็นผู้สังเกตการณ์ จำนวน 2 สถานการณ์ ในการแสดงบทบาทกลุ่มทดลองจะได้รับบทบาทที่หมุนเวียนกันเป็นหัวหน้าเวร (Incharge) จำนวน 1 คน หัวหน้าทีม (Team leader) จำนวน 1 คน สมาชิกทีม (Team member) จำนวน 2 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองสถานการณ์ละ 60 นาที แต่ละสถานการณ์ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นนำปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด 10 นาที 2) ขั้นดำเนินสถานการณ์ 20 นาที และ 3) ขั้นสะท้อนประสบการณ์และสรุปผลการเรียนรู้ 30 นาที ผู้สอนมีหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน

4. เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 แผนกห้องคลอด กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบวัดความรู้ ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง แบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังการทดลอง ใช้เวลาตอบแบบวัดทั้ง 3 ชุด 30 นาที

5. หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนรู้ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม ในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบวัดความรู้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง แบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม แบบสอบถามมีเนื้อหาเหมือนกันกับในกลุ่มทดลอง ใช้เวลาในการตอบแบบวัดทั้ง 3 ชุด 30 นาที

2. ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 แผนกห้องคลอด กลุ่มละ 2 สัปดาห์

3. ทำแบบทดสอบวัดความรู้ ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง แบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติแผนกห้องคลอด ใช้เวลาตอบแบบวัดทั้ง 3 ชุด 30 นาที

4. ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลง กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (Paired sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยการสอนตามปกติ และสถิติที (Independent sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ได้เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มที่ได้เรียนรู้ด้วยการสอนตามปกติ

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 48 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 24 ราย เป็นเพศหญิง 22 ราย เพศชาย 2 ราย เกรดเฉลี่ยสะสม 2.90 (S.D. = .32) และกลุ่มทดลอง จำนวน 24 ราย เป็นเพศหญิง 20 ราย เพศชาย 4 ราย เกรดเฉลี่ยสะสม 2.91 (S.D. = .34)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (n = 48)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
กลุ่มควบคุม								
ความรู้	6.54	1.44	ปานกลาง	7.92	1.84	ปานกลาง	-9.45	<.001*
ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง	4.07	.50	มาก	4.05	.75	มาก	.158	.876
พฤติกรรมการทำงานเป็นทีม	3.97	.86	มาก	4.33	.76	มาก	-2.621	<.05*
กลุ่มทดลอง								
ความรู้	6.63	1.93	ปานกลาง	9.13	1.83	ปานกลาง	-9.528	<.001*
ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง	3.89	.54	มาก	4.43	.45	มาก	-6.355	<.001*
พฤติกรรมการทำงานเป็นทีม	4.04	.60	มาก	4.29	.65	มาก	-1.748	.094

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.45, p < .001$)แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -.158, p = .876$) และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.621, p < .05$)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -9.528, p < .001)และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -6.355, p < .001) แต่พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนและและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (t = -1.748, p =.094)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (n = 48)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n =24)			กลุ่มทดลอง(n =24)			t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ	Mean	S.D	ระดับ		
ความรู้	7.92	1.84	ปานกลาง	9.13	1.83	ปานกลาง	-2.284	<.05
ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง	4.05	.75	มาก	4.43	.45	มาก	-2.166	<.05
พฤติกรรมการทำงานเป็นทีม	4.33	.76		4.29	.65		.09	.929

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง และพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ (t = -2.284และ -2.166, p < .05) แต่พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน(t = .09, p = .929)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

ความรู้ ผู้เรียนสะท้อนถึงความรู้ที่ได้จากการเรียนที่สำคัญ คือ หลักการประเมินสภาพผู้ป่วย อาการและอาการแสดง กระบวนการพยาบาล การรักษาและการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล ซึ่งความรู้เหล่านี้ผู้เรียนสะท้อนว่าสามารถจดจำได้ดังนี้

"ได้เห็นลำดับขั้นตอนการพยาบาลที่ถูกต้องก่อนลงมือทำจริง" "ได้ทบทวนความรู้ ได้ประเมินตนเองว่าเรารู้แค่ไหน" "ทำให้ได้รู้เรื่องการประเมินผู้ป่วย การให้ยา การรายงานแพทย์ การบริหารทีมว่าควรทำอย่างไร"

"ทำให้รู้ลำดับความสำคัญของการพยาบาล"

"รู้ว่าควรให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างไร"

"ทำให้รู้ว่าจะประเมินผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่จาก turtle sign และจากการที่โน้มไหล่หน้า 2 ครั้งแล้วไม่คลอดจากตอนที่อาจารย์ debrief"

"ความรู้ที่ได้จะได้ตอนที่เข้าสถานการณ์ sim และตอนสังเกตการณ์ แต่ที่ได้มาคือตอน debrief"

"ได้แนวทางการหาข้อมูลเพิ่ม เมื่อเจอสถานการณ์จริง แม้ว่าเราจะไม่ได้ทำเอง ก็จะทำให้เรารู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง"

"ได้รู้เรื่องการช่วยเหลือ การให้ยา การบริหารกระบวนการพยาบาล การแบ่งหน้าที่ในทีมจากสถานการณ์"

"ทำให้รู้ว่าในคนไข้ตกเลือด ความดันโลหิตสูง ควรประเมินจากอะไรบ้าง"

"ทำให้รู้ว่าควรทำกิจกรรมการพยาบาลอะไร จะได้จากช่วง debrief มากที่สุด"

"ตอนดูเพื่อนเข้า sim ได้เห็นเพื่อนทำกิจกรรมการพยาบาล จะดูว่าเพื่อนทำครบไหม ยังขาดอะไร"

"ทำให้มองเห็นภาพชัดเจนดีกว่าเรียนทฤษฎี" "หลังเรียนแบบสถานการณ์จำลอง ทำให้เข้าใจมากขึ้น"

ความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน

"ดีมาก ชอบช่วงดำเนินสถานการณ์เพราะเห็นภาพตอนนั้นเราได้ตัดสินใจจริงๆ ว่าทำอะไร มันจะทำให้จำได้มากขึ้น" "ทำให้กล้าตัดสินใจมากขึ้น"

"ชอบช่วง debrief ทำให้รู้ขั้นตอนที่ถูกต้อง ทำให้มองเห็นภาพเวลาเจอสถานการณ์จริงๆ ควรทำอย่างไร"

"การเรียนแบบ sim ควรเรียนในภาคปฏิบัติหลังเรียนจบทฤษฎีไปแล้ว" "หลังเรียนแบบสถานการณ์จำลอง ทำให้เข้าใจมากขึ้น"

"ดี อยากให้ทุกคนได้สวมบทบาท InchargeLeader member"

ความมั่นใจในการเรียน

"ตอนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จำลองจะรู้สึกมั่นใจมากขึ้น แต่ยังไม่เหมือนคนจริงๆ"

"ทำให้เราได้คำตอบที่ถูกต้องมากขึ้น"

"มั่นใจกว่าเดิมในเรื่องการพยาบาล การรวบรวมข้อมูลให้ครบก่อนตัดสินใจ"

พฤติกรรมการทำงานเป็นทีม3

"สามารถนำเอาไปใช้ในการแบ่งหน้าที่กันทำงานในกลุ่ม แต่เอาไปใช้เป็น Incharge Leader member ไม่ได้เพราะไม่ได้ทำตอนฝึกปฏิบัติ"

"การเข้า sim ต้องช่วยกันทำงาน ทำให้เราเข้าใจบทบาททีมดีขึ้น"

"ทำให้เราได้คำตอบที่ถูกต้องมากขึ้น"

"ตอนสังเกตเพื่อนที่เข้าสถานการณ์จำลอง ทำให้เราได้เรียนรู้บทบาทของ Incharge Leader ที่ชัดเจนขึ้น"

"ได้เรียนรู้ในการบริหารทีมจากการเข้าสถานการณ์จำลองว่าใครควรทำอะไร"

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของนักศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-2009 จากการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง พบว่า การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองที่เสมือนจริงสูง หรือใกล้ความเป็นจริงร่วมกับการใช้หุ่นจำลอง ทำให้นิสิตนักศึกษาพยาบาลมีความรู้มากขึ้น และสูงกว่านิสิตนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง[6] และสอดคล้องกับการศึกษาของ แกทและคณะ[15] ที่พบว่ากลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องลิ่มเลือดอุดตันในปอด และเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร มีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เหลียวและคณะ[16] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ ปอดอักเสบ ภาวะช็อก ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะช็อกจากการติดเชื้อมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ชินนิค และคณะ[17] พบว่าการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัยและคณะ[13] พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การพยาบาลผู้ป่วยไตล้มเหลวระยะสุดท้าย และการพยาบาลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารและภาวะช็อคมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเรียนโดยวิธีปกติตามหลักสูตร ผลการศึกษาดังกล่าว เมื่อพิจารณาจากทฤษฎีการเรียนรู้จากจากประสบการณ์ของ โคลป์[18,19] และกรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองของ เจฟฟรีย์[20] อธิบายได้ว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นจากประสบการณ์การสะท้อนคิดประสบการณ์และสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง[21,22] ระหว่างสรุปผลการเรียนรู้ผู้สอนจะช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิด ความรู้สึก และเหตุผลถึงประสบการณ์ที่ต้องการจะทำให้ดีขึ้น โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีกับประสบการณ์ และสรุปหลักการแนวคิดที่จะนำไปปฏิบัติหรือประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การเรียนรู้จึงเกิดขึ้นในขณะเข้าสถานการณ์จำลอง

นอกจากนี้ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จะเป็นความรู้ที่คงทนมากกว่าความรู้ที่ได้จากการบรรยาย[20,23] จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เรียนโดยลงมือปฏิบัติจริง ทำให้เข้าใจในสิ่งที่ปฏิบัติมากขึ้น ผู้เรียนจึงเรียนรู้ได้มาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมจิตต์และคณะ

[13] พบว่าผู้เรียนได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้ ได้แก่ หลักการประเมินสภาพผู้ป่วย การดำเนินของโรค กระบวนการพยาบาล การรักษาและการพยาบาล โดยเฉพาะการให้ยา ซึ่งความรู้เหล่านี้ผู้เรียนสะท้อนว่าสามารถจดจำได้นาน ดังที่ผู้เรียนสะท้อนว่า"ชอบช่วงดำเนินสถานการณ์เพราะเห็นภาพ ตอนนั้นเราได้ตัดสินใจจริงๆ ว่าทำอะไร มันจะทำให้จำได้มากขึ้น" การเรียนรู้ดังกล่าวเปลี่ยนบทบาทของผู้สอนจากการขับเคลื่อนการสอนเป็นผู้เรียนขับเคลื่อนการเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงเป็นโอกาสดีที่สุดของผู้เรียนที่จะบูรณาการความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของนักศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนโดยการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเป็นการเรียนรู้โดยลงมือปฏิบัติจริง จึงทำให้ความรู้ของผู้เรียนเพิ่มขึ้นหลังการฝึกปฏิบัติเช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการเรียนโดยฝึกปฏิบัติตามปกติ เนื่องจากการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีโอกาสได้ปฏิบัติการพยาบาลโดยกระบวนการพยาบาลตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดสถานการณ์ และสะท้อนประสบการณ์ทันทีหลังจากสิ้นสุดการเข้าสถานการณ์ทำให้สามารถปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในการให้การพยาบาลให้ดีขึ้นได้

ความพึงพอใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-2009 จากการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง พบว่า การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองที่เสมือนจริงสูง หรือใกล้ความเป็นจริงร่วมกับการใช้หุ่นจำลอง ทำให้นิสิตนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการเรียนสูงกว่านิสิตนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง[6] ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของรีสและคณะ[24] ที่ศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อพัฒนาการเรียนร่วมกันของนักศึกษาแพทย์และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาแพทย์และพยาบาลมีความพึงพอใจในประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าเฉลี่ยสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพาร์ทินและคณะ[5] ที่พบว่าการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนพึงพอใจโดยผู้เรียนรู้สึกสนุกกับการเรียนรู้ และสอดคล้องกับการศึกษาของหวังและฟิตช์พาทริค[25] ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจสูงหลังเรียน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมจิตต์และคณะ[13] พบว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจจากการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพราะทำให้สนุกกับการเรียน การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจที่เร็วขึ้น และตระหนักในความรู้ของตนเองที่ต้องพัฒนา

ความมั่นใจในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองของนักศึกษากลุ่มควบคุมก่อนทดลองและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองของนักศึกษากลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999-2009 จากการวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง พบว่า การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองที่เสมือนจริงสูง หรือใกล้ความเป็นจริงร่วมกับการใช้หุ่นจำลอง ทำให้นิสิตนักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงกว่านิสิตนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง[6] สอดคล้องกับการศึกษาของฮิคก์และคณะ[26] ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มที่เรียนในคลินิก และกลุ่มที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับในคลินิก ผลการศึกษาพบว่าความมั่นใจในตนเองกลุ่มที่เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับในคลินิกมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นหลังเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของโมลด์และคณะ[27] ที่ประเมินชุด

การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 256 ราย ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของหวังและฟิตซ์พาทริค[25] ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่าผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเอง ผลการศึกษาสอดคล้องกับมาลี คำคงและคณะ[9] ที่ศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะเห็นได้ว่าการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเอง ผู้ที่มีความมั่นใจในตนเองเป็นผู้ที่รับรู้ความสามารถแห่งตน (self efficacy) ที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากในการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 ที่แผนกห้องคลอดนั้นไม่ได้มีการฝึกบทบาทการทำงานเป็นทีมอย่างชัดเจน ไม่ได้ให้นักศึกษาแสดงบทบาทเป็น Incharge Leader และ memberในหอผู้ป่วย ทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองไม่ได้แสดงบทบาทการทำงานเป็นทีมอย่างที่เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองไม่มาก เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งมีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการทดลองมีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากสถานการณ์จำลองเป็นการจำลองสถานการณ์จริงให้นักศึกษาได้ฝึกทดลองก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และสามารถทำได้หลายๆครั้ง โดยไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีมของนักศึกษา[3] และสถานการณ์ที่มีความเหมือนจริงสูงจะสร้างเสริมทักษะในการทำงานเป็นทีมและการสื่อสาร[26,28] นอกจากนี้เมื่อนักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ที่แผนกห้องคลอด นักศึกษาจะมีการบริหารจัดการในทีมในการเก็บประสบการณ์ที่จุดต่างๆในแผนกห้องคลอด เช่น จุดรับใหม่ จุดรอคลอด และห้องคลอด นอกจากนี้ยังมีการบริหารจัดการในทีมในการทำกรณีศึกษารายกลุ่มเพื่อประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทำให้พฤติกรรมการทำงานเป็นทีมหลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง ส่วนกลุ่มทดลองพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากเมื่อนักศึกษาได้เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง นักศึกษาจะได้ฝึกบทบาทการเป็น เป็น Incharge Leader และmember ซึ่งแบ่งบทบาทหน้าที่ของผู้นำและสมาชิกกลุ่มอย่างชัดเจน เมื่อนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติจริงที่แผนกห้องคลอด นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์เหมือนกลุ่มควบคุม ไม่ได้แสดงบทบาทตามที่ได้เรียนรู้มาจากการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้นักศึกษาอาจคิดว่าไม่ได้แสดงบทบาทพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมอย่างเต็มที่ จะเห็นได้จากการแสดงความคิดเห็นของนักศึกษาจากการทำ Fogus group ที่ว่า “สามารถนำเอาไปใช้ในการแบ่งหน้าที่กันทำงานในกลุ่ม แต่เอาไปใช้เป็น Incharge Leader member ไม่ได้เพราะไม่ได้ทำตอนฝึกปฏิบัติ” ทำให้นักศึกษาประเมินพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมสูงหลังการทดลองสูงกว่าการทดลองเล็กน้อยจนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้นักศึกษามีความรู้ ความพึงพอใจ

และความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นซึ่งจะส่งผลถึงความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นในการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติในนักศึกษาพยาบาล ควรจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเพิ่มขึ้นก่อนขั้นฝึกภาคปฏิบัติในทุกแผนกทุกรายวิชาภาคปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์ก่อนการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง จะช่วยลดความผิดพลาดที่จะเกิดกับผู้รับบริการและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลต่อทักษะในการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยโดยพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาล ควรติดตามผลการใช้สถานการณ์จำลองในระยะยาว และในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการตัดสินใจทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

1.Panich W. **How does learning occur? : How to 8 Mastery Learning** [Internet]. 2012 [cited 3 May 2016].Available from : http://www.gotoknow.org / posts / 519648.2012. (in Thai)

2.Petharakorn P, Thongphet C. **Development of instructional management model using simulation scenario in emergency care subjects for Emergency Medical Certificate Program students, King Mongkut's College of Nursing Phetchaburi Province.** Research Report, Phetchaburi: Phrachomklao Nursing College;2008. (in Thai)

3.Broussard L. Simulation-based learning : How simulation help nurses improve clinical skills and preserve patient safety.**Nurse Womens Health** 2008; 12(6):521-4.

4.Suwankeerupin V,Mussi C, Tangphatwanich T. Learning management using situations for nursing students, **Journal of Nursing Science Chulalongkorn University** 2016; 28 (2):1-14. (in Thai)

5.Partin, J.L., Palyne.T.A, Slemmons,M.F. Slemmons MF.Students 'perceptions of their learning experiences using high-fidelity simulation to teach concepts relative to obstetrics. **Nurs Educ Perspect 2011**;32(3):186-8.

6.Cant,R.P. & Cooper, S.J. Simulation-Based Learning in Nurse Education:Systematic Review.**Journal of Advanced Nursing** 2010;66(1):3-15.

7.Khalaila, R. Simulation in Nursing Education : an Evaluation of Students' Outcomes at Their First Clinical Practice Combined with Simulations.**Nurse Education Today** 2014; 34:252-258.

8.Marie,N.B., Kathei,A.,David N.B. & Jonathan,B.V. The use of Human Patient Simulators Best Practices with Novice Nursing Students, **Nurse Educator** 2006;31(4):170-174.

9.Khamkong M, Licharoen P,Aramrom Y, Chitwiboon A. The effect of using simulation on self-confidence in care and advanced resuscitation for critical-emergency patients of nursing students. **Journal of Nursing College Network and Southern Public Health** 2016;3 (3):52-64. (in Thai)

10.Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan. **Report of six domains of learning evaluate of graduated student in academic year 2016**. Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan; 2017.(in Thai)

11.Srisathidnarakul B. **Research methods in nursing**. 4thed. Bangkok: U&I Inter Media ;2007. (in Thai)

12.Cohen, J.**Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2nded. Hillsdale, NJ: Erlbaum;1988.

13.Sinthuchai S, Ubolwan K,Boonsin S. Effect of high fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum.**Rama Nurs J** 2017; 23(1):113-127. (in Thai)

14.Chungsutworawat P. **The relationship between the working environment appropriate expression behavior and working as a team of staff nurses general hospital central region.** Master of nursing thesis. Department of nursing administration, Chulalongkorn university;2006. (in Thai)

15.Gates MG,Parr MB, Hughen JE. Enhancing nursing knowledge using high- fidelity simulation. **J Nurs Educ** 2011 ;51(1):9-15.

16.Liaw SY, Scherpbier A,Rethans J,Klainin-Yobas P. Assessment for simulation learning outcome: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance.**Nurs Educ Today** 2012;32 :e35-e39.

17.Shinnick M,Woo M,Evangelista LS. Predictors of knowledge gains using simulation in the education of prelicensure nursing students. **J Prof Nurse** 2012; 28(1):41-7.

18.Kolb DA. **Experience learning : Experience as the source of learning and development**. NJ : Upper Saddle River;1984.

19.Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces : Enhancing experience learning in highereducation. **Acad Manage Learn Edu** 2005;4(2):193-213.

20.Jefferies PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing.**Nurse Educ Perspect** 2005;26:96-103.

21.Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios : guidelines for nurse educators. J Nurs Educ 2010;49(1):29-35.

22.Neill MA, Wotton K. High-fidelity simulation debriefing in nursing education : a literature review. **Clin Simulat Nurs** 2010;7 : e161-e178.

23.Lasater K. High-fidelity simulation and the development of clinical judgment :students'experience. **J Nurse Educ** 2007;46(6):269-75.

24.Reese,C.E., Jeffries,P.R., Engum,S.A. Learning together : using simulations to develop nursing and medical student collaboration. **Nurse Educ Perspect** 2010;31(1):33-7.

25.Wang Al,Fitz JJ. Use of simulation among Chinese nursing students. **Clin Simulat Nurs** 2013;9:e311-e317.

26.Hicks FD, Coke L, Li S. **Effects of high fidelity simulation on nursing students ' knowledge and performance : a Pilot Study .** NCSBN 2019 ;40:1-37.

27.Mould J, White H, Gallagher. Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. **Cont Nurse J Aust Nurs Prof** 2011, 38,180-90.

28.Hovancsek M, Jeffries P, Escudero E, Foulds B, Huseb S, Iwamoto Y,et al. Creating simulation communities of practice : an international perspective**. Nurs Educ Perspect** 2009;30(2):121-5.

ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Factors Influencing the Happiness in Working of Personnel in Boromarajonani college of nursing Sawanpracharak NakhonSawan.

ศิริรัตน์ จำปีเรือง[1] พิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์[2] วงศ์สิริ แจ่มฟ้า[3] ชัชรีย์ บำรุงศรี[4]

Sirirut Chumpeeruang[1], Pimpimol Ruangrit[2], Chadcharee Bumrungsri[3], Wongsiri Jamfa[4]

(Received: October 15,2018; Accepted: November 20, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยชนิดวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทุกระดับของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 143 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ (1) แบบสอบถามถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF – THAI) (2) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (state-trait resilience inventory) และ (3) แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ผลการตรวจคุณภาพเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต พลังสุขภาพจิตและความสุขในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และพลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์และพลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัว มีความ สัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 6) ปัจจัยด้านพลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัวและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสามารถทำนายความสุขของบุคลากรได้ร้อยละ 60.7 การบริหารองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะด้านการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร เข้าใจในบริบทและความแตกต่างของบุคคล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงความมั่นคงในชีวิตเพื่อสร้างพลังสุขภาพจิต

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน, คุณภาพชีวิต และพลังสุขภาพจิต

Abstract

Objective: Study to factors Influencing the Happiness in Working of Personnel in Boromarajonani college of nursing Sawanpracharak NakhonSawan . Method: Descriptive research, the sample group is 143 personnel at all levels of Boromarajonani college of nursing Sawanpracharak Nakhonsawan. Tools, proved to be in acceptable level, that were used for conducting research are listed as the following : WHOQOL-BREF-THAI questionnaire, state-trait resilience inventory questionnaire and personal satisfactory survey. The measuring units outputted from the tools were on rating scale with a maximum of 5. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation and multiple regression analysis are the statistical measurements that were used for analyzing discovered data.

Results: By studying relationship between living standard, resilient quotient and pleasure in work of the study group, study reveals that overall life quality as well as in each individual aspects including physical, mental, interpersonal, environmental, state resilience inventory and trait resilience inventory exist correlation with happiness in work with a statistical significant level of .01.

[1] กศ.ด. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

2 3 พย.ม. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

4 วท.ม. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

6) Mental health factors from the personal traits and environmental quality are found to be significant in predicting happiness in work of members and staff with statistical significant level of .01 with 60.7 percent predicting accuracy. Conclusions: Effective organization management should be aware of promoting the life quality of personnel at all levels. Especially good relationships in organization.

Key words: Happiness in Working, Quality of life, State-trait Resilience inventory

บทนำ

การบริหารองค์กรให้เกิดประสิทธิภาพนั้นนอกจากมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคลากรแล้วยังต้องมุ่งเน้นการบริหารจัดการความแตกต่างของบุคคลในองค์กรให้เกิดความเสมอภาค เท่าเทียม เพื่อให้การทำงานบรรลุเป้าประสงค์และประสิทธิภาพสูงสุด ขณะเดียวกันบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความเข้มแข็งในจิตใจ เกิดความรักความสามัคคีในองค์กร เป็นองค์กรแห่งความสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งมีมุ่งในการพัฒนาสู่ประเทศไทย 4.0 เป้าหมายเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ประชาชนมีความสุขที่ยั่งยืน แต่จากสภาพปัญหารอบด้านทั้งเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของชีวิตล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และความสุขของบุคคลก่อให้เกิดปัญหาต่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปไม้ยางพารา ในอำเภอเมืองยะลา [1] พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานและการรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงาน ขณะที่การรับรู้ความเสี่ยงในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในการทำงาน และปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานและการรับรู้ความเสี่ยงในการทำงานสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานได้ ซึ่งจะพบได้ว่า การทำงานมีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะการทำงานที่มีความเสี่ยงมีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานลดลง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของงานและบุคคลในองค์กรรวมถึงอัตราการคงอยู่ในองค์กร ซึ่งจะพบว่า วิชาชีพพยาบาลมีอัตราการลาออกค่อนข้างสูงเนื่องจากภาระงานหนัก ความเครียดสูง ขาดความสุขในการทำงานสัมพันธ์กับการศึกษา ของบุญพิชชา จิตต์ภักดี [2] พบว่า ความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคคลยังขึ้นอยู่กับพลังสุขภาพจิตของบุคคลในการปรับตัวและเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต พลังสุขภาพจิตเป็นศักยภาพและคุณลักษณะของบุคคลในการเผชิญปัญหาต่างๆ มีการยอมรับ เข้าใจ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] ปัจจัยทางศาสนาและจิตวิญญาณมีผลต่อพลังสุขภาพจิตบุคคล[4] นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอีกด้านที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตของบุคคลสูง จากการศึกษา ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิต ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของบุคคล[5] เห็นว่า ผลกระทบของความเครียดในชีวิตประจำวันและการเผชิญความเครียดมีผลต่อพลังสุขภาพจิตของบุคคลมากกว่ามุ่งเน้นเฉพาะเหตุการณ์สำคัญในชีวิตและความเครียดเรื้อรังเท่านั้น และในการทำงานของบุคคลากรในแต่ละวันมีปัจจัยหลายด้านซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันในชีวิต อาทิเช่น การทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และตัวชี้วัดองค์กร รวมทั้งการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความแตกต่างและหลากหลาย ล้วนส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงานทั้งสิ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นองค์กรทางศึกษาซึ่งมีบุคลากรจำนวนมากและหลายระดับ และต้องทำงานร่วมกับหน่วยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยสถานบริการทางสุขภาพ โรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งการทำงานต้องทำให้บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดเพื่อคุณภาพการศึกษาผ่านการประเมินและรองรับการประกันคุณภาพการศึกษา ส่งผลให้บุคลากรในวิทยาลัยมีความเครียดและความกดดันในการทำงาน จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความเครียดจากการทำงานเพราะกลัวการไม่บรรลุตัวชี้วัดประกันคุณภาพ

การศึกษา ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงในชีวิตตนเอง เป็นผลให้ความสุขในการทำงานขาดหายไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีพลังสุขภาพจิต และเป็นองค์กรแห่งความสุขที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความสุขในการทำงาน คุณภาพชีวิตและพลังสุขภาพจิตของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานและพลังสุขภาพจิตกับความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของคุณภาพชีวิตในการทำงาน และพลังสุขภาพจิตที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนสิงหาคม 2560 - กรกฎาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 148 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 148 คน

กลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การเลือกใช้กลุ่มตัวเป็นจำนวนมากจึงมีความน่าเชื่อถือและใกล้เคียงกับความจริงมากที่สุด ผู้วิจัยใช้ขนากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลฯ ทุกคนที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนสิงหาคม 2560 - กรกฎาคม 2561 และสมัครใจเข้าในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 143 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามถามคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF - THAI จำนวน 26 คำถาม พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ซึ่งเป็นเครื่องมือผ่านการหามีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient และค่าความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การแปลผล โดยแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
2. ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
3. ด้านสัมพันธภาพสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
4. ด้านสิ่ง-แวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
5. คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

ส่วนที่ 3 แบบวัดพลังสุขภาพจิต (state-trait Resilience inventory) ภายใต้กรอบแนวคิดของ Grotberg (1995) นำมาพัฒนาต่อ[8] แบบวัดพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยแบบวัดย่อย 2 แบบ ดังนี้

1. แบบวัดพลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์ (state resilience scale) จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ (1) สิ่งที่ฉันมี (I have) จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ (2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am) จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ และ (3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can)

จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ

2. แบบวัดพลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัว (trait resilience scale) จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ คือ (1) สิ่งที่ฉันมี (I have) จำนวน 11 ข้อ (2) สิ่งที่ฉันเป็น (I am) จำนวน 8 ข้อ (3) สิ่งที่ฉันทำได้ (I can) จำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งทางบวกและลบ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ ตรงมาก ตรง ตรงและไม่ตรงพอ ๆ กัน ไม่ค่อยตรง ไม่ตรงเลย เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับพลังสุขภาพจิตต่ำมาก คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับพลังสุขภาพจิตต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับพลังสุขภาพจิตสูงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 ระดับพลังสุขภาพจิตสูง คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 ระดับพลังสุขภาพจิตสูงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นฉบับสั้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 00.00 – 24.99 คือ ไม่มีความสุขอย่างยิ่ง (very unhappy) คะแนนเฉลี่ย 25.00 – 49.99 คือ ไม่มีความสุข (unhappy) คะแนนเฉลี่ย 50.00 – 74.99 คือ มีความสุข (happy) คะแนนเฉลี่ย 75.00 – 100 คือ มีความสุขอย่างยิ่ง (very happy)

เครื่องมือที่ใช้คือ (1) แบบสอบถามถามคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (state-trait Resilience inventory) กรอบแนวคิด[9] และ(3) แบบสำรวจความสุขด้วยตนเอง ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล[10] ซึ่งแบบสอบถามทุกชุดผ่านการตรวจสอบหาค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย มาหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำมาใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 30 คนเพื่อหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามถามคุณภาพชีวิต ได้เท่ากับ .895, แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต เท่ากับ .915, .949 และ แบบสอบถามความสุขในการทำงาน เท่ากับ .836 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของผู้วิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่ NSWPHO-o19,/61 วันที่รับรอง 8 พฤษภาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้บรรยายคุณลักษณะตัวแปร ข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิต พลังสุขภาพจิต และความสุขในการทำงาน โดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

2. สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต พลังสุขภาพจิตและความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายความสุขในการทำงาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาโท มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 30,000 บาทขึ้นไป มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 29.2 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นข้าราชการ

2. คุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลางๆ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 95.87, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) = 12.977 โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$) = 28.79, (S.D. = 5.113) รองลงมาคือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านด้านสัมพันธภาพทางสังคม ตามลำดับ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 26.25, 22.82, 10.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 3.589, 3.488, 2.069 ตามลำดับ

3. พลังสุขภาพจิต ซึ่งพบว่า (1) พลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์ (state resilience scale) แบ่งเป็น 3 ด้าน โดยพบว่าด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$) = 4.162 (S.D. = .645) รองลงมา คือ ด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) =

4.054 (S.D. = .686) ด้านสิ่งที่ฉันทำได้ (I can) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x}$) = 3.99 (S.D. = .629) และพลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์โดยรวม มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.077 (S.D. = .630) โดยทุกด้านมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และ (2) พลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัว (trait resilience scale) แบ่งเป็น 3 ด้าน โดยพบว่า ด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$) = 4.146 (S.D. = .648) รองลงมา คือด้านสิ่งที่ฉันทำได้ (I can) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.107 (S.D. = .638) ด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.085 (S.D. = .659) ตามลำดับและพลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์โดยรวม มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 4.09 (S.D. = .640) โดยทุกด้านมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

4. ความสุขของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มี น้ำหนักอยู่ระหว่าง 50-60 kgms. ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 2.44 (S.D. = 1.13) มีความสูงอยู่ในช่วง 151-160 cms. ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 2.26 (S.D.= 0.78) มีเส้นรอบเอวในช่วง 71 -80 cms. ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 3.39 (S.D. = 0.96) และมีระดับภาวะเสี่ยงเท่าคนปกติ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 2.89 (S.D. = 1.09) ความสุขของกลุ่มตัวโดยรวม ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) = 63.39 (S.D. = 11.09) อยู่ในระดับมีความสุข

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต พลังสุขภาพจิต และความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และพลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์และพลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัว มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้าน พลังสุขภาพจิตกับความสุข

ตัวแปร	ความสุข
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	.670**
คุณภาพชีวิตร่างกาย	.408**
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	.535**
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ	.571**
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	.684**
พลังสุขภาพจิตตามสถานการณ์	.749**
พลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัว	.766**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

6. ปัจจัยด้านคุณภพชีวิต และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พบว่าตัวแปรด้านพลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัวและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายความสุขของบุคลากรได้ร้อยละ .607 โดยสมการพยากรณ์ความสุขของบุคลากรแสดงดังนี้ ความสุขของบุคลากร = 18.412 + 6.039 พลังสุขภาพจิตจากนิสัยประจำตัว + .590 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

คุณภาพชีวิตและพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในการทำงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งพบว่า บุคลากรมีความสุขทุกด้าน โดยรวมอยู่ในระดับมีความสุข มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับอยู่ระดับปานกลางและมีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นผลจากวิทยาลัยพยาบาลฯ มีการบริหารองค์กร ด้วยหลักธรรมาภิบาล มีการกำหนดนโยบายองค์กรเพื่อการขับเคลื่อนสถาบันร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน เน้นความร่วมแรง ร่วมใจในการทำงาน ผู้บริหารเปิดโอกาสให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนในการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยสามารถเสนอแนะได้หลากหลายช่องทาง ทั้งการเข้าพบโดยตรง โทรศัพท์ Line หรือกล่องรับความคิดเห็น เป็นต้น เมื่อพบปัญหาอุปสรรค มีการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน มีการสนับสนุนบุคลากรทุกระดับให้พัฒนาความก้าวหน้าในสายงานโดยการอบรม สัมมนาทั้งในและนอกองค์กร มีการ

กำหนดงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาไว้ชัดเจนและพอพียง มีกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจและความสุขในการทำงานเพื่อสร้างสัมพันธภาพในองค์กร ส่งผลให้บุคลากรเกิดความรัก เคารพ ให้เกียรติและยอมรับซึ่งกันและกันมี มีกิจกรรมติดตามเยี่ยมบุคลากรและครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย มีกองทุนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมทำบุญเดือนเกิดทุกเดือน หรือครบรอบวันสถาปนาวิทยาลัย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมส่งเสริมของวิทยาลัยฯ ครอบคลุมทุกด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ การงาน การเงิน สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้บุคลากรทุกระดับมีสุขในการทำงาน[11] พบว่า ความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยระดับองค์กรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน ได้แก่ นโยบายการบริหารงาน ลักษณะงาน สัมพันธภาพในที่ทำงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ขวัญ/และกำลังใจในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน รวมถึงปัจจัยด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงานและสวัสดิการ และการศึกษาของนลินรัตน์ วงศ์คุรุเสถียรและคณะ (2560) พบว่า ความสุขในการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.75, S.D. = 0.59) แต่เนื่องจากภาระงานที่ค่อนข้างมาก ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมทุกพันธกิจ ส่งผลต่อความเครียดและความกดดันจากหน้าที่รับผิดชอบ[12] กล่าวว่า อาจารย์พยาบาลมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบทั้งการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัตินอกจากนี้ยัง ต้องดำเนินงานการบริการวิชาการแก่สังคม การพัฒนางานวิจัยเพื่อให้ตอบสนองต่อการจัดการเรียนการสอนและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทย รวมทั้งเตรียมและจัดทำงานเอกสารการประกันคุณภาพการศึกษาและการรับรองสถาบันให้ครบถ้วน ด้วยภาระงานที่มีมากทำให้อาจารย์พยาบาลมีเวลาส่วนตัวลดลง ซึ่งหากมีการจัดสรรเวลาในการทำงานและส่วนตัวไม่เหมาะสม ย่อมกระทบต่อความสุขในการทำงานและคุณภาพชีวิต เกิดความเครียดและความกดดันได้ง่ายส่งผลต่อระดับพลังสุขภาพจิตลดลง[13] พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 [14] พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.34, p <.001) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .27, p <.001) ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลฯต้องตระหนักและให้ความสำคัญต่อการสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันที่ผ่อนคลาย ไม่กดดันและก่อให้เกิดความเครียดรวมถึงการจัดหาสิ่งสนับสนุน อุปกรณ์ผ่อนคลายหรือการจัดกิจกรรมคลายความเครียดสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดความตึงเครียดของบุคลากรและมีความสุขในการทำงาน

นอกจากนี้ วิทยาลัยพยาบาลฯ คำนึงถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากร โดยจัดให้มีสิ่งสนับสนุนในด้านการดูแลสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีเครื่องออกกำลังกายที่ทันสมัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อมโดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน มีห้องทำงานที่เป็นสัดส่วนและมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย พอเพียงในการทำงาน มีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยการให้รางวัล ยกย่องและประกาศเกียรติคุณ การพิจารณาค่าตอบแทนที่เหมาะสมยุติธรรม ตรวจสอบได้ รวมถึงกำหนดภาระงานที่สมดุลระหว่างคนกับงาน และมีกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคลากรทุกด้าน โดยวิทยาลัยมุ่งเน้นการพัฒนาให้บุคลากรทุกระดับให้มีคุณภาพชีวิตดี เพื่อเป็นต้นแบบทางด้านสุขภาพแก่บุคคลภานอก[15] ซึ่งพบว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงาน ได้แก่ 1) การพัฒนาความสามารถของบุคคล 2) การบูรณาการด้านสังคม 3) ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน 4) ประชาธิปไตยในองค์การ 5) ความเกี่ยวข้องอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม 6) สภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย 7) ความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว 8) ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ซึ่งวิทยาลัยฯ มีการสนับสนุนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงานในประเด็นต่างๆ ข้างต้น ส่งผลให้บุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลฯ มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรักความผูกพันองค์กร ซึ่งผลการศึกษา พบว่า บุคลากรมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพและภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[16] ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์การของพนักงานมหาวิทยาลัยทักษิณ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ความผูกพันต่อ

องค์การภาพรวมอยู่ในระดับมาก และคุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นจึงพบว่า นโยบายการพัฒนาของวิทยาลัยพยาบาล ในการสนับสนุนและพัฒนากิจกรรมต่างๆเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของบุคลากรทุกระดับ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตและพลังสุขภาพจิตของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงาน

ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่า วิทยาลัยพยาบาลฯ ควรมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพลังสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ เช่น กิจกรรมสร้างกำลังใจและแรงจูงใจในชีวิต การสร้างสัมพันธภาพด้วยสุนทรียสนทนา การปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทสังคม เป็นต้น โดยการสำรวจถึงความต้องการของบุคลากร รวมถึงจุดด้อยหรือสิ่งบกพร่องขององค์กรที่ต้องพัฒนา เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี เกิดความรักใคร่ สามัคคี ใส่ใจ รับฟัง และเอื้ออาทรต่อกัน สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับบุคลากร มีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมและมีความสุขในชีวิตและการทำงานมากขึ้น

สำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ผลการ ศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตด้านนิสัยประจำตัวและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งพลังสุขภาพจิต (resilience) เป็นคุณลักษณะของบุคคลในการเผชิญปัญหาต่างๆ มีการยอมรับ เข้าใจ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ที่เผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17] โดยปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยภายในจิตใจซึ่งเป็นศักยภาพส่วนบุคคลรวมถึงบุคลิกลักษณะส่วนตนของบุคคล ปัจจัยครอบครัวซึ่งเกิดจากการรับรู้ ส่งเสริม สนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยจากสังคมและชุมชนที่ช่วยให้ก้าวผ่านวิกฤติชีวิตไปได้[18] พลังสุขภาพจิตด้านนิสัยประจำตัว เป็นลักษณะส่วนบุคคล ที่มีความตระหนักและเข้าใจในศักยภาพตนเอง มีทัศนคติและความเชื่อภายในตนเอง และสามารถปรับและเผชิญปัญหาด้วยตนเองได้ โดยเป็นคุณลักษณะและความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคล ช่วยให้บุคคลที่ประสบปัญหาชีวิตเนื่องจากสาเหตุต่างๆ สามารถปรับตัวและฟื้นคืนสู่สภาวะสมดุลได้ ซึ่งการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสามารถทำได้โดยการ การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพและพลังสุขภาพจิต การให้กำลังใจการส่งเสริมการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ การตอกย้ำความสามารถเฉพาะตน[19] บุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลฯ มีพลังสุขภาพจิตในระดับสูง โดยบุคลากรส่วนใหญ่มีคุณลักษณะส่วนตัวที่ยืดหยุ่น ความเสี่ยงภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปกติ ไม่พบปัญหาทางด้านจิตประสาท และจากการปฏิบัติงานในภาวะที่เร่งรีบบุคลากรส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสมแม้อาจจะเกิดความเครียดและความกดดันบ้าง แต่วิทยาลัยพยาบาลฯ มีการวางระบบการทำงาน โดยจัดให้บุคลากรทำงานตรงตามศักยภาพ ความรู้ความสามารถของตนเอง มีระบบพี่เลี้ยงในการสอนงานสำหรับบุคลากรใหม่ หรือบุคลากรที่มีการปรับเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อช่วยให้บุคลากรไม่เกิดความเครียดกับการเปลี่ยนแปลงและได้มีเวลาในการเรียนรู้และปรับตัวเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ พลังสุขภาพจิตด้านนิสัยประจำตัวของบุคคลมีอิทธิพลทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากร[20] พบว่า การเห็นคุณค่าตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และ ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05[21] พบว่า พลังสุขภาพจิตด้านความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจและการจัดการกับปัญหา สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลการเรียนรู้ ได้ร้อยละ 45.2 ($R2 = 0.452$, $p<.05$)

คุณภาพชีวิต เป็นภาวะความเป็นอยู่ของบุคคลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เพศ อายุ อาชีพ และรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน ระดับการศึกษาและรายได้ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านครอบครัว และอายุ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน[22] ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลฯ มีการจัดโครงสร้างองค์กร และกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคลากรทุกระดับ ครอบคลุมทุกด้าน เพื่อให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งส่งผลต่อ

ประสิทธิภาพของงานและความสุขในการทำงานของบุคลากรร่วมด้วย โดยเฉพาะคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้บุคลากรรู้สึกมีอิสระในตนเอง และมั่นคงปลอดภัยในชีวิตการทำงาน โดยวิทยาลัยมีการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพในการทำงานที่สวยงาม สะอาด มีระเบียบ มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก สภาพแวดล้อมปราศจากมลพิษต่าง ๆ มีแหล่งข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและทันสมัย มีสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการทำงาน และมีการทำกิจกรรมสันทนาการ ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้บุคลากรรู้สึกมีอิสระในตนเอง มั่นคงในชีวิตและปลอดภัยในการทำงาน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมสามารถทำนายความสุขในการทำงานของบุคลากร[23] ซึ่งพบว่า ปัจจัยในการทำงานด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พยากรณ์การเป็นองค์การแห่งความสุขของเทศบาลในจังหวัดบึงกาฬได้ ร้อยละ 87.6 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05[23] พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลาได้ร้อยละ 39.2

ข้อเสนอแนะ

วิทยาลัยพยาบาลฯ ควรสร้างบรรยากาศการทำงานที่ผ่อนคลาย ด้วยการจัดกิจกรรมให้บุคลากรได้ทำร่วมกันโดยใช้การสื่อสารทางบวก รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อการค้นหาข้อมูลที่ง่ายและรวดเร็ว จัดหาอุปกรณ์ในการทำงานที่ทันสมัย และสร้างพื้นที่สี่เขียวลดความตึงเครียดในการทำงานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การพัฒนาวิทยาลัยให้เป็นองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน ควรนำข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและพลังสุขภาพจิตด้านนิสัยส่วนตัวมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องของบุคลากร

2. ในการวิจัยควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกหรือสุนทรียสนทนาในการทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ พลังสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคลากร

เอกสารอ้างอิง

1. กมลวรรณ โพธิ์วิทยากร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปไม้ยางพารา ในอำเภอเมืองยะลา. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2557.
2. เจษฎา นกน้อย, วรรณภรณ์ บริพันธ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2562 จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/99140. 2560.
3. ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์, จุลัยวรรณ ดวงโคตะ และนพพร ทิแก้วศรี.มาสร้างองค์กรแห่งความสุข. นนทบุรี: สองขา ครีเอชั่น 2556.
4. ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์, วิภา แซ่เซี้ย และประณีต ส่งวัฒนา. ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัย จังหวัดชายแดนใต้. 2561. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci- thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/121127.
5. เทียนทอง หาระบุตรและเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/21190.
6. นลินรัตน์ วงศ์คุรุเสถียร และคณะ. ปัจจัยที่มีส่งผลต่อความสุขในการดำเนินงานของบุคลากรสายสนับสนุน สังกัดมหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศ เพชรบุรี. 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/isshmu/article/view/147517.
7. นันท์ชัตสัณห์ สกุลพงศ์. พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง: การวิจัยแบบผสานวิธีพหุระยะเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2559.
8. บุญญาภา โพธิ์เกษม. อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน 2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/36153.

9. บุญพิชชา จิตต์ภักดี, เรมวล นันท์สุภวัฒน์ และอรอนงค์ วิชัยคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขในการทำงานและความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ. 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci-thaijo.org.
10. เปมิกา สังข์ขรณ์. คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์การของพนักงานมหาวิทยาลัยทักษิณ. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2559. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/eduthu/article/view/96286.
11. พรรณวดี สมกิตติกานนท์, ภัทรกร มุขศรีนาค และกุลธิดา สีบัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับผลการเรียนรู้ในรายวิชาสาขาวิชาจิตวิทยาของนักศึกษาจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. 2560. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www. tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/108550.
12. มาลี เกื้อนพกุล, อรอนงค์ ทวนพรมราช และอภิญญา เพียรพิจารณ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2552. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/4727.
13. มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ช.ดูวอล. กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลทหารบก. 2018. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/ JRTAN/article/view/121914.
14. มนตรี เกิดมีมูล. คุณภาพชีวิตของคนไทย : กรณีศึกษาผู้อาศัยอยู่ในเขตเมือง 2555. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/NDJ/article/view/5164.
15. วิภาดา แก้วนิยมชัยศรี. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นองค์การแห่งความสุขของเทศบาลในจังหวัดบึงกาฬ. 2556. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/Veridian-Journal/article/view/30611.
16. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิตและคณะ. คู่มือวัดความสุขด้วยตนเอง Happinometer. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล นครปฐม: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด. 2555.
17. ศิริพร พลูสวสัดิ. ผลการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเผชิญความจริงที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติดในโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองกองทัพเรือแบบพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.2555.
18. ศิริพร ลือวิภาสกุลและชวนชม ชินะตังกูร.คุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการตำรวจไทย. 2553.สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2562, จาก https://www.tci- thaijo.org/index.php/suedureasearchjournal/article/view/7286.
19. สุภาวดี ดิสโร. ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนเองและการปรึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นพลังของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.
20. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. 2545.
21. สมจินดา ชมพูนุทและวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว.พลังสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์และความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 2555. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2562, จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18082.
22. David W. Foy, Kent D. Drescher and Patricia J Watson. Religious and spiritual factors in Resilience. 2011. from Pathways to Resilience. Retrieved 4 may, 2019, from https://www.researchgate.net/publication/290022052_Religious_and_spiritual_factors_in_resilience
23. Manfred Diehl, Elizabeth L. Hay and Helena ChuiPersonal Risk and Resilience Factors in the Context of Daily Stress. .2012. Retrieved 4 may, 2019, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462024

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด

Factors Affecting Fathers Involvement in Caring for preterm infants in Postpartum Period

อัจฉโรบล แสงประเสริฐ[1], ศุภวรรณ พิมพ์พยอม[2], วัชรีพร อ่อนสด[3], ดารารัตน์ อยู่เจริญ[4], สุดกัญญา ปานเจริญ[5], จิราจันทร์ คณฑา[6]

Atcharobon sangprasert, Supawan pimpayorm, Watchareeporn ornsod, Dararut yucharoen Sudkanya Pancharern, Jirajan Kontha

(Received: August 16,2018; Accepted: September 11 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด โดยนำแนวคิดของแลมป์ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาที่มาส่งภรรยารับบริการตรวจสุขภาพ หลังคลอด 6 สัปดาห์ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 91 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบสอบถามความเครียดของการเป็นบิดา แบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดระยะหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ

ผลการวิจัย พบว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.68, SD = 0.82) ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล ความเครียดของการเป็นบิดา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวน การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด 35.8 ($F_{4,95} = 17.38$, $p < .001$) โดยการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนาย การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.358$, $\beta = 0.347$, $p = .001$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด, ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พฤติกรรมทารก, การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล

Abstract

The purpose of this predictive correlational research were to identify the fathers involvement in caring for preterm infants in postpartum period and factors affecting their fathers involvement using the conceptual framework of Lamp. The sample was composed of 91 fathers who had an involvement in caring for preterm infants in postpartum period. A systemic random sampling was used to recruit the sample. The questionnaires used to collect the data composed of 5 part demographic data, fathers involvement in caring for preterm infants in postpartum period, the knowledge and understanding on infant behaviors, participation of fathers in infant care while in the hospital, marital relationship, the fathers stress. Descriptive statistics and multiple regression were used for data analysis.

The results showed that the overall mean score of fathers involvement in caring for preterm infants in postpartum period of participants was at high level (Mean = 3.68, SD = 0.82). The percentage of total variance explained by all study variables (the knowledge and understanding on infant behaviors, participation of fathers in infant care while in the hospital, the fathers stress, marital relationship) was 35.8 percent ($F_{4,95} = 17.38$, $p < .001$). The significant variables which predicted fathers involvement in caring for preterm infants in postpartum included participation of fathers in infant care while in the hospital and marital relationship ($\beta = 0.358$, $\beta = 0.347$, $p = .001$, respectively).

Keywords : fathers involvement in caring for preterm infants in postpartum period, the knowledge and understanding on infant behaviors, participation of fathers in infant care while in the hospital.

[1 3 4 5 6] พย.ม. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

[2] ปร.ด. อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับชาติ ซึ่งส่งผลกระทบหลายระดับ ทั้งต่อตัวทารก ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ มีรายงาน ของสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 ถึงอัตราการเกิดของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ทั้งเกิดก่อนกำหนดและครบกำหนดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 คือ ร้อยละ 5.86, 5.74, 6.12 ตามลำดับ โดยจำนวน 2 ใน 3 ของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด [1]

จากการสำรวจอัตราการรอดชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวช 3 คิดเป็นร้อยละ 17.7, 17.9 และ 20.3 ตามลำดับ [2] ทารกเกิดก่อนกำหนดเหล่านี้จัดเป็นทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีระยะการเจริญเติบโตในครรภ์น้อยกว่าปกติ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายเจริญเติบโตและทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์เต็มที่ ทารกต้องปรับตัวอย่างมากต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกที่แตกต่าง จากสิ่งแวดล้อมภายในครรภ์ [3] ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และปัญหาได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัวไทย ทำให้บิดาและมารดามีบทบาทช่วยเหลือกันทั้งในบ้านและนอกบ้าน การที่มารดาต้องออกไปทำงานนอกบ้านร่วมกับบิดา ทำให้มารดามีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรลดลง สามีจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเข้า มามีส่วนร่วมช่วยเหลือมารดาและเลี้ยงดูบุตรร่วมกัน ในระยะหลังคลอด [4]

การมีส่วนร่วมในระยะหลังคลอดของบิดาในการดูแลมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดนั้น มารดาต้องมีการปรับตัวทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งหากบิดาให้การช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสม อาจจะทำให้มารดาเหนื่อยล้า และมีความเครียด เกี่ยวกับการเลี้ยงดูทารกคลอดก่อนกำหนด มีปัญหาในการเลี้ยงดูทารกคลอดก่อนกำหนดตามมา [5] การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดจำเป็นต้องอาศัยบิดาและมารดา ในการพัฒนาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ [6] บิดาซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญกับมารดาหลังคลอดมากที่สุด จึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะหลังคลอด รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นความรักใคร่ผูกพัน และความกลมเกลียวระหว่างสามีภรรยา ที่มีความเห็นอกเห็นใจกัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน พยายามช่วยกันแก้ไขปัญหา และมีความสุขในการใช้ชีวิตสมรสร่วมกัน [7] ซึ่งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญ เมื่อสามีภรรยามีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันตั้งแต่เริ่มแรก จะทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน มีความเข้าใจกัน เมื่อเริ่มมีบุตร สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี จะช่วยให้บิดามารดามีการสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการเลี้ยงดูทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างเหมาะสมต่อไป [8]

นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านรายได้ครอบครัว ซึ่งเป็นภารกิจพื้นฐานของครอบครัว มีส่วนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด กล่าวคือ ในบิดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง ในระยะหลังคลอดทารก จะส่งผลให้บิดามีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อใช้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ย่อมทำให้บิดาปรารถนาในการดูแลทารกของตน แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบิดามีรายได้ต่ำ บิดาจะคิดว่าการเกิดก่อนกำหนดของทารกจะนำมาซึ่งการเลี้ยงดูที่ยากและลำบาก อาจทำให้บิดาไม่ปรารถนาจะดูแลทารก [9] บิดาซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงควรเข้ามาช่วยเหลือภรรยา และบุตร แลมป์ [10] ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการ เข้ามามีส่วนร่วมของบิดา(father involvement)สามารถจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ (engagement) 2)การเอื้อให้ สามารถเข้าถึงบิดาได้ตามความต้องการ(accessibility) และ3) การแสดงความรับผิดชอบ(responsibility) การเข้ามามาส่วนร่วมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้บิดามีความมั่นใจในการทำบทบาทบิดา มีความภาคภูมิใจในการดูแลภรรยา และทารกคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ส่งผลให้บิดามีความรับผิดชอบมากขึ้น โดยการหา

ข้อมูลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้รู้สึกดีในการดำรงบทบาทบิดา

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดเพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมดูแลมารดาและบุตรมากขึ้น อันนำไปสู่พัฒนาการที่ดีของครอบครัวไทยในอนาคตและเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด

2. เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด ซึ่ง ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเครียดของการเป็นบิดา การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด มีภรรยาและบุตรอยู่ในระยะ 6 สัปดาห์ หลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นบิดาที่มาส่งภรรยารับบริการตรวจสุขภาพ หลังคลอด 6 สัปดาห์ ณ คลินิกวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (System random Sampling) จากบัตรคิวที่เป็นเลขคี่และ ผู้วิจัยถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการสุ่มจากเลขที่บัตรคิวที่เป็นเลขคี่ลำดับต่อไป โดยมีเกณฑ์การเลือกเข้ามาศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ 1)ผู้เป็นบิดาที่สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 3) ผู้เป็นบิดาของทารกอายุครรภ์แรกคลอดของทารกต่ำกว่า 37 สัปดาห์ เกณฑ์การตัดออกจากการศึกษา 4) อาศัยอยู่กับภรรยาตลอดระยะเวลาหลังคลอด (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้เป็นบิดาไม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตร กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ Power Analysis [11] เพื่อคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) .05, ค่าอำนาจการวิเคราะห์ (Power Analysis = .80, Anticipated Effect Size ขนาด Moderate Value = .15 จำนวนตัวแปรต้น = 5 และนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Statistic calculator version 2.0[12] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามเกี่ยวกับอายุของบิดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว การวางแผนการตั้งครรภ์ เพศของบุตร ความพึงพอใจในชีวิตสมรส

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะการวัดแบ่งเป็น 3 ระดับโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ [13] แปลผลคะแนนโดยใช้ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนี้ 0 - 0.33 หมายถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก ในระดับต่ำ 0.34-0.67 หมายถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก ในระดับปานกลาง 0.68-1.00 หมายถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 3 ระดับ มีคะแนน 1-3 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ [13] แปลผลคะแนนโดยใช้ คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น ดังนี้ 2.33-3.00 หมายถึง การมี

ส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลในระดับสูง 1.68-2.32 หมายถึง การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลในระดับปานกลาง 1.00-1.67 หมายถึง การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจำนวน 15 ข้อ มาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนน 5-1 คะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์[13] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเครียดของการเป็นบิดาผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ [13] แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีความเครียดของการเป็นบิดาในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีความเครียดของการเป็นบิดาในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีความเครียดของการเป็นบิดาในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และคะแนนเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ [13] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอดในระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด ในระดับปานกลาง 3) คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เคราะห์ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1, 0.94, 0.87, 0.82 และ 0.91 ตามลำดับ การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำมาใช้กับผู้เป็นบิดาที่มาส่งภรรยารับบริการตรวจสุขภาพ หลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อหาความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Conbach"s Alpha Coefficent) โดยค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก มีค่าครอนบาคแอลฟ่า เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีค่าครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามความเครียดของการเป็นบิดา มีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด มีค่าครอนบาคแอลฟาเท่ากับ 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 19/2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเครียดของการเป็นบิดา การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด โดยใช้สถิติพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบสมมุติฐานเพื่อหาปัจจัยทำนาย ใช้สถิติอ้างอิง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 22 – 35 ปี (ร้อยละ 83.5) อายุเฉลี่ย 31.70 ปี (SD = 5.18) รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 56.7) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 14,033 บาทต่อเดือน (SD = 6,867.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 59.5) ส่วนด้านบุตรของบิดากลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก (ร้อยละ 60.4) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดระหว่าง 2,001-2,500 กรัม (ร้อยละ 60.7) รองลงมาน้ำหนัก 1,501-2,000 กรัม (ร้อยละ 39.3) โดยมีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ยเป็น 2,083.9 กรัม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 51.4) เป็นทารกที่มีอายุครรภ์ระหว่าง 33-37 สัปดาห์ ส่วนใหญ่บุตรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็น(ร้อยละ 62.7)

คะแนนการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.68, SD= 0.82) โดยที่คะแนนระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean= 0.66, SD = 0.58) ส่วนคะแนนระดับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 2.56, SD = 0.38) ส่วนคะแนนระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 3.69, SD = 0.88) และความเครียดของการเป็นบิดามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (Mean = 2.32, SD = 0.64)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง รายได้ของครอบครัว (r = -.056) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก (r= .277, p< .05) การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล (r=.572, p< .01) ความเครียดของการเป็นบิดา (r= -.223, p< .01) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (r=.559, p< .01) และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด มีความสัมพันธ์ กับ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล ความเครียดของการเป็นบิดา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (ดังตาราง 1)

ตาราง 1ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (r) แสดงค่าความสัมพันธ์ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
รายได้ของครอบครัว	1.000	- .071	.042	.050	-.073	-.056
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก		1.000	.271*	.244	-.261**	.277*
การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ใน รพ.			1.000	.577**	.516**	.572**
ความเครียดของการเป็นบิดา				1.000	.237**	-.223**
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส					1.000	.559**
การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด						1.000

นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนาย พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล ความเครียดของการเป็นบิดา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวน การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด ได้ร้อยละ 35.8 ($F_{4,95} = 17.38$, $p< .001$) มีเฉพาะตัวแปร การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนาย การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด ($\beta = 0.358$, $p = .001$ และ $\beta = 0.347$, $p = .001$ ตามลำดับ) (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด (N = 91)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p
1.ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก	-.093	.102	-.076	.206	.410
2.สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.302	.070	.347	3.833	< .001
3.การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ใน รพ.	.353	.095	.358	4.251	< .001
4.ความเครียดของการเป็นบิดา	-.05	.08	-.09	-1.12	.320
Constant (a)	56.64	10.23		8.402	< .001
R= .524, R^2=.348, Adjusted R^2 = .358 F (4,95) = 17.38 p < .001					

สรุปและอภิปรายผล

1. การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean= 3.68, SD= 0.82) อธิบายได้ว่า โดยลักษณะการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรคลอดก่อนกำหนด บิดาส่วนใหญ่เข้ามามีส่วนร่วมโดยการสนับสนุนภรรยาให้นมบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด สังเกตพฤติกรรม พัฒนาการ และอาการผิดปกติ ของบุตร สม่ำเสมอ พูดคุยหยอกล้อเล่นกับบุตร อาบน้ำบุตร เปลี่ยนผ้าอ้อม และช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของภรรยา บิดาดูแลจัดการให้มีความพร้อมในการดำรงชีวิต ได้แก่ จัดเตรียมของใช้ เสื้อผ้า อาหารให้แก่ภรรยาและบุตร บิดาให้เวลาและมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ และสามารถให้ความช่วยเหลือทุกเวลาเมื่อมารดาและบุตรต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ นันทพร แสนศิริพันธ์ และคณะ[14] เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกชาวไทย พบว่า ในระยะหลังคลอดผู้เป็นบิดาพยายามปรับตัวต่อบทบาทใหม่ โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกและมารดาหลังคลอด ผู้เป็นบิดาจะเฝ้าสังเกต เรียนรู้พฤติกรรม และพัฒนาการของทารกอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือภรรยาในการเลี้ยงดูบุตร และทำทุกอย่างเพื่อบุตรของตน ให้การดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด พบว่า รายได้ของครอบครัว (r = -.056) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก (r= .277, p< .05) การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล (r=.572, p< .01) ความเครียดของการเป็นบิดา (r= -.223, p< .01) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (r=.559, p< .01) และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด มีเฉพาะการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด (β = 0.358, p = .001 และ β = 0.347, p = .001 ตามลำดับ)

อธิบายได้ว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด (r= -.056) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ รายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 56.7) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 14,033 บาทต่อเดือน (SD = 6,867.3) ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวและสามารถจัดหาสิ่งต่างๆ สำหรับการดูแลมารดาและทารกคลอดก่อนกำหนดได้ ส่งผลให้บิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมโดยให้การช่วยเหลือ สนับสนุนที่จำเป็นในการดำรงชีวิต แก่ภรรยาและทารกคลอดก่อนกำหนดหลังคลอดได้มากขึ้น ดังการศึกษาของมยุรี จันทน์เทศ[15] ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการดำรงบทบาทในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล สามารถทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด (β = 0.358, p = .001) ทั้งนี้เนื่องจาก นโยบายของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เปิดโอกาสให้บิดา และมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ตั้งแต่การสัมผัสร่างกายทารกคลอดก่อนกำหนด การให้นม การเปลี่ยนผ้าอ้อม จนถึงการอาบน้ำหรือเช็ดตัวตามสภาพทารก ซึ่งเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า บิดาส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในระดับสูง (Mean = 2.56, SD = 0.38) การที่บิดาได้มีโอกาสสัมผัสทารกคลอดก่อนกำหนด ให้การดูแลทารกจะทำให้บิดามีความมั่นใจมากขึ้น ในการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกในระยะหลังคลอด[16] กล่าวว่า ถ้ามารดาและทารกได้อยู่ด้วยกันหลังคลอด จะทำให้มารดามีความคุ้นเคยกับทารก และรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลทารก

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดได้ (β = 0.347, p = .001) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความเกี่ยวข้องกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.69, SD = 0.88) จึงทำให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด อธิบายได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดีย่อมเกิดจากการที่ทั้งภรรยาและสามี มีความรัก ความเข้าใจ มีความรับผิดชอบในหน้าที่ ทำให้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนั้นเป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่มีการยึดเหนี่ยวต่อจิตใจ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่ร่วมกับภรรยา ภรรยาจึงเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุด กับกลุ่มตัวอย่าง อาจจะให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีปัญหา ทำให้ภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการปรึกษาหารือร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น มีความเอื้ออาทรห่วงใยมีความเอาใจใส่ และช่วยเหลือกันในการแบ่งเบาภาระบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว และร่วมกันรับผิดชอบในการเลี้ยงดูทารก สิ่งเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้บิดาทารกคลอดก่อนกำหนดสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชลดา สติปัญ และคณะ[17] พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ พฤติกรรมทารก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ เข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอด ก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด (r= .277, p< .05) แต่ไม่สามารถทำนายการเข้ามามีส่วนร่วม ของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารก อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 0.66, SD = 0.58) บิดาที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทารกคลอดก่อนกำหนด บิดาสามารถเพิ่มคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดากับทารก สามารถตอบสนองความต้องการของทารก และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลทารก

ความเครียดของการเป็นบิดา ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดของการเป็นบิดา มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด (r= -.223, p< .01) แต่ไม่สามารถทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดได้ อธิบายได้ว่า เมื่อความเครียดเกิดขึ้นแล้ว มีผลต่อสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.69, SD = 0.88) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอด ซึ่งแสดงว่า ภรรยาของบิดาทารกคลอดก่อนกำหนด น่าจะ

ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนในการเลี้ยงดูทารกคลอดก่อนกำหนด จึงทำให้ภรรยาและบิดาได้มีปฏิสัมพันธ์กับทารก ทำให้บิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภกร ไชยนาและคณะ[18] ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลมีและคณะ[19] ที่พบว่า ความเครียดของบิดามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาล โดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเพื่อให้บิดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระยะหลังคลอดที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

2. ด้านการวิจัย พยาบาล และนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปศึกษาต่อยอด โดยการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บิดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด มีการดูแลสุขภาพของทารกในระยะหลังคลอดที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.2560
2. สถิติงานห้องคลอด. สถิติงานห้องคลอดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์, 2561.
3. Blackburn, S.T., & Vadenberg, K.A. Assessment and management of neonatal neurobehavioral development. In C. Kanner, A. Brueggemeyer, & L.P. Gunderson (Eds.) Comprehensive Neonatal Nursing (pp. 1095-1130). Philadelphia : W.B.Saunders. 1993.
4. McVeigh, C. A., Baafi, M., & Williamson, M. Functional status after fatherhood: An Australian study. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 31(2), 165–171. 2002.
5. Cheng, C. Y., Fowles, E. R., & Walker, L. O. Postpartum maternal health care in the United States: A critical review. The Journal of Perinatal Education, 15(3), 34–42. 2006.
6. Klaus, M. H., & Kennell, J. H. Parent-infant bonding. (2th ed.). St. Louis: The C. V. Mosby. 1982.
7. Spanier, G.B. Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family, 38, 15-28. 1976.
8. Parke, R. D. Father involvement. Marriage & Family Review, 29(2 - 3), 43-58. 2000.
9. Jensen, M.D., Benson, R.C. and Bobak, I.MMaternity Care : The Nurse &Family. 2nd ed. St. Louis : The C.V. Mosby Company. 1981.
10. Lamb, M. E. The history of research on father involvement. Marriage & Family 2000. Review, 29(2),23-42. doi:10.1300/J002v29n02_03
11. Cohen,J., Cohen,P., West, S. G., & Aiken, L.S.Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Science.(3rd ed).New York: Lawrence Earlbaum Associated, 2003.
12. Soper, D.Statistic calculator version 2.0. Retrieved September 13, from http://www.Danielsoper.com/ statcalcalc01.Aspx, 2009.
13. Best, J.W. Research in education. 3 nd ed. NJ : Orentic. Hall. 1977.
14. นันทพร แสนศิริพันธ์, ฉวี เบาทรวง, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, และกรรณิการ์ กันธะรักษา. การเป็นบิดา: ประสบการณ์ของผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะภรรยาคลอดบุตรและระยะหลังคลอด. (รายงานการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2557.

15. มยุรี จันทน์เทศ. การส่งเสริมมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ให้ประสบความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาที่มีคุณภาพ. รายงานวิจัย. ราชบุรี. 2556.

16. Pillitteri, A. Maternal – Newborn Nursing. Boston: Little Brown And Company. 1981.

17. ชลดา สติปัญ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, นันทพร แสนศิริพันธ์. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรักใคร่ผูกพัน ระหว่างบิดากับทารกและการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด. พยาบาลสาร, 43(ฉบับพิเศษ). 71-81. 2559.

18. ศุภกร ไชยนา. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด. พยาบาลสาร, 43(2), 85-96. 2559.

19. Halme, N., Astedt-Kurki, P.,&Tarkka, M.-T Fathers'involvement with their preschool-age children: how fathers spend time with their children in different family structures. Child and Youth Care Forum, 38(3), 103-119, 2009.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

The result of exercise program with food control which get into body mass index (BMI) and body fat program for male student who have overweight

พงษ์เอก สุขใส[1] ปัญญา สังขวดี[2] ภัควัฒน์ เชิดพุทธ[2] จันทร์นิภา เชื้อนุ่น[3] ฉัตรสุดา ทรัพย์เจริญ[3] ศุภกร โป้มี[3] วรัญญา ทองใบ[3]

(Received: June 18,2018; Accepted: August 12,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นนิสิตชายคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กำลังศึกษาอยู่ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากอาสาสมัครนิสิตจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระหว่างก่อนการฝึกและหลังการฝึก สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนการฝึกและหลังการฝึก โดยการวิเคราะห์แบบก่อนหลัง (T-test Dependent)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ของนิสิตชายคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนการฝึกและหลังการฝึก สัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 6 มีค่าเท่ากับ 25.62 กับ 24.82 และ ค่าเท่ากับ 23.27 และ 21.75 ตามลำดับ และหลังจากฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมการออกกำลังกาย, การควบคุมอาหาร, ค่าดัชนีมวลกาย, ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน, ภาวะน้ำหนักเกิน

Abstract

The objectives of this study were to study and to compare the result of exercise program with food control which get into body mass index (BMI) and body fat program for male student who have overweight. The participants consisted of 10 male students Faculty of Education, Naresuan University who was studying in semester 2, academic year 2017 by using purposive sampling from 10 volunteers. The tools used consisted of exercise program with food control which get into body mass index (BMI) and body fat percentage for male students who have overweight. To analyze the data, the researcher employed mean, standard deviation compared between before participating the program and after participating the program week 1 and week 6 by the comparison of body mass index (BMI) and body fat percentage, and analyze the differences using a dependent t-test.

The findings were as follows: 1) The mean of body mass index (BMI) and body fat percentage of male students Faculty of Education, Naresuan University who have overweight before participating the program and after participating the program week1 and week 6 were 25.62/24.82 and 23.27/21.75 respectively. 2) After participating in exercise program with food control which get into body mass index (BMI) and body fat percentage for male students who have overweight, their body mass index (BMI) and body fat percentage have reduced at the 0.05 level of significance.

Keywords: exercise program, food control, body mass index (BMI), body fat percentage, overweight

---

[1] ภาควิชาพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การออกกำลังกาย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร *phongeks@nu.ac.th (corresponding author)

2 อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

3 นิสิตหลักสูตรพลศึกษาและวิทยาศาสตร์การออกกำลังกาย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

เนื่องด้วยในปัจจุบันนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวรมีภาวะน้ำหนักเกินกันอย่างแพร่หลาย การที่นิสิตมีภาวะน้ำหนักเกินเป็นสิ่งที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ในอนาคต ซึ่งได้มีการสำรวจนิสิตโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อไปคำนวณหาค่า ค่าดัชนีมวลกาย ผลพบว่านิสิตส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินจนไปถึงโรคอ้วน ทางผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงปัญหาทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นกับนิสิตในอนาคต จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรโลกพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา และจากการสำรวจครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 ประชากรโลกวัยผู้ใหญ่พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานประมาณ 1,900 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 39 และในจำนวนนี้พบว่ามีผู้เป็นโรคอ้วนมากถึง 600 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 จากสถิติพบว่าเด็กไทยอายุ 2-18 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 8 กลุ่มวัยรุ่นอายุ 13 -18 ปี เป็นโรคอ้วนร้อยละ 9 [2] สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรไทยที่มีอายุ15 ปี ขึ้นไป ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า มีผู้เป็นโรคอ้วนมากถึงร้อยละ 22.2 และ 36.5 ตามลำดับ ทั้งนี้เพศหญิงเป็นโรคอ้วนมากกว่าเพศชาย ซึ่งพบได้ร้อยละ 45 ในขณะที่เพศชายพบร้อยละ 18.6 [11] และวัยรุ่นไทยเป็นโรคอ้วนเป็นอันดับ 2 ของเอเชีย [7] ส่วนวัยรุ่นชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทั้งพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย โดยมีการทำกิจกรรมทางกายลดลงและมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนขาดความมั่นใจต่อตนเอง และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขจำนวนมาก [6] และเมื่อวัยรุ่นเหล่านี้เติบโตขึ้น จะส่งผลไปถึงการเป็นผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง เป็นภาระในการดูแลรักษาทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ ทั้งนี้ผลการศึกษาวิจัยที่ติดตามบุคคลที่มีสภาวะอ้วนในระยะยาว พบว่าครึ่งหนึ่งของเด็กอ้วนในวัยเรียนจะยังคงอ้วนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อ้วนโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนยิ่งสูงมาก [5] สาเหตุของการมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ไม่ใช่เพียงแค่การขาดกิจกรรมทางกายเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมด้วย [4] เช่น บริโภคอาหารประเภทขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน อาหารสำเร็จรูปเกินจำเป็น [8] เนื่องจากการบริโภคอาหารในปริมาณที่มากเกินไปตั้งแต่ในวัยเด็ก จะส่งผลถึงการเพิ่มปริมาณเซลล์ไขมัน(Hyperplasia) มากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นปริมาณเซลล์ไขมันอาจจะเพิ่มสูงกว่าผู้ที่กินอาหารในระดับปกติถึง 40-50% จำนวนเซลล์ไขมันที่เพิ่มขึ้น ยากต่อการลดจำนวนลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งการลดน้ำหนัก การควบคุมอาหารและการออกกาลังกาย สามารถลดขนาดของเซลล์ไขมันได้ แต่ไม่สามารถลดจำนวนเซลล์ไขมันลงได้ [12] จากปัญหาในด้านต่างๆ ที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลการทดลองหลังการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

จุดมุ่งหมายของการศึกษา

1.เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการฝึก

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการฝึก

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการทำวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตชายมหาวิทยาลัยนเรศวรไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงทดลองในลักษณะ Pre-experimental design แบบ One group pretest posttest design เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นนิสิตชายมหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กำลังศึกษาอยู่ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นนิสิตชายมหาวิทยาลัยนเรศวร โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากอาสาสมัครนิสิตที่มีน้ำหนักเกิน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2. เสนอโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินต่อคณาจารย์ เพื่อพิจารณาตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุง

3. นำโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

4. แบบบันทึกข้อมูลการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ติดต่อกลุ่มเป้าหมายนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2. ผู้วิจัยนำแบบบรรทุกการตรวจวัดค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในมหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งเป็นนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Pre-test)

3. จัดตรียมอุปกรณ์ โปรแกรมการออกกำลังกาย และสถานที่

3.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ ได้แก่ ใบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมัน เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง กลุ่มตัวอย่างเริ่มออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

4. สถานที่ คณะศึกษาศาสตร์ สนามกีฬากลาง สระว่ายน้ำสุพรรณกัลยา และลานแอโรบิก

5. เตรียมกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา โดยการปฐมนิเทศให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงจุดหมาย และวิธีการฝึก ตลอดจนปฏิทินการฝึกในแต่ละครั้ง และระยะเวลาในการทดสอบ

6. กลุ่มตัวอย่างทำการฝึกตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ตามรายการ ต่อไปนี้

6.1 ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มทดลองด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน สำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ตามโปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วันคือ วันอาทิตย์ วันจันทร์ วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 17.30 – 18.30 น.

6.2 ผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการฝึก (Pre - test) หลังการฝึก (Post - test) สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6

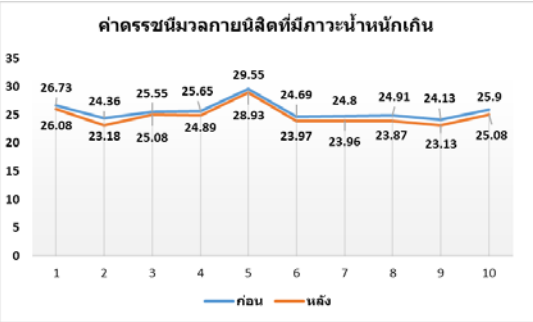
6.3 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้

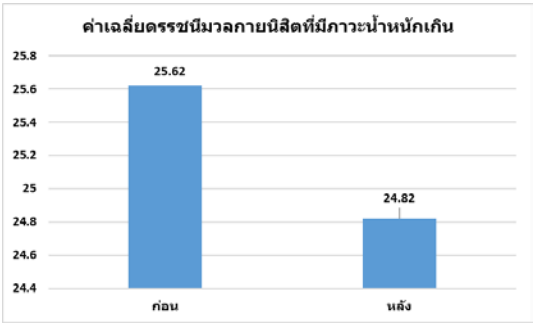
การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของค่าดัชนีมวลกาย และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของกลุ่มทดลอง ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ทดสอบเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ระหว่างก่อนการฝึกและหลังการฝึก โดยใช้การวิเคราะห์แบบก่อน – หลัง (T – test Dependent) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

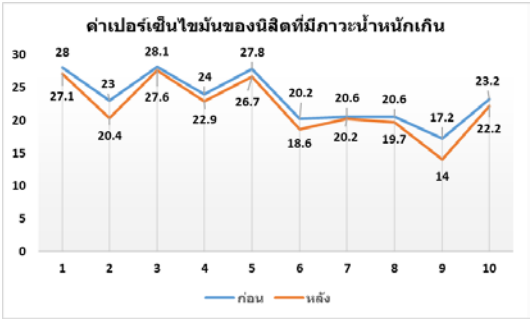
ตอนที่ 1 ของดัชนีมวลกาย และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนฝึกและหลังฝึก

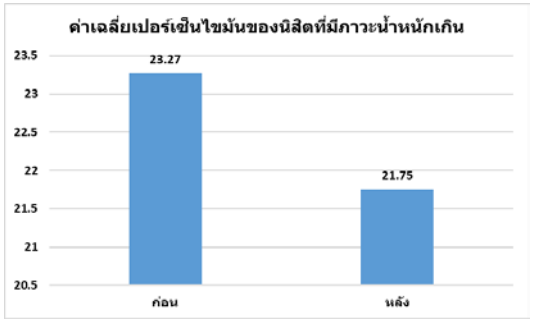




ภาพประกอบ 1 ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกาย สำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการฝึก

จากภาพประกอบ 1 พบว่า ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนการฝึกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.62 (อยู่ในระดับอ้วน) และ หลังการฝึกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.82 (อยู่ในระดับน้ำหนักเกินมาตรฐาน)





ภาพประกอบ 2 ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการฝึก

จากภาพประกอบ 2 พบว่า ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าเปอร์เซ็นต์สำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนการฝึกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.27 มีไขมันพอประมาณอยู่เกณฑ์พอดี (คนทั่วไป) และ หลังการฝึกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.75 มีไขมันพอประมาณอยู่เกณฑ์พอดี (คนทั่วไป)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันก่อนและหลังการฝึก

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการฝึก

โปรแกรมการออกกำลังกาย	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	10	25.62	1.58	11.47*	.000
หลังการทดลอง	10	24.82	1.71		

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการฝึก พบว่า มีความแตกต่างกันมีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการฝึก

โปรแกรมการออกกำลังกาย	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนการทดลอง	10	23.27	3.76	3.43*	.008
หลังการทดลอง	10	21.75	4.71		

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการฝึก พบว่า มีความแตกต่างกันมีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ศึกษาและเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันสำหรับนิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการวิจัย พบว่าหลังการฝึกออกกำลังด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหาร ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนได้รับการฝึกเท่ากับ 25.62 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังได้รับการฝึกเท่ากับ 24.82 และค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันก่อนได้รับการฝึกเท่ากับ 23.27 ค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันหลังได้รับการฝึกเท่ากับ 21.75 ตามลำดับ นิสิตชายที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีค่าดัชนีมวลกายและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันลดลงจากก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องร่วมกับการควบคุมอาหาร เพราะการลดน้ำหนักไม่ใช่เพียงแค่การขาดกิจกรรมทางกายเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมด้วย [4] เนื่องจากการบริโภคอาหารในปริมาณที่มากเกินไปตั้งแต่ในวัยเด็ก จะส่งผลถึงการเพิ่มปริมาณเซลล์ไขมันมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นปริมาณเซลล์ไขมันอาจจะเพิ่มสูงกว่าผู้ที่กินอาหารในระดับปกติถึง 40-50% จำนวนเซลล์ไขมันที่เพิ่มขึ้น ยากต่อการลดจำนวนลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งการลดน้ำหนัก การควบคุมอาหารและการออกกาลังกาย สามารถลดขนาดของเซลล์ไขมันได้ แต่ไม่สามารถลดจำนวนเซลล์ไขมันลงได้ [12] ซึ่งการแก้ปัญหาด้วยการอดอาหารเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มการเผาผลาญไขมันส่วนเกิน จึงนับได้ว่าการออกกำลังกายเป็นการลดน้ำหนักที่ถูกต้อง และยังช่วยสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ในอนาคต [3] สอดคล้องกับ [10] การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เป็นการฝึกความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหายใจ เป็นส่วนประกอบที่ทำให้ร่างกายสมดุล คือ ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำซ้ำๆ กับความหนัก ปานกลาง-สูง ในระยะเวลาต่อเนื่องเพื่อยกระดับอัตราการเต้นของหัวใจและการทำงานของปอดให้สูงขึ้นที่ระดับความหนักที่เหมาะสมเรียก “overload” การฝึกความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ ด้วยความหนักที่เหมาะสมจะช่วยทำให้ระบบการทำงานระหว่างหัวใจและปอดมีการปรับตัวโดยมีการพัฒนาการส่งออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อทำงานและพัฒนาการใช้พลังงานในกล้ามเนื้อมัดต่างๆ สอดคล้องกับ [9] กล่าวว่า ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผลบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติจะต้องทำอย่างมีขั้นตอน จะต้องเหมาะสมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายก็เช่นเดียวกันถ้าทำน้อยเกินไปก็จะไม่เกิดประโยชน์ แต่ถ้าทำมากเกิดไปก็จะเป็นผลเสียต่อร่างกาย หรือถ้าปฏิบัติข้ามขั้นตอนก็จะไม่เกิดประโยชน์ สอดคล้องกับ [1] การเลือกบริโภคอาหารให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย หลักการง่ายๆ คือ ต้องเลือกบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย แต่ถ้าบริโภคสารอาหารโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตมากเกินความต้องการของร่างกายแล้วจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมในร่างกาย และจะนำไปสู่โรคอ้วนและโรคอื่นๆ ตามมา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น สอดคล้องกับ รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าประชากรของโลกมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยผู้หญิงทั่วโลกอายุขัยเฉลี่ย 73 ปี ในขณะที่ผู้ชายอายุขัยเฉลี่ย 68 ปี และให้เหตุผลว่าความสำเร็จที่ทำให้คนมีอายุขัยยืนยาวขึ้น เป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและยารักษาโรคตลอดจน

การให้ความรู้ด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ [13]

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรศึกษาหลักการ และท่าทางการฝึกเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการฝึก สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและตรงตามเป้าหมายของการฝึก

2. ควรควบคุมการออกกำลังกายด้วยตนเองทุกครั้ง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกตามความหนักของโปรแกรมการออกกำลังกายที่ระบุไว้ เพื่อให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมแบบผสมผสานและรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น

2. ควรเลือกความหนักของโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มทดลอง เช่น เพศ ช่วงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1 กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปี.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

2 ชุมนุมพร ยอดประนันท์. (2555). **สถานการณ์เด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินและระบบการจัดการบริการสุขภาพ.** วันที่สืบค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2562 เข้าถึงข้อมูลได้จากfile:///C:/Users/Administrator/Downloads/2.6-5.2.pdf.

3 ทวิช พรหมพิทักษ์กุล. (2557). **ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนร่วมกับโปรแกรมการออกกาลังกายที่มีต่อสุขสมรรถนะในวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน.** ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

4 นริสรา พึ่งโพธิ์สภ. (2551). **การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร.** ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5 ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. (2547). **เด็กไทยวันนี้เป็นอย่างไร.** กรุงเทพฯ: ลิมบราเดอร์ส.

6 วารินทร์ มากสวัสดิ์. (2558). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการมีกิจกรรมทางกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร.** ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

7 วินัย ดะห์ลัน. (2551). **เด็กไทยครองแชมป์โรคอ้วนอันดับ 2 ในเอเชีย.** สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2562, แหล่งที่มา http://www4.thaihealth.or.th/healthcontent/news/4126.

8 วิศาล เยาวพงศ์ศิริ. (2551). **พิชิตโรคอ้วนและเบาหวาน.** กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

9 Allyn and Bacon. (1997). **พื้นฐานวิทย์ศาสตร์การกีฬา**. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561, จาก : http://www.ipecp.ac.th/ipecp/cgi-binn/vni/Program/unit3/p8.html

10 American Council on Exercise. (2010). **ACE Personal Trainer Manual (4th ed.).** San Diego, Calif.: American Council on Exercise.

11 Department of Medical Services. (2015). **Guidelines for the promotion of healthy nutrition in the well baby clinic.** Bangkok: Bureau of Nutrition. (in Thai)

12 McGlynn, G. (1996). **Dynamics of Fitness 4.** Chicago: Brown Benchmark Publisher.

13 World Health Organization. (2004). **Appropriate body-mass index for Asian populations and Its implications for policy and intervention strategies.** Lancet. Jan Vol 363(9403), 157-163.

ผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

The effect of participatory problem-solving process for road traffic injury prevention in Namon district, Kalasin province

พรพัฒน์ ภูนากลม[1], อรรถวิทย์ เนินชัด[1], ทักษนัย พัสดุ[1]

Pornpat Poonaklom, Attawit Noenchat, Thuksanai Passadu

(Received: October 15,2018; Accepted: December 7 ,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และเพื่อศึกษากระบวนการการพัฒนาและผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การดำเนินการใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 – เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยศึกษาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บทางท้องถนนโรงพยาบาลนามน การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การประชาคม การแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม และทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 585 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ปี พ.ศ. 2557-2559 อำเภอนามน มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นทุกปี สูงสุดในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 1,478 ราย คิดเป็น 40.44 รายต่อประชากรหนึ่งพันคน ช่วงอายุที่พบผู้บาดเจ็บมากที่สุดคือ อายุ 11-20 ปี อายุ 21-30 ปี และ 31-40 ปี ร้อยละ 22.12, 21.79 และ13.40 ตามลำดับ พาหนะที่พบมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ รถกระบะ และรถเก๋ง ร้อยละ 47.64, 16.84 และ 14.49 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือดื่มสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย และไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 53.39, 38.19 และ 5.34 ตามลำดับ พบอุบัติเหตุสูงสุดในพื้นที่ตำบลหนองบัว ตำบลหลักเหลี่ยม และตำบลสงเปลือย ระบุจุดเสี่ยงเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้ 11 จุดเสี่ยง กระบวนการพัฒนาสรุปได้ เป็น 7 มาตรการ คือ 1) มาตรการการจัดการข้อมูลและระบบเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดฐานข้อมูลระดับอำเภอ 2) มาตรการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนพัฒนาให้สามารถสอบสวนกรณีเสียชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ทุกรายร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) มาตรการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา โดยใช้กลไกศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 4) มาตรการบูรณาการแผนงานหรือโครงการ โดยกำหนดข้อตกลง และสร้างตัวชี้วัดร่วมกัน 5) มาตรการขับเคลื่อนทีมระดับตำบล เพื่อเพิ่มศักยภาพกู้ภัยระดับตำบลด้วยการซ้อมแผนอบัติเหตุซึ่งอิงจากเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้น 6) มาตรการจัดการจุดเสี่ยง โดยค้นหาจุดเสี่ยงเพิ่มเติมและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 7) มาตรการชุมชนเพื่อให้เกิดความรอบรู้ทางสุขภาพในชุมชน โรงเรียน และหน่วยงานรัฐ ผลของกระบวนการพัฒนาพบว่าอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอนามนมีแนวโน้มลดลง จากปี พ.ศ. 2559 ซึ่งเท่ากับ 40.44 ต่อประชากรหนึ่งพันคน เป็น 16.47 ต่อประชากรหนึ่งพันคนในปี พ.ศ. 2561 การตายมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และผลการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน, กระบวนการพัฒนา, การมีส่วนร่วม

[1] โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Abstract

This research aimed to study the road traffic injury situation, to identify risk factors and accident-prone area, to study the development process and effect of participatory problem solving process for road traffic injury prevention in Namon district, Kalasin province. The research and development were performed during September 2016 – October 2018.

The study shows that in 2014-2016, there was injuries and deaths has increasing trend every year. The most injured are teenagers aged 11-20 years and most deaths in December 2016. The most area of accidents in sub-District as Nong Bua, Lak Liam and Songpuay. Eleven accident-prone area were identify. Risk factor for accident were drinking alcohol beverage, driving without helmet and driving without seat belt. Process development in 2016-2018 has achieved 7 measures, including; 1) Data management and surveillance system development, 2) Road traffic accident investigation by multi-discipline team, 3) Cooperative teams, develop the format of the District-meeting, MOU and push agenda for prevention and review accident cases, 4) Measures of creating plans and projects for integrating, agreement and create indicators and review the agreement every year, 5) Measures to drive emergency sub-district team by training and rehearsing the accident plan based on the original accident occurring from Namon District, 6) Measures of managing risk points, developed to finding additional risk points updated, 7) Community Operation, developed to training health literacy in communities, schools, government, local warning media was publicizing in risk areas. The operation checkpoints in of family, community and traffic practical. The result of the process found incidence of road traffic injury was decreased from 40.44 case per 1,000 population in 2016 to 16.47 case per 1,000 population in 2018 , the number of death case was decrease continuously. The evaluation of health literacy of road accident prevention among 585 people from network partners and community the average score increased with statistically significant. conclusion key successes process has in network partners and district quality of life team.

Keywords: Road accident, development process, participation

บทนำ

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละวันผู้คนจำนวนมากกว่า 3,000 คนที่ต้องเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และได้มีการคาดการณ์ว่าระหว่างปี พ.ศ. 2543-2563 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ถ้าปราศจากการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ในขณะที่ประเทศที่มีรายได้สูงจะมีการการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรจะลดลงประมาณร้อยละ 30 จากสถานการณ์ดังกล่าวสมัชชาสหประชาชาติในการประชุมครั้งที่ 64 เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2553 ได้รับรองคำประกาศเจตนารมณ์ปฏิญญามอสโก และประกาศให้ ปี พ.ศ. 2554 - 2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน Decade of Action for Road Safety[1]

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติเหตุ จากการใช้รถจักรยานยนต์ถึง 1,734 ราย โดยเมื่อเกิดอุบัติเหตุผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์มักจะพุ่งลอยไปข้างหน้าทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง อันเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญทำให้พิการหรือก็เสียชีวิตได้ ซึ่งรุนแรงกว่าผู้ที่สวมหมวกนิรภัยถึง 2-3 เท่า [2] สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ในปี 2559 เกิดอุบัติเหตุ 284 ราย และเสียชีวิตจำนวน 141 รายโดยสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งได้แก่การขับขี่จักยานยนต์และไม่สวมหมวกกันน็อก [3]

อำเภอนามน เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ห่างจากจังหวัดกาฬสินธุ์ 43 กิโลเมตร เป็นอำเภอที่ตั้ง

ของสถานศึกษามหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ และมีสถานบันเทิง จึงมีอุบัติเหตุเนื่องจากเป็นที่คมนาคมท่องเที่ยวยามกลางคืน เป็นเส้นทางลัดไปอำเภอใกล้เคียง หากมีธุระเร่งด่วนต้องใช้ความเร็วและเส้นทางนี้ และเป็นพื้นที่เกษตรชาวบ้านมักใช้รถไถไปมาสัญจร มีอุบัติเหตุเฉลี่ยวันละ 2 รายในปี 2557-2559 มีผู้บาดเจ็บจำนวน 366 ราย 1,177 ราย และ 1,569 ตามลำดับและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนพบว่าในปี 2557-2559 มีผู้เสียชีวิตสะสม 11 ราย[4]

กระบวนการและแนวทางการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางท้องถนนในอำเภอนามน มีข้อข้อเสนอและวิธีการจากฝ่ายต่างๆ ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องการสนับสนุนการขับเคลื่อนให้ เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไข และบรรเทา ปัญหา ในลักษณะกลุ่ม ชมรม ระบบภาคีเครือข่าย และ ความช่วยเหลือกันในหลายรูปแบบเป็นสิ่งที่ต้องสร้างให้เกิดมาตรการจากฝ่ายต่างๆ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ พบว่าบทบาทของชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมใน การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจะต้องเกิดจากการดำเนินงานของชุมชนและท้องถิ่นรูปแบบของด่านชุมชน ด่านครอบครัว กองทุนสนับสนุนจากท้องถิ่น เนื่องจากปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาร่วมกันของคนในชุมชน โดยคนในชุมชนรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนถึงกระบวนสิ้นสุด การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้รับความสำเร็จ เกิดบทเรียนที่เป็นประโยชน์สามารถปรับใช้ได้ ในส่วนบริบทของอำเภอนามน

ผู้วิจัยได้ศึกษาและมุ่งหวังให้เห็นกระบวนการทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน การมีบทบาทเข้ามาเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เพื่อขับเคลื่อน งานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนได้ การดูแล ควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และการรักษาความปลอดภัยในร่างกายชีวิตและทรัพย์สินของชุมชนอำเภอนามน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนนั้นมีปัจจัยและเงื่อนไขของการ ดำเนินการอย่างไร เพื่อนำเสนอเป็นแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. ศึกษาปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. ศึกษากระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
4. ศึกษาการพัฒนากระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
5. ศึกษาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

ผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยพัฒนาผลของกระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประชาชนอำเภอนามน 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน 8,055 ครัวเรือน จำนวน 36,550 คน และ ภาคีเครือข่ายป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 431 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนและภาคีเครือข่ายในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากรตามสูตร[5,6] ดังนี้

$$n' = \frac{n}{1+\frac{z^2 \times \hat{p}(1-\hat{p})}{\varepsilon^2 N}}$$

เมื่อ n และ n' = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = 1

z = ค่า z score จากการเปิดตาราง Z ที่ 95% แทนค่า = 1.96

ε = ค่า error ที่ยอมรับได้ แทนค่า = 0.05

$\hat{p}$ = สัดส่วนสูงสุดของการเกิดโรค แทนค่า = 0.5

N = ประชากรทั้งหมด แทนค่าประชากร=36,550, ภาคีเครือข่าย=431 คน

ผลการคำนวณ ได้ กลุ่มตัวอย่างของประชาชนทั้งหมด 381 คน กลุ่มภาคีเครือข่าย 204 คน รวม ทั้ง 2 กลุ่ม 585 คน เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงมาเทียบตามจำนวนครัวเรือนและบุคลกรแยกรายตำบล กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก โดยเลือกจากตารางเลขสุ่มจากบัญชีครัวเรือนโดยเลือกตัวแทนละ 1 ครัวเรือน และบัญชีบุคลากรภาคีเครือข่ายบุคลากร หากไม่พบจะเลื่อนเป็นบัญชีถัดไป 1 อันดับ จนครบตามตัวอย่างที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่แบบมีส่วนร่วมอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และการจัดกระบวนการกลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่

1.2 กระบวนการกลุ่มในการ กำหนดมาตรการ/กิจกรรมในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่

1.3 การประชาคมและกระบวนการกลุ่มในการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่

1.4 กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ จุดเสี่ยงและสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข

1.5 การประชาคมและกระบวนการกลุ่มในการปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบรายงานอุบัติเหตุ (ฐานข้อมูลอิเลคทรอนิคส์)

2.2 แบบวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ดัดแปลงจากแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพของ กองสุขศึกษา และปรับขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยผ่านการทดสอบความตรงจากผู้เชียวชาญ 3 ท่าน (IOC) การทดสอบความเที่ยง ส่วนที่เป็นแบบทดสอบความตรงในพื้นที่ อำเภอสหัสขันธ์จำนวน 35 คน โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson method : KR-20)[6] ได้ค่า Reliability = 0.73 อยู่ในช่วง 0.56-0.78 ข้อสอบโดยรวมอยู่ในระดับ ยาก ด้านพฤติกรรม Cronbach Reliability = 0.95 อยู่ในช่วง 0.83-0.92

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ ในพื้นที่ (กันยายน 2559)

2. กำหนดมาตรการ/กิจกรรมในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิด อุบัติเหตุในพื้นที่ (ตุลาคม 2559)

3. กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิด อุบัติเหตุในพื้นที่ (ตุลาคม 2559)

4. ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย (ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560)

5. สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข (กันยายน 2560)

6. ปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน (กันยายน 2560)

7. ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุง (ตุลาคม2560 – กันยายน 2561)

8. สรุปถอดบทเรียน (กันยายน 2561)

9. นำข้อมูลที่ได้มาบันทึกและแจกแจงตารางวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา กลุ่มภาคีเครือข่ายและประชาชน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค Two – way ANOVA โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Duncan และสถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD

ผลการวิจัย

1. ผลการรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และจุดเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ปี 2559 จากสถิติพบว่าตั้งแต่ปี 2557-2559 พบผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนแล้ว 11 ราย พบมากที่สุดในปี 2559จำนวน 5 และปี 2558 จำนวน 4 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เมื่อวิเคราะห์อัตราป่วยพบว่าตั้งแต่ปี 2557-2559 พบ บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนสะสมจำนวน 3,201 คน พบมากที่สุดในปี 2559 จำนวน 1478 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนตามช่วงอายุพบว่า อำเภอนามนส่วนมากจะเป็นวัยรุ่น อายุ 11-20 ปี ร้อยละ 22.12 รองลงมาคือวัยทำงานช่วงอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 21.79 และ 31-40 ปี ร้อยละ 13.40 เมื่อพิจารณาจากประเภทพาหนะที่ชาวอำเภอนามนใช้ ในปี 2559 พบว่าอุบัติเหตุทางท้องถนนพบมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ร้อยละ 47.64 รองลงมาคือรถกระบะร้อยละ 16.84 และรถเก๋งร้อยละ 14.49 ตามลำดับ จากการสำรวจสาเหตุเบื้องต้นในปี 2559 พบว่าไม่ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยมากที่สุดคือดื่มสุรา ร้อยละ 53.39 รองลงมาคือ ไม่สวมหมวกนิรภัยร้อยละ 38.19 และไม่คาดเข็มขัดนิรภัยร้อยละ 5.34 ตามลำดับ

ในปี 2559 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนจำนวน 5 ราย พบมากที่สุดในเดือน ธันวาคมจำนวน 2 ราย รองลงมาคือเดือน มกราคม กุมภาพันธ์ และ มีนาคม เดือนละ 1 รายเท่ากัน ตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางท้องถนนสูงมากในช่วงเดือนธันวาคม จำนวน 528 ราย รองลงมาคือเดือนมีนาคมจำนวน 425 ราย และ สิงหาคมจำนวน 386 ราย ตามลำดับ

ในปี 2559 เวลาที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือเวลา 17.01-22.00 น. ร้อยละ 24.9 รองลงมาคือเวลา 5.01-9.00 น. ร้อยละ 22.03 และ 13.01-17.00 น. ร้อยละ 19.91 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางท้องถนนของอำเภอนามนส่วนมากอยู่ในช่วงเย็น 17.00 น. ไปจนถึงระยะเวลากลางคืนในช่วง 22.00

พื้นที่อำเภอนามนในปี 2559 ผู้เสียชีวิตจำนวน 5 ราย มากที่สุดได้แก่ตำบลหนองบัวจำนวน 2 ราย ตำบลสงเปลือย 1 ราย ตำบลยอดแกง 1 ราย และตำบลนามน 1 ราย พบอัตราป่วยของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนรวม 40.44 ต่อพันประชากร พบอัตราป่วยผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนมากที่สุดในตำบลหนองบัว 70.92 ต่อพันประชากร รองลงมาคือตำบลหลักเหลี่ยม 45.53 ต่อพันประชากร และ ตำบลสงเปลือย 37.00 ต่อพันประชากร เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนรายพบมากที่สุดได้แก่ ตำบลยอดแกงจำนวน 303 ราย รองลงมาคือตำบลนามนจำนวน 301 ราย และตำบลหนองบัว 299 รายตามลำดับ

จุดเสี่ยงในปี 2559 มีทั้งหมด 11 จุดเสี่ยงที่ 1-6 คือถนนเส้น 2067 และบริเวณรอบมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จำนวน 6 จุดเสี่ยง ซึ่งมีสถานบันเทิง และผู้สัญจรยามวิกาลจากอำเภอใกล้เคียง และ จุดเสี่ยงที่ 7-11 คือถนนเส้น 2336 ถนนเส้นนามน-กุฉินารายณ์ จำนวน 5 จุดเสี่ยง ซึ่งเป็นเส้นทางลัดและใช้ความเร็วในการเดินทางและชาวบ้านใช้เส้นทางนี้เพื่อการเกษตร

ตาราง 1 แสดงรายละเอียดจุดเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 11 จุดของอำเภอนามนในปี 2559

ลำดับ	จุดเสี่ยง/ถนน	ลักษณะความเสี่ยง
1	ถนนบ้านหนองน้อยทางโค้งก่อนไปบ้านค้อ	ถนนขรุขระเป็นหลุมเป็นบ่อ
2	ถนนทางเข้าบ้านเหล่างิ้วจุดที่รถปูนชนกัน	ถนนแคบไม่มีไหล่ทาง ไม่มีลูกระนาดเตือน
3	ถนนทางโค้งดงสวาง	ไม่มีราวเหล็กเตือนบริเวณสะพาน ไม่มีไฟส่องสว่าง
4	ถนนสีแยกทางเข้ามาทวีรีสอร์ท	ไม่มีป้ายเตือน ไม่มีไฟส่องสว่าง
5	ทางโค้งรอยต่อหลักเหลี่ยม-โนนยิ่งสันต์	ไม่มีป้ายเตือน
6	ถนนบ้านหนองน้อย-หนองแวง	มืด ไม่มีไฟส่องสว่าง
7	แยกหน้ารพ.สต.หัวงัว	ไม่มีไฟส่องสว่าง
8	ถนนสงเปลือย-หัวงัว	ถนนชำรุด
9	คอสะพานสงเปลือย-หนองอีบุตร	คอสะพานทรุดลง
10	ถนนจากหน้าตากอากาศ-ป้ายทางเข้า ม.กาฬสินธุ์	ไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ
11	ถนนตรงสี่แยกบ้านหนองโพนสูง	ไม่มีป้ายแจ้งเตือน

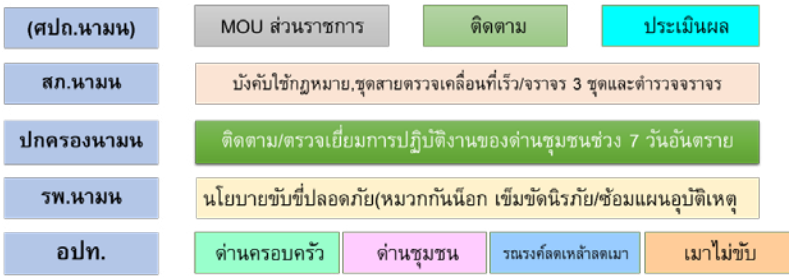
2. ผลการพัฒนาระบบ

มาตรการที่ 1 การจัดการข้อมูลและระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน การดำเนินฐานข้อมูล 3 ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลโรงพยาบาล ฐานข้อมูลตำรวจ และฐานข้อมูลประกันภัยนั้น มีความละเอียดอ่อน และโดดเด่นคนละด้าน หากประยุกต์ใช้และรวมกันได้จะต้องบูรณาการหลายหน่วยงาน จนเกิดเป็นข้อมูลที่แม่นยำ ในการชี้เป้าให้ผู้บริหารเพื่อวางนโยบาย และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุทางท้องถนน และออกเป็นรายงานโรคและภัยสุขภาพสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

มาตรการที่ 2 การสอบสวนอุบัติเหตุทางท้องถนนเพื่อชี้ปัจจัยเสี่ยง การประชุมกำหนดวัตถุประสงค์การสอบสวนร่วมกันทุกครั้งก่อนพื้นที่ และลงสอบสวนภายใน 48 ชม. หลังได้รับการรายงาน ผ่านเครือข่าย ศปถ. ในการสอบสวนอุบัติเหตุเสียชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ทุกราย ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้อำเภอนามนยังส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมสอบสวนอุบัติเหตุที่จังหวัดเป็นผู้จัดโดยได้วิทยากรระดับประเทศเป็นผู้บรรยาย

มาตรการที่ 3 การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาโดยการประชุมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกัน การประชุม ศปถ. และ ผลักดันวาระ พชอ.อำเภอนามน มีส่วนช่วยในการขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนน การนำเสนอข้อมูลในแต่ละภาคส่วน การกำกับติดตามจุดเสี่ยง การทบทวนเคสอุบัติเหตุล้วนเป็นปัจจัยสำคัญ

มาตรการที่ 4 การจัดทำแผนงานหรือโครงการโดยบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน การกำหนดข้อตกลง และและสร้าง KPI ร่วมกันและทบทวนข้อตกลงทุกปี โดยมี ศปถ. นามนเป็นผู้ขับเคลื่อนโดยมีหน่วยงานหลักคือ สถานีตำรวจ ปกครองนามน รพ.นามน และท้องถิ่น ซึ่งผังการดำเนินการขับเคลื่อน เกิดจากข้อตกลง MOU โดยบูรณาการทุกภาพส่วนอำเภอนามน โดยกำหนดตัวชี้วัดร่วมกันและทบทวนเป็นประจำทุกปี โดยขับเคลื่อนผ่านเวทีทีมพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ผังการดำเนินการตามข้อตกลงการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนอำเภอนามน

มาตรการที่ 5 การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล รงพยาบาลนามน ได้อบรมทบทวนทีมกู้ภัยระดับตำบลให้เตรียมพร้อม โดยอบรมให้ปีละ 1 ครั้ง และดำเนินการซ้อมแผนโดยอ้างอิงจากเหตุการณ์อุบัติเหตุเดิมที่เกิดขึ้นจริง โดยมีส่วนร่วมซ้อมแผนอุบัติเหตุในทุกภาคส่วน

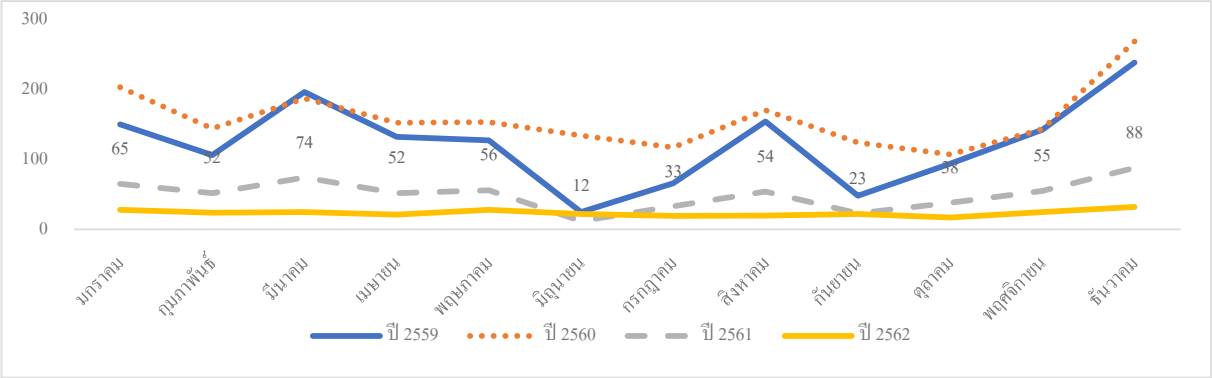
มาตรการที่ 6 แก้ไขและจัดการจุดเสี่ยง จุดเสี่ยงตั้งแต่ปี 2559 ทั้งหมด 11 จุดเสี่ยงได้รับการแก้ไขในปี 2561 รวม 7 จุด เสี่ยงคิดเป็นร้อยละ 72.72 และยังมีการค้นหาจุดเสี่ยงเพิ่มเติม และปรับปรุงอย่างต่อเนื่องในปีต่อๆไป โดยขับเคลื่อนและประสานโดยใช้ที่ประชุมทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ โดยบูรณาการทุกภาพส่วน ดังแสดงในตาราง 2

ก่อนปรับปรุง	หลังปรับปรุง
จุดเสี่ยง บริเวณถนนสามแยกเข้า ม.กาฬสินธุ์ ได้ขยายถนน,ติดตั้งสัญญาณไฟจราจร มีที่กลับรถ	
จุดเสี่ยง ทางโค้งถนนเส้น 2336 ยอดแกง-นามน ได้เพิ่มไฟกระพริบเตือนเมื่อเข้าเขตชุมชน	

ภาพประกอบ 2 แสดงการแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง

มาตรการที่ 7 การดำเนินงานมาตรการชุมชน การอบรมให้ความรอบรู้ทางสุขภาพในชุมชน โรงเรียน หน่วยงานรัฐ โดยประสานขอวิทยากรเพิ่มเติมจากบุคลากรภายใน และภายนอกแบบบูรณาการ การทำสื่อเตือนโดยท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ความรู้ทุกจุดเสี่ยงและติดตามทุกเดือน การดำเนินงานด่านครอบครัว ซึ่งเป็นด่านแรกในการห้ามลูกหลานไม่ให้ออกไปสู่ท้องถนนเมื่อไม่พร้อมหรือดูแล้วอาจมีความเสี่ยงหรืออันตราย ด่านชุมชนโดยคนในชุมชน มีการลงโทษตามข้อตกลงชุมชน เป็นการว่ากล่าวตักเตือน ซึ่งถือว่าเป็นด่านที่ 2 เมื่อคนในชุมชนมีความเสี่ยงและเป็นด่านคัดกรองที่มีประสิทธิภาพโดยผู้นำชุมชน อพปร. อสม. เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อน และด่าน ที่ 3 ด่านกวดขันวินัยจราจร จะเป็นด่านสุดท้ายที่บังคับกฎหมาย อำเภอนามนจะกวดขันเข้มข้นเป็นพิเศษ ในช่วงมีคอนเสริต หรือเทศกาล ช่วยแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางท้องถนนได้เป็นอย่างดี

3. ผลจากการดำเนินการ จากสถิติพบว่าตั้งแต่ปี 2561 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนนลดลงร้อยละ 75 มีผู้เสียชีวิต 6 รายเมื่อเทียบกับปี 2560 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ อัตราป่วยพบว่าตั้งแต่ปี 2561 พบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนลดลงเมื่อเทียบกับปี 2560 จำนวน 602 คน คิดเป็นอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 68.35 และมีแนวโน้มลดลงในปี 2562 อย่างต่อเนื่อง ในปี 2561 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนน จำนวน 6 ราย พบมากที่สุดในเดือน ธันวาคม จำนวน 2 ราย รองลงมาคือ มกรคม กุมภาพันธ์ ตุลาคม และพฤศจิกายนเดือนละ 1 รายเท่ากัน ตามลำดับ จำนวนผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุทางท้องถนนสูงมากในช่วงเดือนธันวาคม จำนวน 88 ราย รองลงมาคือเดือนมีนาคมจำนวน 74 รายและ พฤศจิกายนจำนวน 55 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้บาดเจ็บในแต่ละเดือนมีจำนวนลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัดตั้งแต่ปี 2561-2562 ดังแสดงในภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 จำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุทางท้องถนนอำเภอนามนเปรียบเทียบปี 2559-2562

พื้นที่อำเภอนามนในปี 2561 เมื่อเทียบกับปี 2560 มีผู้เสียชีวิตลดลง จำนวน 6 ราย พบผู้เสียชีวิตมากที่สุดในตำบลสงเปลือยจำนวน 2 ราย นอกนั้น 4 ตำบลตำบลละ 1 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆนับจากปี 2561 อัตราป่วยของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนปี 2561 คิดเป็น 16.47 ต่อพันประชากร พบอัตราป่วยผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนมากที่สุดในตำบลหนองบัว 22.77 ต่อพันประชากร รองลงมาคือตำบลหลักเหลี่ยมจำนวน 19.77 ต่อพันประชากร และ ตำบลสงเปลือย 16.87 ต่อพันประชากร ซึ่งมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2561 และในปี 2562 แนวโน้มอุบัติเหตุคงที่และเป็นเส้นตรง และมีผู้เสียชีวิตเพียง 2 รายเท่านั้น ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 สถิติผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางท้องถนน จำแนกรายตำบล ปี 2559-2561

ตำบล	จำนวนผู้บาดเจ็บ 2559	จำนวนผู้บาดเจ็บ 2560	จำนวนผู้บาดเจ็บ 2561	อัตราป่วยต่อพันปชก. 2559	อัตราป่วยต่อพันปชก. 2560	อัตราป่วยต่อพันปชก. 2561	จำนวนผู้เสียชีวิต 2559	จำนวนผู้เสียชีวิต 2560	จำนวนผู้เสียชีวิต 2560
นามน	301	382	128	31.20	39.59	13.27	1	1	1
ยอดแกง	303	386	122	35.36	45.05	14.24	1	1	1
สงเปลือย	294	347	134	37.00	43.68	16.87	1	3	2
หลักหลี่ยม	281	306	122	45.53	49.58	19.77	0	1	1
หนองบัว	299	481	96	70.92	114.09	22.77	2	2	1
รวม	1,478	1,902	602	40.44	52.04	16.47	**5**	**8**	**6**

4. ผลการประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนอำเภอนามนหลังดำเนินมาตรการ

1.คะแนนความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบคะแนน ในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 4.90 เป็น 5.86 และ 7.11 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

2. ระดับคะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบ ระดับคะแนนในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุด และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

3.คะแนนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบระดับคะแนนในปี

2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

4.คะแนนการจัดการเงื่อนไขสุขภาพของตนเองเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบระดับคะแนนในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

5.คะแนนการเท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบระดับคะแนนในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

6.คะแนนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบระดับคะแนนในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

7.คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนเมื่อเทียบระดับคะแนนในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

8. คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพรวมทั้ง 7 ด้านเมื่อเทียบระดับคะแนนในปี 2559 ปี 2560 และ ปี 2561 หลังดำเนินมาตรการพบว่ามีระดับ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากปานกลาง เป็นมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่อำเภอนามน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากอำเภอนามนมีถนนที่มีไหล่ทางแคบ ตัวแบบถนนไม่พร้อมพัฒนาที่จะมีสถานบันเทิง หรือสถานศึกษาที่มีการคมนาคมขนส่งอย่างคับคั่ง ทั้งผู้ใช้ถนนเอง ระบบการขนส่งสินค้า การคมนาคมของนักศึกษา และการไปมาสัญจรของผู้เที่ยวสถานบันเทิง อีกทั้งมีถนนเส้นทางเล็กที่เป็นทางลัดมากมาย ผู้ต้องการประหยัดเวลาและใช้ความเร็ว จะใช้เส้นทางของอำเภอนามน และยังมีรถบรรทุกขนาดใหญ่ การใช้รถเพื่อการเกษตรในชุมชน ผู้บาดเจ็บมากจะเป็นวัยรุ่น และวัยทำงาน สอดคล้องกับ ภัทรสุดา วิชยพงศ์ เนื่องจากวัยรุ่นอยู่ในวัยคึกคะนอง ขับรถเร็ว มีนิสัยชอบสังสรรค์ ส่วนวัยทำงานต้องใช้รถและถนนเป็นประจำทุกวัน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และขับเพื่อไปหรือประกอบอาชีพ ผู้เสียชีวิตมากที่สุดในเดือนธันวาคม รองลงมาคือเดือนกุมภาพันธ์ และ มีนาคม เป็นช่วงเดือนที่ใกล้เทศกาลสำคัญ เช่น ปีใหม่ วาเลนไทน์ สงกรานต์ บริบทอำเภอนามนมีการสังสรรค์ก่อนช่วงเวลาเทศกาลล่วงหน้า บัติเหตุมากที่สุดคือเวลา 17.01-22.00 น. เนื่องจากเป็นเวลาหลังเลิกงาน การรับส่งเด็กนักเรียน การเลิกกลับบ้านจากการทำการเกษตร ทำให้การจรจรคับคั่ง และแสงสว่างเริ่มมืดวิสัยทัศน์การมองเห็นได้ไม่ดี และช่วงเวลาเทียวตามสถานบันเทิง พื้นที่อำเภอนามนที่มีอุบัติเหตุมากที่สุดคือตำบลหนองบัว รองลงมาคือตำบลหลักเหลี่ยม และ ตำบลสงเปลือย เนื่องจากทั้งสามตำบลนี้อยู่ใกล้บริเวณจุดเสี่ยงเส้นทางลัด นามน-กุฉินารายณ์ ที่มีรถใช้ความเร็วและการจราจรของรถการเกษตร อีกทั้งตำบลสงเปลือยอยู่ใกล้จุดเสี่ยงมหาวิทยาลัยและสถานบันเทิง สอดคล้องกับ ชยุต กุนทรวรินทร์ [7]

กระบวนการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า แนวทางแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางท้องถนน อำเภอนามน มีทั้ง สิ้น 7 มาตรการ ดังต่อไปนี้ 1.การจัดการข้อมูลและระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ 2.มาตรการการสอบสวนอุบัติเหตุทางท้องถนนเพื่อชี้ปัจจัยเสี่ยง 3.มาตรการขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมภาคีเครือข่าย 4.มาตรการจัดทำแผนงานหรือโครงการโดยบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน วางแผนและบูรณาการร่วมกันในรูปแบบของทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอบูรณาการงบประมาณแก้ไขอุบัติเหตุร่วมกัน 5.มาตรการขับเคลื่อนทีมระดับตำบล 6.มาตรการ การแก้ไขและจัดการจุดเสี่ยง 7.มาตรการการดำเนินงานมาตรการ

ชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบระหว่างตำบลและระหว่างกลุ่ม ส่วนใหญ่โดยรวมและรายด้านไม่มีความแตกต่างและคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างปี 2559 , ปี 2560 และ ปี 2561 มีค่าคะแนน เพิ่มขึ้น โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1. มาตรการในแต่ละด้านต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นจริงจัง กระบวนการจึงมีประสิทธิภาพ

2. กระบวนการของผู้นำมีผลต่อการดำเนินงการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางท้องถนน

3. ภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผ่านทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและประเมินผลควบคู่กันไป

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียงเพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ควรทำการทดลองรูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร

4. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ การศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นพ.ประวิตร ศรีบุญรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนามนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กองสถิติ กระทรวงสาธารณสุข. **สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชน.** กรุงเทพฯ : โอ-วิทย์ การพิมพ์.2559.

2. สำนักงานป้องกันโรคที่ 5 นครราชสีมา. **การป้องกันอุบัติเหตุทางจราจร.** โรงพิมพ์ประสานการพิมพ์ : นครราชสีมา.2558

3. สำนักนโยบายและแผน กรมขนส่งจราจรทางบก. **รายงานสรุปผลอุบัติเหตุประจำปี 2559**. โรงพิมพ์กรมขนส่งจราจรทางบก.2559.

4. โรงพยาบาลนามน. **รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุโรงพยาบาลนามน 2559.** ฐานข้อมูลโรงพยาบาลนามน, 2559

5.ธีรวุฒิ เอกะกุล. **ระเบียบวิจัย .** พิมพ์ครั้งที่ 9 . กรุงเทพ ฯ : อักษรเจริญทัศน์.2555

6.บุญชม ศรีสะอาด. **ระเบียบและวิธีการวิจัย** . กรุงเทพ ฯ : แสงทวีการพิมพ์ , 2555 .

7. ชยุต กุนทรวรินทร์. **การสื่อสารเชิงกลยุทธ์เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมของบริษัท โตโยต้า มอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด : กรณีศึกษา โครงการถนนสีขาว.** บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, 2554

อิทธิพลของทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

The Influences of Communication Skills and Relations with Supervisors to Happiness at work of Professional Nurses in the Generation Y group at Community Hospitals, Buriram Province

อธิวัฒน์ อรุณโรจน์โสภิต[1] , เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย[2] , กุญชร เจือตี๋[3]

Athiwat Aroonrojsophit , Premruetai Noimuenwai , Kunchon Jeotee

(Received: August 20,2018; Accepted: October 29,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงเพื่อ 1) ศึกษาทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ และ 2) ศึกษาความสามารถในการทำนายของทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาที่มีต่อความสุขในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น พยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุระหว่าง 22-36 ปี ที่ปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ในจังหวัดบุรีรัมย์ 6 แห่ง จำนวน 121 คนที่ได้รับการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 4 ตอน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ทักษะการสื่อสาร 3) สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และ 4) ความสุขในการทำงาน แบบสอบถามตอนที่ 2-4 ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1, .92 และ .94 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงเท่ากับ .90, .95 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวายมีทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และความสุขในการทำงานอยู่ในระดับมาก และ 2) ทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย ได้ร้อยละ 28.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ ทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ความสุขในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purposes of this descriptive research were: 1) to study relationships between communication skills, relations with supervisors and happiness at work of professional nurses in the generation Y group at community hospitals in Buriram province and 2) to examine the predicting abilities of communication skills and relations with supervisors on happiness at work. The sample included 121 professional nurses aged between 22 – 36 years who worked at 6 community hospitals with 60 beds in Buriram province. A simple random sampling was used to select all participants. The research instruments were questionnaires which were consisted of four sections: 1) personal data, 2) communication skills, 3) relations with supervisors, and 4) happiness at work. All parts of questionnaires were validated for content validity by 5 experts. The content validity index of the section 2-4 were 1, .92, and .94 respectively and the Cronbach's alpha reliability coefficient of the section 2-4 were .90, .95, and .94 respectively. Data

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์สำนักทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson product-moment correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The major findings were as follows. 1) Professional nurses rated their overall communication skills, relations with supervisors, and happiness at work at the high level. Lastly, 2) communication skills and relations with supervisors could predict happiness at work and both of them jointly explained 28.9 percent of the variance in happiness at work at the .01 level of significance.

Keyword: Communication skills, Relations with supervisors, Happiness at work, Professional nurses in generation Y, Community hospitals

บทนำ

ยุคปัจจุบันเป็นยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างมากมาย รวมทั้งในโลกแห่งการทำงาน ซึ่งต้องความสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สอดรับกับความต้องการของสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในองค์การ การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านโครงสร้างขององค์การ สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สังคม และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารที่ไร้พรมแดน ผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องรีบเร่งทำงานให้เสร็จภายในเวลาที่กำหนด และทำงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการมีสิ่งกระตุ้นทั้งปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ล้วนก่อให้เกิดความกดดันในจิตใจ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดภาวะเครียดได้ง่าย จากสภาวการณ์ดังกล่าวจึงทำให้บุคคลในองค์การต้องแสวงหาสิ่งที่จะมาผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่เรียกว่า ความสุข ทั้งความสุขที่เป็นชีวิตส่วนตัว กับสังคมรอบข้าง และความสุขในการทำงาน ความสุขจากการทำงานย่อมเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนและทุกองค์การมีความปรารถนาให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพราะในการดำเนินชีวิตในแต่ละวันผู้คนส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการทำงาน ดังนั้นความสุขในการทำงานย่อมมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ [6]

เนื่องจากความสุขเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของแต่ละบุคคลที่มีความหลากหลายแตกต่างกันได้ ปัจจุบันองค์การต่างๆได้ส่งเสริมและให้ความสำคัญกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่า การที่บุคลากรมีความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงานนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อความสำเร็จขององค์การในอนาคต [3] และการปฏิบัติงานที่จะทำให้หน่วยงานหรือองค์การเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้นั้น บุคลากรในทุกระดับจะต้องมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ได้รับการยกย่องชมเชยเมื่อมีความสำเร็จในการปฏิบัติงานจากเพื่อนร่วมงานและผู้บริหารงานหรือผู้บังคับบัญชาภายในหน่วยงานหรือองค์การนั้นๆ เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขได้ [5] แต่ในยุคของการสื่อสารปัจจุบัน ซึ่งเป็นยุคของโลกาภิวัตน์ ก็จะต้องคำนึงถึงความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลออกไปอีก ซึ่งเกิดจากการหล่อหลอมความคิด การเติบโตที่แตกต่างกันไปตามยุคสมัยนั้นๆตามกาลเวลาที่เรียนรู้ โดยในหลายๆปีที่ผ่านมา มีการกล่าวถึงกลุ่มวัย หรือยุคสมัยของกลุ่มคนของโครงสร้างอายุที่แตกต่างกัน เรียกว่า Generation โดยกลุ่มเจเนอเรชัน (Generation) ที่ได้รับการกล่าวถึงกันมากที่สุดในปัจจุบัน และได้รับการจัดแบ่งกลุ่มตามช่วงอายุ จากแนวคิดของลาวอยย์-เทรมเบลย์ และคณะ [16] ได้แก่ Generation X (กลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์) และ Generation Y (กลุ่มเจเนอเรชันวาย) เพราะทั้ง 2 กลุ่มเจเนอเรชันนี้มีมากที่อยู่ในวัยทำงาน)

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวายจะมีความสุขในการทำงานมากกว่ากลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์ ซึ่งพยาบาลกลุ่มเจเนอเรชันเอ็กซ์เป็นกลุ่มพยาบาลที่ได้ทำงานมานานในระดับหนึ่ง เป็นการทำงานประจำแบบเดิมๆ เมื่อได้ทำงานแบบเดิมซึ่งรู้ขั้นตอนต่างๆในการทำงานอยู่แล้ว รวมถึงการทำงานภายใต้ความกดดัน ความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้บังคับบัญชา แล้วนั้นก็จะเกิดความเบื่อหน่ายในงานที่ทำได้ ส่วนพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย เป็นกลุ่มวัยที่มีอายุค่อนข้างน้อยในการทำงานของทีม ไม่ค่อยมี

ความอดทนต่องานที่ทำ และความจงรักภักดีต่อองค์กรน้อย มีความกล้าที่จะแสดงออกทางความคิด ชอบทำในสิ่งที่ตนเองชอบและปฏิเสธในสิ่งที่ตนเองไม่ชอบ ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มเจเนอเรชันนี้ จึงทำให้มีการแสวงหาสิ่งงานที่ตนเองชอบทำให้ต่อไปเรื่อยๆเพื่อให้ตนเองมีความสุข [4] ดังนั้นการให้ความสำคัญของการบริหารกลุ่มเจเนอเรชันวาย ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าขององค์การ จึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม [11] ผู้บริหารในแต่ละระดับควรทำความเข้าใจในรูปแบบและทักษะในการสื่อสารของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มเจเนอเรชันวาย ซึ่งเป็นกลุ่มรุ่นอายุที่มีความแตกต่างจากกลุ่มรุ่นอายุอื่นอย่างชัดเจน [7] และนอกจากกลุ่มวัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานแล้วยังพบว่าสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา [15] และทักษะการสื่อสาร ยังมีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน [14]

ความแตกต่างกันของทักษะการสื่อสารภายในองค์การของบุคลากรในแต่ละช่วงวัยนี้ อาจทำให้สื่อสารเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างกลุ่มวัย ส่งผลทำให้บุคลากรในองค์การมีความขัดแย้ง ไม่มีความสุขในการทำงาน ทำให้ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล [8] ในสังคมที่มีการติดต่อสื่อสารอยู่ตลอดเวลาทั้งโดยตรงในการเผชิญหน้า หรือการติดต่อสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่มีศักยภาพเชื่อมต่อได้ทุกที่ การสื่อสารระหว่างบุคคลจึงมีความสำคัญในการดำรงชีวิตและการปฏิบัติงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยในการสื่อสารต่อกันนั้น จำเป็นที่จะต้องมีทักษะในการสื่อสารร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็น ทักษะการฟัง ทักษะการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน ทักษะการรับข้อมูลที่เป็นกลาง และทักษะการสื่อสารแบบเปิด จากแนวคิดของเบิร์ธ [14] การสื่อสารที่จะมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ก็จะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คนทุกคนมีความเข้าใจ และมีความสัมพันธ์อันดีซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพจะต้องมีการสร้างความเข้าใจ ก่อให้เกิดความร่วมมือ สร้างความชื่นชอบต่อกัน สร้างอิทธิพลต่อการมีทัศนคติร่วมกัน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ให้มากขึ้น ผู้บริหารในระดับต่างๆ ควรให้ความสำคัญกับกลยุทธ์ทักษะด้านการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ เพื่อที่จะนำมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในงาน และเพื่อเป็นการส่งเสริมความเข้าใจระหว่างกัน การเรียนรู้ถึงทักษะการสื่อสารที่สร้างเสริมแรงจูงใจในการทำงานและความสุขในการทำงาน จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ นอกจากจะเป็นการช่วยให้เกิดความเข้าใจรูปแบบทักษะของการสื่อสารที่ดีแล้ว ยังช่วยนำไปใช้ในการเสริมสร้างความร่วมมือในการปฏิบัติงานให้เกิดความสมัครสมานสามัคคีในหน่วยงานอีกด้วย ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นอย่างมากในการสร้างสัมพันธภาพ ลดความขัดแย้งต่างๆในองค์การ และก่อให้เกิดความเข้าใจกันในการทำงาน บุคลากรก็จะเกิดแรงจูงใจ ความพึงพอใจ เกิดความสุขในการทำงานมากขึ้น ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นก็จะได้รับการแก้ไขจากความร่วมมือร่วมใจ เกิดความสามัคคีในหมู่คณะขององค์การ และยังเป็นข้อมูลที่สำคัญในการบริหารจัดการในองค์การต่อไปได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาที่มีต่อความสุขในการทำงาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง อายุระหว่าง 22-36 ปี ที่อยู่ในช่วงของการเก็บข้อมูลของวันที่ 14 ธันวาคม 2560 ถึงวันที่ 9 มกราคม 2561 คือกลุ่มวัยที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2524-2538 ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ที่ได้ปฏิบัติงาน

ประจำในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน งานฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานห้องผ่าตัดและวิสัญญี กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานควบคุมเฝ้าระวังการติดเชื้อโรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ในจังหวัดบุรีรัมย์ รวม 6 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลกระสัง โรงพยาบาลสตึก โรงพยาบาลหนองกี่ โรงพยาบาลบ้านกรวด โรงพยาบาลคูเมือง และโรงพยาบาลพุทไธสง จำนวน 149 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง อายุระหว่าง 22-36 ปี ที่อยู่ในช่วงของการเก็บข้อมูลของวันที่ 14 ธันวาคม 2560 ถึงวันที่ 9 มกราคม 2561 คือกลุ่มวัยที่เกิดระหว่างปี พ.ศ. 2524-2538 ที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 129 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างวิเตราะห์โดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่มีตัวแปรต้น 2 ตัว เพื่อให้มีค่าขนาดอิทธิพลระดับกลาง ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จะต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่าง 107 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมเป็นจำนวน 129 คน ผู้วิจัยคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแห่งตามสัดส่วน ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามตามกำหนด 124 คน แต่มีแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 121 คน ซึ่งมีแบบสอบถามที่ตอบไม่สมบูรณ์จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.41

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบ และให้เติมคำตอบจำนวน 9 ข้อ ที่สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่ปัจจุบัน ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน รายได้ หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทักษะการสื่อสาร ที่ผู้วิจัยสร้างกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยใช้แนวคิดทักษะการสื่อสารของ Burt (2003)[14] สำหรับการวัดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ ในทักษะการสื่อสาร 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะในการฟัง ทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ทักษะการรับฟังข้อมูลข่าวสารอย่างปราศจากอคติ และทักษะการสื่อสารแบบเปิด โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ที่ผู้วิจัยสร้างกับอาจารย์ที่ปรึกษาโดยใช้แนวคิดของ Liden (1998)[15] สำหรับการวัดพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพและผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานที่สังกัดเกี่ยวกับ ความรู้สึกพึงพอใจต่อกัน ความจงรักภักดี การให้การสนับสนุน การให้ความเคารพในความเป็นมืออาชีพ โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสุขในการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของวีรญา ศิริจรรยาพงษ์ (2556)[10] โดยวัดการรับรู้กับความรู้สึกในทางบวก ในด้าน การติดต่อสัมพันธ์ การรักในงาน ความสำเร็จของงาน และการเป็นที่ยอมรับ ซึ่งเดิมมีจำนวนข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 33 ข้อ และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ

ได้รับการการหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามทักษะการสื่อสาร แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และแบบสอบถามความสุขในการทำงาน เท่ากับ 1, .92 และ .94 ตามลำดับ และ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha's coefficient) หาความเที่ยงหรือความเชื่อถือได้ (Reliability) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบบสอบถามทักษะการสื่อสาร แบบสอบถามสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และแบบสอบถามความสุขในการทำงาน ได้เท่ากับ .90 .95 และ .94 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย (Generation Y หรือ Gen Y) โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายตัวแปรตาม ของทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา ที่มีต่อความสุขในการทำงาน โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 87.6 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 22 -36 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 27 ปี (SD = 4.07) มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 71.9 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 97.5 ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 99.2 มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย 5 ปี รายได้มีความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 77.7 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 45.5 และระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในหน่วยงานนั้นๆเฉลี่ย 4 ปี โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันเป็นเวลา 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4

2. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยทักษะการสื่อสารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, SD = .32) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ทักษะการรับฟังข้อมูลข่าวสารอย่างปราศจากอคติ ($\bar{X}$ = 4.05, SD = .48)

3. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.90, SD = .56) เมื่อพิจารณารายด้านแล้วจะพบว่าสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การให้การสนับสนุน ($\bar{X}$ = 4.01, SD = .56)

4. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ มีค่าเฉลี่ยความสุขในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.09, SD = .39) เมื่อได้พิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านของความสุขในการทำงานอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การติดต่อสัมพันธ์ ($\bar{X}$ = 4.32, SD = .45)

ตาราง 1 เมตริกซ์ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และความสุขในการทำงาน

ตัวแปร	ทักษะการสื่อสาร	สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา	ความสุขในการทำงาน
ทักษะการสื่อสาร	1		
สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา	.275***	1	
ความสุขในการทำงาน	.478***	.369***	1

*** p < .001

จากตาราง 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา และความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ทักษะในการสื่อสารโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (r = .478, p < .001) และสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (r = .369, p < .001)

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) การทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวายโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (n = 121)

ตัวพยากรณ์	R	R^2	R^2 Adjusted	R^2 Change	F Change	p-value
1. ทักษะการสื่อสาร	0.478	.228	.222	.228	35.240	.000***
2. ทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา	0.538	.289	.277	.061	10.123	.002**

*** p < .001, ** p < .01

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ในรูปแบบคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta)ของสมการถดถอยพหุคูณ (n = 121)

ตัวพยากรณ์	**B**	**Std. Error**	**Beta**	**T**	**p-value**	**VIF**
ทักษะการสื่อสาร	.679	.134	.407	5.047	.000	1.082
สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา	.339	.107	.257	3.182	.000	1.082

Durbin-Watson = 1.823 Constant 37.596 F = 24.032

จากตาราง 2 และตาราง 3 เมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่า ทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 37.596, p < .01) โดยค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) = .289 แสดงว่าทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ได้ ทั้งนี้เนื่องจาก ทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทักษะการสื่อสารเป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย สามารถอธิบายจากผลการศึกษาได้ว่า ทักษะการสื่อสารสามารถทำนายความสุขในการทำงานและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ (r = .478, p < .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiriska (2010)[19] พบว่าทักษะการสื่อสารมีความสัมพันธ์ต่อประสิทธิภาพในการทำงานและความพึงพอใจหรือความสุขในการทำงาน จงจิตร เลิศวิบูลย์มงคล (2547)[2] พบว่า การเสริมพลังอำนาจด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลาง และไพจิตร ไชยฤทธิ์ (2558)[9] พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระดับสูง เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญกับทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน การพูดให้ตรงประเด็นแบบไม่อ้อมค้อม เมื่อเกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อมูลต่างๆที่ได้รับในการสื่อสาร มีความสามารถด้านการติดต่อสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่มีศักยภาพเชื่อมต่อได้ทุกที่ เข้าถึงข้อมูลต่างๆ

หรือสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่ายดายและรวดเร็วมากขึ้นทางอินเทอร์เนต จึงทำให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้รวดเร็ว มีการเลือกวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อที่จะให้การถ่ายทอดข้อมูลมีความชัดเจนถูกต้อง ครอบคลุม ตรงกับเป้าหมายของการสื่อสาร การสื่อสารเกิดความน่าเชื่อถือ ผู้รับสารเกิดความไว้วางใจและแสดงความคิดเห็นออกมาได้อย่างเต็มที่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างเปิดเผย มีความเข้าใจในเป้าหมายที่ตรงกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดการปรึกษาหารือติดต่อสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันเมื่อเกิดปัญหาภายในงานที่ทำจนเกิดความสำเร็จในงาน เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการสื่อสาร ก่อให้เกิดความรักและความสุขในการทำงาน

ในส่วนของสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาสามารถเป็นตัวแปรที่สองที่สามารถร่วมทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวายได้ ซึ่งสามารถอธิบายจากผลการศึกษาได้ว่า สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาสามารถทำนายและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ($r = .369$, $p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย จากผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอัครสรา สถาพรวจนา (2553)[12] และกาญจนี พันธุ์ไพโรจน์ (2555)[1] พบว่าความสุขในการทำงานมีความสัมพันธ์ด้านผู้บังคับบัญชาในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างจะให้ความสำคัญในเรื่องของการให้การสนับสนุน ทั้งการได้รับโอกาสจากผู้บังคับบัญชาทรัพยากรที่จำเป็นตามที่ต้องการ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ แล้วกลุ่มตัวอย่างจะมุ่งมั่น กระตือรือร้นในการทำงานอย่างเต็มศักยภาพ มีความเต็มใจ ความรู้สึกที่อยากทำงานในการทำงานตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมายเพื่อให้งานสำเร็จตาม จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อกันที่รู้สึกถึงความเป็นกัลยาณมิตรที่ดีของผู้บังคับบัญชา จะแสดงออกถึงความจงรักภักดี ความซื่อสัตย์ต่อผู้บังคับบัญชาอย่างชัดเจน และการให้ความเคารพในความเป็นมืออาชีพโดยการชื่นชมในทักษะความรู้และความสามารถของผู้บังคับบัญชา สอดคล้องกับการศึกษาของอัครสรา สถาพรวจนา (2553)[12] และจงจิต เลิศวิบูลย์มงคล (2547)[2] พบว่า เมื่อได้รับการสนับสนุนบรรยากาศจริยธรรมในการทำงานด้านผู้บังคับบัญชา จะทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน เมื่องานสำเร็จตามเป้าที่กำหนดไว้ก็จะเกิดการยอมรับในการทำงานจากผู้บังคับบัญชา กลุ่มตัวอย่างก็จะมีความรู้สึกผูกพันในงานที่ทำในปัจจุบัน มีความพึงพอใจในงานที่ได้รับมอบหมาย มีความภาคภูมิใจในหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกมีคุณค่าและความสุขในชีวิตการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ [13] พบว่าพฤติกรรมของผู้บังคับบัญชาแบบให้การสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาหรือเปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ [13] พบว่า บุคคลที่มีสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาในระดับสูงจะมีความจงรักภักดีต่อผู้นำ เกิดพันธะผูกพันที่จะตอบแทนสิ่งที่ผู้บังคับบัญชาสนับสนุน จึงทำให้พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีสูงขึ้นอีกด้วย ดังนั้น เมื่อผู้ใต้บังคับบัญชา ได้รับสิ่งที่ตนปรารถนา เขาจึงมีแรงจูงใจที่จะรักษาผลประโยชน์นั้นไว้ โดยแสดงออกถึงพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีต่อองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ Nielsen, Nielsen, Chidiebere, Ogbonnaya, Känsälä, Saari, & Isaksson (2017)[17] พบว่า การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานจากองค์กร จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ปฏิบัติงาน

ด้วยเหตุผลที่ได้อภิปรายดังกล่าว ทั้งสองตัวแปรจึงสามารถร่วมกันพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sachiko and Isamu (2016)[18] พบว่า การมีทักษะการสื่อสารที่ดีซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาในองค์กร จะมีผลต่อการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติหรือผู้ใต้บังคับบัญชามีสุขภาพจิตที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พึงพอใจต่อกัน เกิดผลลัพธ์ที่ดีและความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสาร และมีโอกาสประเมินทักษะการสื่อสารของตนเองในด้านของการรับและการให้ข้อมูลข่าวสาร สามารถนำไปพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อที่จะให้การถ่ายทอดข้อมูลมีความชัดเจนถูกต้องครอบคลุม ตรงกับเป้าหมายของการสื่อสาร มีการยอมรับซึ่งกันและกันทั้งในวิชาชีพพยาบาลด้วยกันและสหวิชาชีพก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานกันอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารการพยาบาลได้ทราบถึงทักษะด้านการสื่อสาร สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาในการทำงานและความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชันวาย สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงาน สัมพันธภาพที่ดีกับผู้บังคับบัญชา และลดความขัดแย้งจากการสื่อสาร

3. ผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการส่งเสริมในการทำงานเป็นทีมมากขึ้นจากการศึกษาในเรื่องความสุขในการทำงาน ด้านการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน โดยการให้ความสำคัญกับทุกกลุ่มอายุในการทำงานร่วมกัน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ได้เสนอการแก้ไขปัญหาต่างๆร่วมกัน โดยให้ถือว่าทุกคนมีความสำคัญในระบบการทำงานร่วมกันเท่าเทียมกัน แม้หน้าที่หรือภารกิจที่รับผิดชอบจะแตกต่างกัน เพราะในการดำเนินงานของหน่วยงานหรือองค์กรที่จะได้ผลดีนั้น ทุกคนต้องมีการทำงานที่เชื่อมโยงต่อกัน ดังนั้นต้องมีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความชัดเจนของข้อมูลข่าวสารในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เปิดใจยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นในรุ่นอายุที่แตกต่างกัน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน การทำงานเป็นทีมก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ผู้บริหารการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการให้การสนับสนุนส่งเสริมในการดำเนินงานต่างๆในการทำงาน โดยเปิดโอกาสให้ได้แสดงความสามารถเพื่อให้เกิดการยอมรับในการทำงานต่อเพื่อนร่วมงานและวิชาชีพอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความภาคภูมิใจในการทำงานและเห็นความสำคัญในการทำงานร่วมกันมากขึ้น และควรส่งเสริมสนับสนุนในด้านของความก้าวหน้าของวิชาชีพที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เปิดโอกาสในด้านของการได้ไปศึกษา ประชุม อบรมต่างๆที่มีผลต่อเนื่องในการดำเนินงานขององค์กร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการทำการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากการตอบแบบสอบถามจากผู้ปฏิบัติเพียงฝ่ายเดียวเกี่ยวกับความคิดเห็นในเรื่องของทักษะการสื่อสาร ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาและสอบถามในฝ่ายของผู้บังคับบัญชาประกอบ เพื่อเป็นการศึกษาของระดับความรู้สึกของความสัมพันธภาพที่มีความชัดเจนมากขึ้น

2. ในการทำการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากผู้ปฏิบัติช่วงอายุวาย ซึ่งในการทำงานในปัจจุบัน เป็นการทำงานในช่วงของ 3 รุ่นอายุร่วมกัน ได้แก่ รุ่นเจเนอเรชันเบบี้บูมเมอร์ รุ่นเจเนอเรชันเอ็กซ์ และรุ่นเจเนอเรชันวาย ดังนั้นในการศึกษาเรื่องความสุขในการทำงานของรุ่นเจเนอเรชันวาย จึงควรมีการสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในอีก 2 รุ่นอายุ ได้แก่ รุ่นเบบี้บูมเมอร์และรุ่นอายุเอ็กซ์ประกอบในการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเป็นการศึกษาตัวแปรในด้านของเพื่อนร่วมงานที่มีอายุต่างวัยกันที่อาจมีผลกระทบต่อความสุขในการทำงาน เป็นการเพิ่มความชัดเจนในระดับของความรู้สึกมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาทักษะการสื่อสารในด้านทักษะการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน เรื่องการเรียบเรียงการใช้คำพูดและการเขียนได้ดี โดยการศึกษาตัวแปรที่มีผลกระทบต่อความคิดในการเรียบเรียงคำพูดเพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ควรมีการศึกษาความจงรักภักดีต่อผู้บังคับบัญชาในด้านของการได้รับการปกป้องจากการถูกตำหนิของบุคคลภายนอกหน่วยงานของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มเติม โดยการศึกษาถึงตัวแปรต่างๆที่มีผลกระทบต่อความรู้สึกพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติที่มีต่อผู้บังคับบัญชา

5. ควรมีการศึกษาความสุขในการทำงานในด้านของความสำเร็จของงานเกี่ยวกับความก้าวหน้าในหน้าที่

การงานเพิ่มเติมในด้านของตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบัน

6. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นอีก 71.1% ที่สามารถทำนายความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพได้

กิตติกรรมประกาศ

ข้อขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุญชร เจือตี๋ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ จากสถาบันต่างๆที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย รวมทั้งโรงพยาบาลกระสัง โรงพยาบาลสตึก โรงพยาบาลหนองกี่ โรงพยาบาลบ้านกรวด โรงพยาบาลคูเมือง และโรงพยาบาลพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ได้ให้ความกรุณาและความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1 กาญจณี พันธุ์ไพโรจน์. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์”. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**, 20(5), 379-389. 2555.

2 จงจิต เลิศวิบูลย์มงคล, และยุพิน อังสุโรจน์. “ปัจจัยส่วนบุคคล การได้รับการเสริมพลังอำนาจในงาน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับความสุขในการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ”. **วารสารสภาการพยาบาล,** 19(2), 26-38. 2547.

3 จีราภา ปัญญากำพล. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน เขตภาค ตะวันออก”. **วารสารสังคมศาสตร์**, 2(2), 104-108. 2556.

4 ฐิตารีย์ ยงค์ประวัติ. **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยและสภาพแวดล้อมที่ดึงดูดใจในการทำงานกับความสุขในการทำงาน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี. 2559

5 ธนกร กรวัชรเจริญ. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของพนักงานบริษัท ควอลิตี้เฮ้าส์ จำกัด (มหาชน).** (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี, ปทุมธานี. 2555.

6 นฤมล แสวงผล. **ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี**. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี. 2554.

7 ปริญดา เนตรหาญ. “ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพสองรุ่นในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร”. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(2), 320-330. 2557.

8 ปวรมนต์ ทัศนอนันชัย. ลักษณะการบริหารพยาบาลวิชาชีพ Generation Y. **วารสารเกื้อการุณย์**, 21(2), 126-135. 2557.

9 ไพจิตร ไชยฤทธิ์, อารีรัตน์ ขำอยู่ และประนอม โอทกานนท์. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออก”. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 23(1), 41-54. 2558.

10 วีรญา ศิริจรรยาพงษ์. **ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาธิบดี.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. 2556.

11 รัชนี ทองสลับ. **การศึกษาวัฒนธรรมองค์กร การติดต่อสื่อสารและคุณลักษณะงานที่ส่งผลต่อความต้องการประสบความสำเร็จของกลุ่มพนักงานปฏิบัติการเจนเนอเรชั่นวาย.** (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร. 2557.

12 อัครสรา สถาพรวจนา, และกัญญดา ประจุศิลป. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว บรรยากาศจริยธรรมในงานกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 11(1), 37-42. 2553.

13 อาภาภรณ์ พิทักษ์กำผล. **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชาและบุคลิกภาพของพนักงานกับความผูกพันต่อองค์การและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่. 2546.

14 Burt, D. N., Dobler, D. W., & Starling, S. L. "World class supply management: The key to supply chain management". **Irwin/McGraw-Hill**. 2003.

15 Liden, R. C., & Maslyn, J. M. "Multidimensionality of leader-member exchange: An empirical assessment through scale development". **Journal of management**, *24*(1), 43-72. 1998.

16 Lavoie-Tremblay, M., Marchionni, C., & Drevniok, U. "The Needs and Expectations of Generation Y Nurses in the Workplace"**.** **Journal for Nurses in Staff Development**, 26(2), 2-8. 2010.

17 Nielsen, K., Nielsen, M.B., Chidiebere, Ogbonnaya, Känsälä, M., Saari, E. & Isaksson, K. **"**Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta- analysis". **Journal work & Stress**, 31(2), 101-120. 2017.

18 Sachiko, K. & Isamu, Y. "Good Boss, Bad Boss, Workers' Mental Health and Productivity: Evidence from Japan". **Journal RIETI**, 1-35. 2016.

19 Wiriska, J. "Influence of superior-subordinate communication on employee satisfaction**". Journal of Positive Management,** 1(1), 110-123. 2010

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8

A development of health promotion activities model for self aging in health regional 8

พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา[1]

Pongsurang Sanewong Na Ayutthaya

(Received: November 5,2018; Accepted: December 29,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) คู่มือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันผู้สูงอายุ และ3)เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เพื่อสอบถามทักษะผู้สูงอายุและบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบไปด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) การประเมินผลการใช้รูปแบบ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี (SD= 7.99) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.3 เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งอยู่ในตำบลเพียง ร้อยละ 17.0 และ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมเป็นประจำ ร้อยละ 27.5 มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติด้วยตนเองเป็นประจำมากกว่า ร้อยละ 50.0 ในทุกด้าน ความต้องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบมากที่สุดในด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ร้อยละ 79.5 รองลงมาคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร้อยละ 76.8 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 มี 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างรูปแบบ 2) การประเมินรูปแบบ 3) การนำรูปแบบไปใช้ 4) การประเมินผลการใช้รูปแบบ การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุไปปฏิบัติ คือ มีการสร้างและประสานเครือข่ายการทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สาธิตและแนะนำการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุตรวจสมรรถภาพร่างกายเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุ จัดให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยง ดูแลผู้สูงอายุ แจกสมุดบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์ให้ผู้สูงอายุบันทึกกิจกรรมที่ทำเป็นประจำวัน จากนั้นติดตามเยี่ยมเสริมพลัง โดย อสม. พี่เลี้ยง และนักวิจัยในพื้นที่ทุก 1 เดือนเป็นระยะเวลา 3 เดือน ประเมินและมอบรางวัลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ: รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This action research was aimed to study the process of develop the self health promotion model of the elderly. The sample consisted of 400 elderly in the Regional Heath 8 in Udontani province selected by purposive sampling, the research instruments consisted of 1) the model of self-health promotion for the elderly 2) guidelines for promoting self-health of the elderly activity log for the elderly 3) the tools used for data collection were structural interview forms to inquire elderly skills and record daily activities of the elderly. The method of study were divided 4 phrase: 1) Study [1]situations and needs in self-care of the elderly 2) Develop self-care model for the elderly3) Trial using the model and 4) Evaluation of the model.

---

[1] กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

The result was found Most of the samples were female 63.3%, average age 68.5 years (SD = 7.99) Most of them had primary education 82.3%, they were members of the elderly club located in the sub-district only 17.0% and 27.5% participated in club activities regularly, more than 50.0% of self-health promoting behaviors on all aspects in self care health needs of the elderly the most found in spiritual development 79.5%, followed by interpersonal relations 76.8%. The development of a model of self-health promotion for the elderly in the Regional Heath 8 has 4 steps which are 1) Model creation 2) Model evaluation 3) Model implementation 4) Model evaluation. The self - health promotion model of the elderly was implemented by create and coordinate working networks for the health promotion of the elderly Providing knowledge about health promotion for the elderly, demonstration and introduction of exercise for the elderly, physical examination for the elderly, organize the Department of Health to be a mentor to take care of the elderly, give a weekly activity log for the elderly to record daily activities, follow up and visit for empower the volunteers, mentors and researchers in the area every 1 month for a period of 3 months, assess and award the elderly with appropriate health promotion behaviors.

Keywords: health promotion model, the elderly, health promoting behaviors

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงประชากรโลกวัยสูงอายุ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมานั้นได้เพิ่มขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก กล่าวคือจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ.2016 มีอัตราส่วนของผู้สูงอายุอยู่ถึง 1 ใน 8 ของประชากรโลก ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าอัตราส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลกในปี ค.ศ.2030 (United Nation, 2016) เช่นเดียวกับในประเทศไทยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดการณ์มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากการที่จำนวนผู้สูงอายุทั้งของโลกและของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทย เคลื่อนสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (population aging) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นเดียวกับประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้บุคคลผู้ซึ่งยังอยู่ในวัยทำงานได้มีการเปลี่ยนผ่านเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพมีภาวะความเป็นอยู่ที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอีกทั้งยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุจัดอยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Mofrad,et.al, 2015) ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพมากกว่าบุคคลวัยอื่นๆ จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทยปี 2556 พบว่าร้อยละ 41.4 ของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.2 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.0 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และจากการสำรวจเดียวกันนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 2.0 อยู่ในภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ 19 ติดบ้านมีปัญหาเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกบ้านได้โดยสะดวก (กรมอนามัย, 2556) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นนี้เอง ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ทำให้มีอารมณ์แปรปรวนได้บ่อยครั้ง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุก็มีบทบาทหน้าที่ทางสังคมลดลง จากการที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวดูแลคนในครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ต้องได้รับความดูแล ฐานะทางการเงินลดลง ต้องพึ่งพาบุตรหลานมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดท้อแท้ได้ง่าย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) นอกจากนี้ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนจากครอบครัว

ขยายมาเป็นสังคมครอบครัว บุตรหลานต้องเข้ามาทำงานในเมืองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว และสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมได้โดยจากการทบทวนทางวรรณกรรมพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะที่สุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมต้องเกิดจากการดูแลต้องเกิดจากการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1980) โดยการจะดูแลสุขภาพนั้นบุคคลจะต้องริเริ่ม และกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 8 จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 มีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และอายุยืนยาว และเป็นแนวทางดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8

ขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ วิธีการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาในขั้นตอนนี้คือ การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion)

กลุ่มเป้าหมายข้อมูลเชิงปริมาณ ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 662,650 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ในจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 200 คน โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

กลุ่มเป้าหมายเชิงคุณภาพ ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 662,650 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 จากตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ 3 ชมรมในเขตพื้นที่จังหวัดอุดรธานี สกลนคร และหนองบัวลำภู คัดเลือกแบบเจาะจงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุละ 12 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจัดเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion)

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ผลการสำรวจด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอโดยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การดำเนินงานในขั้นตอนนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

การสร้างรูปแบบ ศึกษาเอกสารและแนวทางในการสร้างรูปแบบ ยกร่างรูปแบบประกอบด้วย รูปแบบ วัตถุประสงค์ เนื้อหาสาระ วิธีการของรูปแบบและการวัดและประเมินผล ดำเนินการสร้างรูปแบบ ตามส่วนประกอบของรูปแบบ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในขั้นที่ 1 มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบ

การประเมินรูปแบบ การประเมินรูปแบบนี้ เป็นการประเมินรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง เพื่อศึกษาข้อบกพร่องต่าง ๆ และทำการปรับปรุงแก้ไข ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. สิ่งที่ประเมิน ประกอบด้วยการประเมินความเหมาะสมของส่วนประกอบของรูปแบบและการประเมินความสอดคล้องของส่วนประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบที่สร้างขึ้นว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องในแต่ละส่วนเพียงใด

2. ผู้ประเมิน ผู้ทำการประเมินรูปแบบฯ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินรูปแบบฯของผู้ทรงคุณวุฒิด้านความเหมาะสมของส่วนประกอบของรูปแบบและด้านความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ มีดังนี้ 1) ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความต้องการในการดูแลสุขภาพตอนเองของผู้สูงอายุ และวิธีการสร้างแบบประเมิน 2) สร้างแบบประเมินฉบับร่าง 3) นำร่างแบบประเมินที่ได้ไปหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะจากท่านผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปหาคุณภาพ การพิจารณาความเหมาะสมของส่วนประกอบของรูปแบบการพิจารณาความสอดคล้องโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง 4) ปรับปรุงแก้ไขและจัดทำเป็นแนวคำถามฉบับใช้งานจริง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ ขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย เชิงปฏิบัติการ Action research ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แหล่งข้อมูล ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 662,650 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ในจังหวัดอุดรธานี จำนวน 400 คน โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 1) แบบประเมินความเหมาะสมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) คู่มือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรมทดลอง ซึ่งจะบรรจุเนื้อหาสำหรับกิจกรรมปฏิบัติ สมุดบันทึกกิจกรรมประจำวันผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เพื่อสอบถามทักษะผู้สูงอายุและบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบ เป็นการประเมินหลังจากเสร็จสิ้นการนำไปใช้ โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและบุคลากรสาธารณสุขโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก In-depth interview ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 50 คน จากแบบบันทึกกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้สูงอายุและจากการสะท้อนกลับ การสังเกตพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างของนักวิจัยในพื้นที่ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

3. นักวิจัยและทีมนักวิจัยในพื้นที่สรุปวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

4. นักวิจัยเขียนรายงานผลการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 เพศชาย ร้อยละ 37.8 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.99 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.3 รองลงมาคือ เป็นหม้าย/หย่า และแยกกันอยู่ ร้อยละ 25.8 และโสดร้อยละ 4.0 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 82.3 รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 6.8 ไม่ได้เรียนร้อยละ 5.8 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 3.8 อนุปริญญา ร้อยละ 0.5 และปริญญาตรีน้อยที่สุดร้อยละ 0.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.3 รองลงมาคือไม่มีอาชีพ 28.3 รับจ้างร้อยละ 5.5 ค้าขาย ร้อยละ 3.5 รายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 52.8 รองลงมามีรายได้ระกว่าง 2,000 - 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 31.5 รายได้มากกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 10.0 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 2.7 สำหรับแหล่งที่มาของรายได้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ฝากเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.5 รองลงมาได้จากบุตรหลานร้อยละ 56.0 จากอาชีพของตนเองร้อยละ 31.5 และแหล่งอื่น ๆ ร้อยละ 20.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 49.0 ส่วนใหญ่ พักอาศัยอยู่กับญาติและครอบครัว ร้อยละ 92.5 และญาติที่พักอาศัยด้วยมากที่สุดเป็นบุตรหลานร้อยละ 78.0 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 64.0 และญาติ อื่น ๆ ร้อยละ 7.5 และ 0.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในชมรมที่ตั้งอยู่ในตำบลร้อยละ 17.0 ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกในชมรมร้อยละ 81.8 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในชมรมเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งหรือเกือบทุกครั้งร้อยละ 32.0 เข้าร่วมบ้าง ไม่เข้าร่วมบ้าง ร้อยละ 40.0 เข้าร่วมกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 27.5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ จากการสอบถามพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า **ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ

เป็นประจำได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปีปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 63.8 รองลงมาได้แก่ การแจ้งบุตรหรือญาติเมื่อรู้สึกไม่สบายปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 62.5 สำหรับในส่วนของการไม่ปฏิบัติเลยพบว่า การซื้อยารับประทานเองเมื่อมีอาการไม่สบายมากที่สุด ร้อยละ 63.5

ด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างทำเป็นประจำมากที่สุดคือการเคลื่อนไหวร่างกายเสมอ ร้อยละ 64.8 รองลงมาได้แก่ การออกกำลังกายด้วยท่าที่เบา ๆ ก่อน ออกจริงร้อยละ 36.8 ออกกำลังกายครั้งละ 20 – 30 นาที ร้อยละ 35.3 การอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ร้อยละ 33.0 สำหรับที่ไม่เคยปฏิบัติพบมากสุดได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย ร้อยละ 10.5 และกิจกรรมอื่นที่มีการออกแรง เช่น ทำนา ทำสวน ทำงานบ้าน ร้อยละ 10.5

ด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติเป็นประจำได้แก่ การรับประทานผักผลไม้ร้อยละ 56.3 รองลงมาได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ มีการดื่มชาและกาแฟ เป็นประจำทุกว่าน ร้อยละ 19.0 ปรับประทานผลิตภัณฑ์ อาหารเสริมเป็นประจำร้อยละ 7.8 รับประทานรสจัดดื่มสุรา ยาดอง เหล้า และเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำร้อยละ 8.5 และรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน เป็นประจำ ร้อยละ 4.3

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การเป็นที่ปรึกษาให้กับทุกคนในครอบครัวเป็นประจำร้อยละ 69.8 มีกิจกรรมร่วมกัลป์สมาชิกในบ้าน เช่นรับประทานอาหารพร้อมกัน ดูโทรทัศน์พร้อมกัน ร้อยละ 69.5 ผู้สูงอายุช่วยรับผิดชอบความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ ร้อยละ 62.5 การไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ เป็นประจำ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ ร้อยละ 58.8

ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ในด้านจิตวิญญาณกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด ร้อยละ 67.5 รองลงมาได้แก่ การมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ร้อยละ 65.5 มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 59.0 สำหรับสิ่งที่ผู้สูงอายุมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้ทำ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการใช้ชีวิต ร้อยละ 6.0

ด้านการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น ทำเป็นประจำได้แก่การไหว้พระนั่งสมาธิ และทำกิจกรรมทางศาสนา มากที่สุด ร้อยละ 54.0 การปรึกษาผู้ใกล้ชิดเป็นประจำ ร้อยละ 53.0 การเผชิญปัญหาอย่างมีสติ ร้อยละ 49.3 มีการใช้ยาเพื่อคลายเครียดเป็นประจำร้อยละ 7.3 ร้อยละ 7.0 ของกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเป็นประจำเมื่อมีความทุกข์ใจ

3. ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในประเด็นความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความต้องการในด้านพัฒนาจิตวิญญาณมากที่สุด ร้อยละ 79.5 รองลงมา คือ การจัดการความเครียดร้อยละ 79.0 ด้านความสัมพันธ์ร้อยละ 76.8 ด้านความรู้ในเรื่องโภชนาการ ร้อยละ 68.8 ด้านการออกกำลังกายและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ร้อยละ 66.3 เท่ากัน รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ความต้องการสิ่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

รายการ	ต้องการ		ไม่ต้องการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	265	66.3	135	33.7
ด้านการออกกำลังกาย	265	66.3	135	33.7
ด้านโภชนาการ	274	68.5	126	31.5
ด้านความสัมพันธ์	307	76.8	91	22.8
ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ	318	79.5	82	20.5
ด้านการจัดการกับความเครียด	316	79.0	84	21.0

จากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุเพื่อศึกษาความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากตัวแทนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ใน 3 ชมรม จังหวัดนครพนม สกลนคร และหนองบัวลำภู ชมรมละ 12 คนจากการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการได้ดังนี้

3.1 ความต้องการด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในด้านสุขภาพ ร้อยละ 66.3 มีประเด็นที่ต้องการดังต่อไปนี้ การเดินออกกำลังกายที่เหมาะสม การตรวจสุขภาพประจำทุกปี การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม หรือชมรมออกกำลังกาย การจัดกลุ่มส่งเสริมด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การจัดแพทย์ให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพ การปรึกษาการรับประทานยา ความต้องการเครื่องออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มจัดกิจกรรมด้านต่าง ๆ ในเวลาว่าง เช่นการปลูกผักปลอดสารพิษ การปั่นจักรยาน การเรียนรู้การรับประทานอาหาร

3.2 ความต้องการด้านออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการออกกำลังกาย ร้อยละ 66.8 มีประเด็นที่ต้องการดังต่อไปนี้ การออกกำลังกายที่จัดอย่างเป็นรูปธรรมมีการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง อุปกรณ์ได้แก่ เครื่องเสียงประชาสัมพันธ์ การออำกำลังกาย อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย รูปแบบและวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมในการออกกำลังกาย สำหรับผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ ผู้นำหรือครูสอนออกกำลังกายและมีความต้องการออกกำลังกายโดยการเดิน การแกว่งแขน การออกแรงในการทำเกษตรกรรม การเต้นรำ การปั่นจักรยาน การยืดเหยียด

3.3 ความต้องการในด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในด้านโภชนาการร้อยละ 68.5 และประเด็นที่มีความต้องการ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ความรู้เรื่องโภชนาการ และวิธีการเลือกรับประทานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ การรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนการทำอาหาร ความรู้ในการอ่านฉลากอาหาร

3.4 ความต้องการด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร้อยละ 76.8 และประเด็นที่มีความต้องการได้แก่ การได้พบปะในกลุ่มผู้สูงอายุการมีกิจกรรมในกลุ่มเพื่อสรรหาความผูกพัน การจัดตั้งชมรมเพื่อจัดทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน การรับประทานอาหารและพูดคุยกับเพื่อน การช่วยเหลือชุมชนหรือสังคมการดูแลบุตรหลาน ความต้องการให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมหรือพูดคุยอาจจะทุกสัปดาห์ หรือทุกเดือน

3.5 ความต้องการด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ร้อยละ 79.5และประเด็นที่มีความต้องการได้แก่ การดำรงชีวิตชีวิตที่มีความสุข มีความพอเพียง การทำจิตใจให้สงบ มีสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระ การปฏิบัติธรรมการฟังและรับชมสาระด้านบันเทิงต่าง ๆ ผ่านวิทยุและทีวี การได้รับการยอมรับจากครอบครัว ชุมชน

3.6 ความต้องการด้านการจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการด้านการจัดการความเครียดร้อยละ 79.0 และประเด็นที่มีความต้องการใช้จัดการความเครียดได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การปรึกษาแพทย์ การฟังธรรมมะ การสวดมนต์ การฟังและรับชมสาระด้านบันเทิงต่าง ๆ การเข้าร่วมกลุ่มไปพบเพื่อนพูดคุยในกลุ่ม การทำงานอดิเรก การไปท่องเที่ยวสถานที่ต่าง ๆ การอ่านหนังสือ การดูและหลาน การร้อยเพลง การออกกำลังกาย

4. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

4.1 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากข้อมูลสถานการณ์นักวิจัยร่วมกับทีมนักวิจัยได้นำข้อมูลมาสรุปและวิเคราะห์หาความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ และนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้โดยจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีขั้นตอนกิจกรรม ดังนี้

4.1.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุพร้อมทั้งข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุนำมากำหนดกรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4.1.2 ยกร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยนำแนวคิด ทฤษฎี และข้อมูลพื้นฐาน มาสังเคราะห์เป็นรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดส่วนประกอบเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมการประเมินภาวะสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพทางกาย ของผู้สูงอายุพื้นฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การนำเสนอตัวแบบ การเสนอรูปแบบกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามความต้องการ โดยสร้างเครือข่ายและคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4.2 การประเมินร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุเป็นการ นำรูปแบบที่ร่างขึ้นไปประเมินก่อนนำไปใช้จริงเพื่อตรวจสอบหาข้อบกพร่องต่าง ๆ และทำการแก้ไขโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบจำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 3 ท่าน ซึ่งตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของรูปแบบโดยจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปรายและหา ฉันทามติและการยอมรับในรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

4.3 การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุไปใช้

4.3.1.ประสาน เครือข่ายและคณะทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่เป้าหมายจัดประชุม คืนข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่และนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ทราบ

4.3.2 ทีมวิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตของผู้สูงอายุและการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ

4.3.3. ทีมนักวิจัยได้สาธิตการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่นักวิจัยได้นำเสนอให้กับกลุ่มตัวอย่าง เครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย และอาสาสมัครสาธารณสุข จากนั้นนักวิจัยได้ให้กลุ่มเป้าหมายดำเนินตามรูปแบบ ดังนี้

1) นักวิจัยและทีมวิจัยในพื้นที่ร่วมกับ อสม. ในพื้นที่เป้าหมายชี้แจงเกี่ยวกับโครงการข้อมูลสถานการณ์และแนวทางส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบและออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุครอบคลุมประเด็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ประเภทออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สมรรถภาพทางกายที่ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ การปฏิบัติตัวเมื่อเป็นเบาหวาน การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ

2) เสนอกิจกรรมในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้กลุ่มตัวอย่างทราบและแนะนำการปฏิบัติตัวกับผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ

3) สาธิตและแนะนำการออกกำลังกายแบบต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุและให้ผู้สูงอายุทดลองปฏิบัติผู้สูงอายุรวมกลุ่มวางแผนกำหนดเวลาร่วมกันออกกำลังกายและทำกิจกรรมพร้อมกันเป็นรายปี

4) การปฏิบัติกลุ่มเป้าหมายสรุปแนวทางการทำกิจกรรมที่เหมาะสมและกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ ดังนี้ 4.1) กลุ่มตัวอย่างสมัครเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ 4.2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตรวจสมรรถภาพร่างกายเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุบันทึกในสมุดประจำตัว 4.3) ให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในประเด็นการออกกำลังกาย การพักผ่อน อาหารที่มีประโยชน์ ความรู้การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดัน 4.4) จัด อสม. 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 4 คน เพื่อติดตามสนับสนุน 4.5) การวางแผนเพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอาย เดือนละ 2 ครั้ง และกิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกัน การจัดสังสรรค์ในวันสำคัญ การนั่งสมาธิ การไปทัศน

ศึกษา 4.6) มอบหมายผู้รับผิดชอบกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 4.7) แจกสมุดบันทึกกิจกรรมประจำสัปดาห์ให้ผู้สูงอายุบันทึกกิจกรรมที่ทำเป็นประจำวัน

5) ติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดย อสม. ในพื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 เดือนติดต่อกัน กระตุ้นและชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและเหมาะสมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้รางวัลกับผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

6) ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและมอบรางวัลผู้ปฏิบัติกิจกรรมและเข้าร่วมกิจกรรม

4.4 การประเมินผล ดำเนินการประเมินผลรูปแบบกิจกรรมการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย 1) จัดสัมภาษณ์เชิงลึก In-depth interview เพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติและความพึงพอใจของผู้สูงอายุและเครือข่าย นำสมุดบันทึกกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์การปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยข้อจำกัดของการวิจัย นักวิจัยได้ส่งต่อการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อดำเนินกิจกรรมได้ครบ 1 ปี ให้ทีมนักวิจัยในพื้นที่ติดตาม 2) การเสริมแรง โดยจัดให้มีกิจกรรมช่วงต้นเดือน หรือให้กำลังใจโดยของรางวัลเกียรติบัตรจากเครือข่าย และคณะทำงานเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) สรุปผลการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถตนเอง

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ครั้งนี้ พบว่า สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ดีและกลุ่มเป้าหมายในชุมชนมีความพึงพอใจในรูปแบบดังกล่าว จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกระบวนการตั้งแต่เริ่มโครงการ โดยผู้สูงอายุให้ข้อคิดว่ากระบวนการได้ช่วยให้ตนเองสามารถเลือกปฏิบัติได้ในช่วงเวลาที่ตนเองสะดวก กิจกรรมที่ทำในแต่ละด้านเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย และการรวมกลุ่มหากไม่มีเป้าหมายหรือวางแผนไว้ผู้สูงอายุก็จะไม่สนใจและติดตามเข้าร่วม และเมื่อผู้สูงอายุได้ร่วมกันวางแผนมีผู้สูงอายุหลายท่านเริ่มใส่ใจเมื่อทราบขอเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น และต้องการให้ อสม. ที่ดูแลช่วยมาแนะนำผู้สูงอายุเป็นประจำต่อเนื่อง ซึ่งหากติดภารกิจอาจเปลี่ยนกันมาช่วยแนะนำก็จะดี เช่น คำพูดของผู้สูงอายุท่านหนึ่งที่กล่าวว่า *"ตอนแรกยายไม่ได้มาเพราะไม่รู้ เห็นข้างบ้านไปเลยถาม ก็เลยตามมาด้วยเลยได้รู้ว่ามีกิจกรรม แต่ยายอยากขอให้เปลี่ยนเวลาให้ยายรับหลานก่อนค่อยมาร่วม เพื่อน ๆ ก็เลยเปลี่ยนเวลาให้"* และอีกท่านที่กล่าวว่า *"ชอบมากงานแบบนี้ยายมาประจำถ้าไม่ต้องไปเลี้ยงหลานในเมือง ยายมาทุกครั้งที่เพื่อนนัด พอมีกำหนดว่าจะทำอะไรวันไหนไว้ ยายก็ลงสมุดที่คุณหมอแจก พอถึงวันก็มาร่วมไม่ลืม"* และมีคุณยายท่านหนึ่งกล่าวว่า *"กิจกรรมนี้ดี ชอบได้มาคุยกับเพื่อนๆ และได้แนะนำสมุนไพรให้เพื่อนๆ ได้ จะได้ไม่ต้องทานแต่ยาหมอปัจจุบันก็จะดีกว่านี้ถ้าคุณหมอมาสอนเรื่องอื่น ๆ บ่อยๆ เป็นประจำ อยากให้มีการสังสรรค์ปลายปีและคุณหมอมาร่วมด้วย"* และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และแกนนำชุมชนพบว่า พึงพอใจที่มีกิจกรรมมาลงที่พื้นที่ ทำให้คนในพื้นที่ได้พบปะกันมากขึ้นในส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่าการที่ได้พูดคุยกับผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มทำให้การประสานขอความร่วมมือในการทำงานเรื่องอื่น ๆ ง่ายขึ้น ดังประโยคที่ว่า *"การคุยผู้สูงอายุบางท่านเป็นผู้อาวุโสของแกนนำในชุมชน พอทำงานก็สนิทกันมากขึ้น คุยง่ายมาก"*

กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างรูปแบบ การประเมินรูปแบบ การนำรูปแบบไปใช้ และการประเมินผลรูปแบบ ซึ่งขั้นตอนส่วนใหญ่ดำเนินไปตามขั้นตอนตรงตามทฤษฎีและเกิดรูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ สำหรับในการนำรูปแบบไปใช้พบว่า มีการปรับกิจกรรมระวะเวลาบ้าง ให้เหมาะสมอกับบริบทและสถานการณ์ของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของบัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์ และอัจฉรา จันทนี (2559) ที่ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสร้างกอ อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี และการศึกษาของเชียง เภาชิต และพรรณราย เทียมทัน (2559) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ ชี้ให้เห็นว่าการได้มาของรูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น แตกต่างกันตามบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งรูปแบบที่หลากหลาย

และเหมาะสมกับบริบทจะส่งผลต่อความยั่งยืนในกิจกรรมต่างๆ ได้มากกว่า

ในกิจกรรมการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไปใช้นักวิจัยใช้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียดเป็นข้อมูลนำเข้าสร้างความรับรู้มีอุปสรรค การรับรับรู้ความสามารถของตนเองและให้ความรู้ในแต่ละด้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อสร้างรับรู้ประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เชียง เภาชิต และพรรณราย เทียมทัน (2559) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ซึ่งใช้การทดสอบสมรรถภาพทางกายผู้สูงอายุเป็นข้อมูลนำเข้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงอุปสรรคความสามารถของตนเอง

สำหรับการสอนและสาธิต ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และบุคลากรสาธารณสุข ยังสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ละคนได้เป็นการอย่างดี

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ กระบวนการพัฒนารูปแบบได้เชิญเครือข่ายในพื้นที่มาร่วมขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดความซ้ำซ้อนและใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เป็นไปตามนโยบายรัฐบาลซึ่งได้ช่วยลดข้อบกพร่องในการขาดความยั่งยืนเช่นการวิจัยที่ผ่านมาได้เป็นอย่างดี สำหรับขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ไม่สามารถวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังดำเนินการตามรูปแบบได้เพราะข้อจำกัดในระยะเวลาของการวิจัยมีจำกัดแต่นักวิจัยได้ใช้สัมภาษณ์เชิงลึกความพึงพอใจของกลุ่มผู้สูงอายุว่ามีความพึงพอใจและเครือข่ายพึงพอใจเป็นการประเมินรูปแบบแทนและจะมีการบันทึกกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยการขับเคลื่อนของเครือข่าย ซึ่งจะเกิดผลต่อสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในอนาคตได้เป็นอย่างดี

ในระหว่างการดำเนินการวิจัย นักวิจัยได้ปรับเพิ่มเครื่องมือสมุดบันทึกกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้บันทึกเวลานัดและกิจกรรมที่ปฏิบัติทำให้ผู้สูงอายุมีแหล่งเตือนกิจกรรมที่จะปฏิบัติและยังสามารถนำเอาการบันทึกของผู้สูงอายุไปประเมินกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติและยังปฏิบัติไม่ครบ ช่วยในการวางแผนการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ดีแต่หากสามารถใช้เทคโนโลยีมาช่วยบันทึกและส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ทันทีจะเป็นการพัฒนารูปแบบที่ดีอีกขั้นสอดคล้องกับคำกล่าวของผู้สูงอายุท่านหนึ่งที่ให้สัมภาษณ์ว่า *“พ่อใช้โทรศัพท์บันทึกกิจกรรมที่คุณหมอบอกให้สมุดมาพ่อทำหาย”* แต่การนำเทคโนโลยีมาใช้กับผู้สูงอายุอาจจะต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการใช้เป็นเครื่องเตือนความจำของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้จัดให้มี อสม. พี่เลี้ยงช่วยกระตุ้นและเชิญชวนพร้อมให้คำแนะนำก็เป็นทางเลือกที่ดี อีกทางหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสามารถนำไปปรับใช้ขยายผลทำในพื้นที่อื่น ๆ ในเขตสุขภาพที่ 8 ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้ลงทุนสร้างผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุและ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อให้เกิดระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ซึ่งมีการพัฒนาและอบรมมาอย่างต่อเนื่องแต่ยังให้บุคคลอื่น เข้าไปสู่การดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่วนการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีแข็งแรงมาดูแลสุขภาพของตนไม่ให้กลายเป็นผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดังนั้น มีข้อเสนอแนะให้นำกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเองไปใช้เพิ่มในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

2. การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิตการจัดการความเครียดสำหรับผู้สูงอายุ นักวิจัยพบว่า มีเอกสารตำราและแหล่งข้อมูลหลากหลาย ดังนั้น การสังเคราะห์เนื้อหาที่มีความกระชับ เข้าใจง่าย ปฏิบัติง่าย ก่อนนำไปสอนผู้สูงอายุจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารเวลาได้ดี

3. นักวิจัยพบว่า เครือข่ายการทำงานในพื้นที่มีหลากหลายและมีการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อนไม่เกิดประโยชน์ ดังนั้นในการสร้างรูปแบบการพัฒนาที่ต้องดำเนินการในพื้นที่ควรมีการสร้างเครือข่ายไปพร้อมกับการทำงานเพื่อให้เกิดการขยายผลการทำงานเพิ่มอย่างมีประสิทธิภาพและยังสามารถต่อยอดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ดีต่อไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1 บัวพา บัวระภา, ชัยยง ขามรัตน์ และอัจฉรา จินวงษ์. (2559).รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน ตำบลสร้างกอ อำเภอกุดจับ
ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, อมรรัตน์ รัตนสิริ, บังอรศรี จินดาวงค์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์จันทะคุณ และชลทิพย์ สุภาพินิจ. (2561).พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร ,33(2) ,153-160.

2 พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2), 94-109.

3 ไพบูลย พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน. ชลบุรี : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.มูลนิธิสถาบันและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร:บริษัท ที คิว พี จำกัด; 2550. หน้า 1-25.

4 เยาวลักษณ์ อนุรักษ์. (2543). กระบวนการสุขศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ซิกมา ดีไซน์ กราฟฟิก.

5 วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2542). การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

6 วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี. ชลบุรี: วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

7 วาสนา สิทธิกัน. (2560).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. ลำปางเวชสาร, 38(2), 49-58.

8 ศันสนีย์ แสงสุข,สุมัทนา กลางคาร และสรญา แก้วพิทูลย์. (2561).รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุบ้าหนอง โดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการ สคร. 9(1), 24-33.

9 สุกัญญา บุญวรสถิต. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของข้าราชการสังกัดกรมราชทัณฑ์ในเขตพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

28)อนุสรณ์ เป้าสูงเนิน, วาริน แนวกลาง, วีรยา ย่อยกระโทก, สมพิศ คำมณี, อรอุมา เดชทุ่งคา, อารญา สิมมา. (2558). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดจิก อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 (น. 1339). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

10 Alford, D.M., & Futrell, M. (1992). Wellness and Health Promotion of the Elderly. Nursing Outlook, 40(5), 221–226.

11 Downie, M.E., & Tannahill, H.M. (1996). Health promotion model and values. (2nd ed) NewYork Oxford University.

12 Eun Sook Park, Soon Ja Kim, So In Kim, Young Ja Chun, Pyoung Sook Lee, Haeng Ja Kim and Kuem Sun Han. (2017). A Study of Factors Influencing Health Promoting Behavior and Quality of life in the Elderly. Journal of Korean Academy of Nursing, 28(3), 638-649. retrieved September 20, 2019, from: https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.4040/jkan.1998.28.3.638&code=1006JKAN&vmode=FULL

13 Hyun Mi Seo and Yang Sook Hah. (2017). A Study of Factors Influencing on Health Promoting Lifestyle in the Elderly: Application of Pender's Health Promotion Model. Journal of Korean Academy of Nursing, 34(7), 1288-1297, retrieved September 20, 2019, from:https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.4040/jkan.2004.34.7.1288&code=1006JKAN&vmode=FULL

14 Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). Health Promotion planning:an educational and environmental approach (2nd ed). Mayfield:California.

34)Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB,Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. Journal of Education and Health Promotion. 2014;3:119.

35)Harooni J, Hassanzadeh A, Mostafavi F. Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. J Edu Health Promot 2014;3:40.

รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย

Elderly health care model by Family Caregivers in Ban pheamSub-district, PhakhaoDistrict, Loei Province.

พงศ์สุรางค์ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา[1]

Pongsurang Sanewong Na Ayutthaya

(Received: September 12,2018; Accepted: October 11,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.6 ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลบางช่วงเวลาในช่วงเช้ามากที่สุดคือ ร้อยละ 57.1 พบว่า การดูแลเรื่องอาหาร ผู้ดูแลประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 95.2 ด้านการดูแลบ้านและสิ่งแวดล้อมพบว่า ส่วนใหญ่ดูแลในเรื่องของการดูแลทำความสะอาดบ้านร้อยละ 94.3 ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ต้องให้การดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 95.8 และการพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อแพทย์นัดร้อยละ 94.1 ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำ มากกว่า 3 วัน ใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ การนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 83.8 และการดูแลผู้สูงอายุออกกำลังกาย พบว่า มีการปฏิบัติเป็นประจำเพียง ร้อยละ 16.2 การพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีกระบวนการดำเนินการ โดยเริ่มจากศึกษาสถานการณ์ จากนั้นร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ดูแล จัดกิจกรรมที่เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เข้าใจง่าย มีการสาธิตประกอบการบรรยาย และการทบทวนความรู้ ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 86.7 โดยมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ 17.1 (SD=1.6) จากการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลต้องการได้รับการสนับสนุนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อกิจกรรมครั้งนี้ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาคล้ายกัน รวมทั้งชี้ให้เห็นประโยชนในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ ได้ จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การเรียนรู้เป็นฐานทำให้มีความรู้และเข้าใจ มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ:การดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

Abstract

Action research title: Elderly health care model by family caregivers in ban pheamsub-district, phakhao district ,loei province purpose to study the health care of the elderly by the elderly caregivers in the family and improving the efficiency of caring for the elderly of family caregivers. The research instruments by group discussion and data analysis questionnaires, use descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum value, qualitative data use content analysis. The results showed that elderly caregivers most of them were female 73.3% and aged between 41-50 years 27.6%, characteristics of elderly care most of them took care of some periods in the morning most of which were 57.1% and 95.2% of the elderly cooks for the elderly, in terms of home and environment care, it was found that most of them care about the house cleaning 94.3%, health care found that providing care for medical care when

1 กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

illness was 95.8 %, and taking a doctor to see when sick or when the doctor was 94.1%. Health care behavior to performed more than 3 days in 1 week bring to the elderly see doctor when illness or health problems 83.8% and caring for the elderly, exercising found that only 16.2 % of regular practices, the development of effective care for the elderly of family caregivers have a process by starting from studying the situation and then plan to resolve the needs of the caregiver together, this activities that are easy to understandthere are a demonstration of the lecture and knowledge review the level of knowledge of elderly caregivers after developing potential caregivers had good knowledge at 86.7% average knowledge score of 17.1 (SD = 1.6) from group discussions caregivers want to receive support for elderly care continuously and most are satisfied with this activity, exchange of experiences between caregivers who provide care for older people with similar problems including pointing out the benefits of supporting the elderly to help themselves in various activities.

This study make the caregivers of the elderly have knowledge and understanding ,they are exchange of experiences between the caregivers who care for the elderly learning as a base makes knowledge and understanding have the ability to care for the elderly more appropriate.

Key word: Elderly care, Caregiver, Elderly

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของประชากร เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข[1] ในประเทศไทย สถิติจำนานผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 10.2 ล้านคน[2] และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.7 ล้านคน[3] ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดของทารกและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว[4] เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยอื่น พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีถึงร้อยละ 15.45 ต่อประชากรทั้งหมดของประเทศ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและอายุขัย ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและบริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อีกทั้งประสบปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงในสังคมไทยสำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทุกกลุ่มมากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดเลย และจังหวัดขอนแก่น (ร้อยละ16.58,15.94 และ 15.91 ตามลำดับ)

จากการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ในปี 2559 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95.4 อาศัยอยู่กับบุตรหลานในครัวเรือน โดยมีบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ดูแล แต่ก็ยังพบปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 13.5 นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากเป็นความชราเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะต่างๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ พบว่าประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีความต้องการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือคนดูแลคิดเป็นร้อยละ 22 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[5] โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้นทั้งนี้การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลงตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ เช่น กังวล น้อยใจ หงุดหงิดง่าย เหงาและซึมเศร้า และบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลับเป็นผู้พึ่งพิงอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี[6]

การดูแลผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยชุมชนและครอบครัว ถือได้ว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลสูงอายุ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัยผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร[7] ที่ได้นำเสนอตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนในชนบทไทย ซึ่งเป็นการถอดตัวแบบพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้เกิดผลทางจิตวิทยามากกว่าการลอกเลียนซึ่งพบว่า ตัวแบบการดูแลที่ดีของครอบครัวประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 9 ประการ ได้แก่การดูแลสุขภาพวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การดูแลแผลกดทับ การจัดอาหารที่เหมาะสม การป้อนอาหาร การดูแลด้านการขับถ่าย การสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์ และการดูแลด้านอารมณ์จิตใจและจิตวิญญาณ โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด ดังนั้นครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดและสนิทสนมกับผู้สูงอายุมากที่สุดมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะการจัดระบบเกื้อกูลให้□ครอบครัวสามารถดูแลผู□สูงอายุได□[8] การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวพบว่าในบางครอบครัวมี ป□ญหาในการดูแล บางครอบครัวสามารถดูแลได้เป็นอย่างดี บางพื้นที่สามารถเกื้อกูลให้ผู้สูงอายุอยู่□กับครอบครัวอย□างมีความสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพที่ดี มีสุขภาพแข็งแรงสามารถยืดเวลาเกิดการเจ็บป่วย หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยสามารถทุเลาขึ้นลดความพิการหรือทุพพลภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย นำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวระยะยาวให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในประเทศไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ระยะที่ 2 พัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลตามขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นเตรียมการ ประชุมชี้แจงทีมงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของทุก ภาคส่วนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินงานวิจัย และร่วมวางแผนดำเนินงาน จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1) แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุแบบสอบถาม สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นคำถาม ถูก – ผิดแบบเลือกตอบ 20 ข้อ แปลผลโดยตอบถูกได้ 1 คะแนนและตอบผิดได้ 0 คะแนน วิเคราะห์ข้อมูลโดยคิดคะแนนเป็นร้อยละของการตอบคำถามถูก ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ ดังนี้

ระดับดีมีคะแนนตั้งแต่ 80 % ขึ้นไป
ระดับปานกลาง มีคะแนนตั้งแต่ 60 – 79 %
ระดับต่ำ มีคะแนน 59 % ลงมา

2) การสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับลักษณะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวและ สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มละ 5-7 คน ตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน ที่ให้ความสมัครใจและมีความสะดวก ไม่มีความอึดอัดใจในการสนทนากลุ่ม ซึ่งสนทนากลุ่มในประเด็นปัญหาที่

เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับลักษณะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวและสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดสังคม ต.บ้านเพิ่ม อ.ผาขาว จ.เลย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยในพื้นที่ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย จำนวน 9 หมู่บ้าน โดยการสุ่มแบบPurposive Sampling โดยประเมินตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่บ้านในเวลากลางวัน มีความสะดวกในการให้ข้อมูล ไม่กระทบต่อภาระหน้าที่ในการทำงานของแต่ละบุคคล 3) ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุและดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี ที่ดูแลผู้สูงอายุเฉพาะผู้สูงอายุอยู่ติดบ้านและสังคมเท่านั้น ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ หรือเป็นเครือญาติที่ใกล้ชิด ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย จำนวน 9 หมู่บ้าน จำนวน 105 คน

ขั้นดำเนินการ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง 2) สำรวจสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 3) นักวิจัยร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุวางแผนแก้ไขปัญหา ความต้องการและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 4) จัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นประเมินผล ประเมินผลโดยกระบวนการสนทนากลุ่ม ถอดบทเรียน และพิจารณาการปรับกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ คืนข้อมูลให้ผู้ดูแล สรุปผลกระบวนการ ตามขั้นตอนการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยกรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 322 วันที่ 26สิงหาคม2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณข้อมูลที่ได้วิเคราะห์สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ตำบลบ้านเพิ่มอำเภอผาขาว จังหวัดเลยผลการศึกษาดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปีร้อยละ 27.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.9ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลมีอายุในช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 70.0 ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุคือส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 59.0จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.3 รองลงมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 22.9 รายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 44.8

ลักษณะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดทั้งวัน ร้อยละ 14.3 ส่วนใหญ่ดูแลบางช่วงเวลาในช่วงเช้ามากที่สุดคือ ร้อยละ 57.1 จากลักษณะการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน พบว่า การดูแลเรื่องอาหาร ผู้ดูแลประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ95.2 อีกส่วนหนึ่งคือ การจัดหาและเลือกซื้อของใช้ให้ผู้สูงอายุร้อยละ95.2 ด้านการดูแลบ้านและสิ่งแวดล้อมพบว่า ส่วนใหญ่ดูแลในเรื่องของการดูแลทำความสะอาดบ้านร้อยละ 94.3 ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ต้องให้การดูแลเรื่องการรักษาพยาบาลดูแลเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 95.8และการพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยหรือเมื่อแพทย์นัดร้อยละ 94.1และพบว่า การดูแลผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายและการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและการขับถ่ายพบน้อยเพียง ร้อยละ 40.0 และ 66.6 ตามลำดับ ส่วนการดูแลทั่วไป ได้แก่ มีการเลือกซื้อของใช้สำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 95.2

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นประจำ มากกว่า 3 วัน ใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ การนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 83.8 รองลงมาคือ การเลือกอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การดูแลที่อยู่อาศัยให้อากาศถ่ายเทเสมอ และการดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและพบแพทย์ตามนัด พบเท่ากันคือ ร้อยละ 78.1 ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่พบน้อย ได้แก่ ช่วยผู้สูงอายุดูแลทำความสะอาดร่างกายทุกวันในทุกสัปดาห์ และ การดูแลทำความสะอาดห้องน้ำ หรือทำราวจับที่แข็งแรงในห้องน้ำเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม พบเท่ากันคือ ร้อยละ 14.3 และการดูแลผู้สูงอายุออกกำลังกาย พบว่ามีการปฏิบัติเป็นประจำเพียง ร้อยละ 16.2

2. การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวตำบลบ้านเพิ่มอำเภอ ผาขาว จังหวัดเลย การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้วางแผนเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมจำนวน 105 คนดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดทำเป็นฐานความรู้ ได้แก่

ฐานที่ 1 สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุภายในและภายนอกบ้าน

ฐานที่ 2 การเลือกของใช้ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ฐานที่ 3 อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ฐานที่ 4 ไม่ล้มไม่ลืม

ภายหลังการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยได้มีการประเมินผลโดยการทดสอบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกเกินร้อยละ 60.0 และตอบถูก มากที่สุดในหัวข้อผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลใกล้ชิดจากคนรอบข้างมากกว่าวัยอื่น ร้อยละ 100 ส่วนประเด็นความรู้ ที่มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ได้แก่ เรื่องการออกกำลังกาย จะทำให้หกล้มง่ายกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย ที่ตอบถูกเพียง ร้อยละ 57.1 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตอบถูก (n=105)

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป	104	99.0
ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ควรได้รับการดุแลใกล้ชิดจากคนรอบข้างมากกว่าวัยอื่น	105	100
ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าวัยอื่น	82	78.1
กรณีที่ผู้สูงอายุรูปร่างเตี้ยจะเกิดการหกล้มง่ายกว่าผู้สูงอายุรูปร่างสูง	70	66.7
ผิวหนังของผู้สูงอายุที่เหี่ยวย่น ทำให้เป็นบาดแผลต่างๆตามร่างกายได้ยาก	87	82.9
โรคต้อกระจก สายตายาวจากความชรา หรือการเดินในที่มืด เป็นสาเหตุให้หกล้มได้ง่าย	90	89.7
ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายประมาณสัปดาห์ละ 3-4 สัปดาห์ แต่ละครั้งๆละ 15-30 นาที	71	67.6
ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ การกินอาหารของผู้สูงอายุทำให้เกิดโรคอาหารเป็นพิษได้ง่ายกว่าคนวัยอื่น	92	87.6
โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีการสะดุดเมื่อเดินบนพื้นขรุขระหรือต่างระดับ	100	95.2
ผู้สูงอายุควรลดอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด และมันจัด	92	87.6
ผู้สูงอายุควรนอนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	101	96.2
การนั่งแบบงอเข่าเป็นเวลานานๆทำให้ปวดเข่าได้ง่าย	99	94.3
การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งจำเป็นและควรปฏิบัติสม่ำเสมอ	101	96.2
เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุควรปรึกษาแพทย์ก่อน และไม่ควรซื้อยามากินเอง	98	93.3
ผู้สูงอายุที่ออกำลังกาย เช่น โยคะ รำมวยจีน ไท้เก๊ก จะหกล้มได้ง่ายกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย	60	57.1

ตาราง 1 ร้อยละความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตอบถูก (n=105)

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุควรกินเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อหมู มากกว่าอาหารประเภทอื่นๆ	93	88.6
ผู้สูงอายุกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ ผัด ทอด ได้ไม่จำกัด	90	85.7
ผู้สูงอายุสามารถดื่มสุรา ชา กาแฟ ได้ในปริมาณเท่ากับเมื่ออายุน้อย	99	94.3
น้ำมีความสำคัญต่อร่างกายผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุควรดื่มน้ำวันละไม่เกิน 3 แก้ว	98	93.3
ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่อับ อากาศไม่ถ่ายเท จะทำให้รู้สึกสบายตัวมากขึ้น	88	83.8

ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าภายหลังการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวตำบลบ้านเพิ่มอำเภอ ผาขาว จังหวัดเลยผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 86.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.4 และระดับต่ำจำนวน ร้อยละ 1.9 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 17.1 (SD=1.6) คะแนนสูงสุดคือ เต็ม 20 คะแนน และต่ำสุดคือ 11 คะแนน

จากการสนทนากลุ่มเพื่อถอดบทเรียนเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ยังต้องปรับปรุง จำนวน 20 คน สรุปได้ดังนี้

1) ปัญหาของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้ ยังขาดความรู้ในการดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ เรื่องกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย ยังมีความเชื่อว่าผู้สูงอายุอาจเกิดอุบัติเหตุ จึงไม่ควรออกกำลังกาย ด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องรายได้และฐานทางครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุ ยังเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้มจากการไปเข้าห้องน้ำด้วยตัวเอง

2) ความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีบริการการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกไม่มีพาหนะพาไป การได้รับความรู้เรื่องผลข้างเคียงของการใช้ยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับต้องการได้รับการสนับสนุนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

3) การนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน จากการประเมินผล ผู้ดูแลเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาคล้ายกัน รวมทั้งเห็นประโยชนในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆได้ จากการเรียนรู้เป็นฐานทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจ มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 27.6 มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรร้อยละ 59.0 รายได้ต่อเดือนเพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 44.8 ในจำนวนของผู้ดูแลนี้มีถึงร้อยละ 21.0 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ดังนั้น เพศชาย จึงทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัวมากกว่าการอยู่ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง[10, 11]

ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดูแลผู้สูงอายุตลอดทั้งวัน ถึงร้อยละ 85.0 ด้วยบริบทของพื้นที่ตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากถึงร้อยละ ทำให้นอกฤดูกาลทำการเกษตร สามารถอยู่บ้านดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับ ลักษณะการดูแลในเรื่องอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้ประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 95.2 นอกจากนี้การเลือกซื้อของใช้ การดูแลบ้านและสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 89.5, 95.2 ตามลำดับ

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับลักษณะการดูแลสุขภาพที่พบว่ามีการดูแลผู้สูงอายุยามเจ็บป่วยถึงร้อยละ 99 เช่นเดียวกับประเด็นการเคยได้รับความรู้ด้านความรู้ จากการสอบถามพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว ร้อยละ 82.9 ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ในเรื่อง

การดูแลอาหารที่เหมาะสมกับโรคและการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับความรู้จาก อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่เน้นเรื่องการดูแลเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ [12] ที่พบว่าปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อเน้นเรื่องให้การดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการดูแลในครอบครัวถือได้ว่าเป็นวิธีแรกที่ต้องให้ความสนใจและความสำคัญ

ดังนั้น การจัดกิจกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่มีกระบวนการดำเนินการ โดยเริ่มจากศึกษาสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ร่วมกันวางแผนในโดยจัดกิจกรรม ที่เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เข้าใจง่าย โดยเน้นกระบวนการดำเนินการโดยเริ่มจากศึกษาสถานการณ์ปัญหาจากนั้นร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหา ความต้องการของผู้ดูแล จากนั้นดำเนินการออกแบบเนื้อหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการ วัฒนธรรมและบริบทของชุมชน โดยการสร้างการเรียนรู้และอบรมผ่านการทำเป็นกิจกรรมฐาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เข้าใจง่าย ใช้ระยะเวลาดำเนินการไม่มาก มีการสาธิตประกอบการบรรยาย และการทบทวนความรู้ ไม่ใช้เอกสารประกอบทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและเรียนรู้ไปพร้อมๆกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในจังหวัดกาฬสินธุ์[13]ที่มีบริบทพื้นที่เป็นชนบทห่างไกล มีรูปแบบที่แตกต่างกันไปจากสภาพพื้นที่และบริบทสังคม จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลได้รับความรู้ในกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

การประเมินผลหลังการจัดกิจกรรม พบว่า ในด้านความรู้ ได้แก่ หลังการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย 17.1 (SD=1.6) ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.7 การเรียนรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสะท้อนคิดด้วยตนเอง โดยนำปัญหาหรือประสบการณ์ที่เจอมาปรับเข้ากับกระบวนการพัฒนาความรู้[14] จึงทำให้เกิดความรู้และเข้าใจมีความสามารถนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่า การที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหาความต้องการข้อจำกัด ศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นกระบวนการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีความรู้และเข้าใจ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1) United Nations Population Funds. World Population Ageing. United Nations. New York.2015.
2) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับประชาชน.2560.
3) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555.นนทบุรี: เอสเอสพลัสมีเดีย. 2556.
4) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554.กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.2554.

5) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.

6) จริยา อินทรรัศมี. สถานการณ์สภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำอ้อม อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และตำบลบ้านเพิ่ม อำเภอผาขาว จังหวัดเลย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2560, 9(2) : 1-18.

7) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ ปรียานุช โชคธนวณิชย์ ธนิกานต์ ศักดาพร.วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.10(3): 13-24. 2552.

8) สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. รายงานการวิจัย การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษานโยบาย มาตรการในการจัดระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบสภาวะยากลำบาก กรณีศึกษา : ครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพังและครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยตามลำพัง.สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. 2556.

9) Moule, P., & Goodman, M. Nursing research : An introduction. (2nd ed.) London: SagePublications. 2014.

10) จอม สุวรรณโณ.ญาติผู้ดูแลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.วารสารพยาบาล. 2541, 3: 145-147.

11) Blieszner, R and Macini, J. A. Enduring ties: Older adults' parental role and responsibilities in Family Relations.176-180.1987.

12) กาญจนา ปัญญาธร. พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ: กรณีศึกษาบ้านหนองตะไก้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. รายงานการประชุมใหญ่นำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติ เรื่อง สหวิทยาการ : ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน. 2557:351-361.

13) ทัศนีย์ อนันทวัน, สงครามชัยลีทองดี และ ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี. รูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนตำบลโนนศิลาอำเภอสหัสขันธ์จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559,23(2) : 60-68.

14) สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ใครจะดูแลผู้สูงอายุในอนาคต. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.2543, 1(2):3 – 4.

การพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Diabetes Mellitus Care Model in the community of Buntharik district, Ubon Ratchathani Province

ทนง คำศรี [1],

Tanong Kamsri[1]

(Received: September 5,2018; Accepted: November 20,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 43 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ paired sample t-test.

ผลการศึกษา: ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 ราย เพศหญิงร้อยละ 81.40 เพศชายร้อยละ 18.60 อายุเฉลี่ย 59.16±16 ปี ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.05± 3.30 ปี พบว่าหลังการวิจัยมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า 155 mg% เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.09 และ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่า 7% เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.58 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรู้พบว่าหลังการวิจัยมีค่าเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) ขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมหลักการวิจัยมีค่าลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด(LDL) และอัตราการกรองของไตไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน, พฤติกรรมสุขภาพ,รูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

Abstract

The study was a Quasi Experimental Research. The sample size contained 43 participants including patients with Diabetes mellitus (DM). Data was analyzed using descriptive statistics, and a paired sample t-test.

Results: The results were as follows; 43 participants consisted of 81.40 percent female and 18.60 percent male. The average participant age was 59.16±16 years and post diabetes mellitus illness 9.05± 3.30 years. After completing the treatment model, 72.09 percent of DM cases patients obtained the ability to control HbA1C <7% in 25.58 percent of DM cases and to control fasting blood sugar <155 mg%. In addition, the self-care behaviors and knowledge obtained were higher than before using the model with a significant statistic (p< .05). Furthermore, fasting blood sugar and HbA1C level of the sample after the development was significantly reduced (p-value < 0.05)but the statistics of body mass index, blood lipid levels and Glomerular filtration rate were not significant.

Key words: Diabetes mellitus, Health Behavior, Diabetes mellitus care model in the community.

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

การที่ประชากรมีอายุยืนขึ้นทำให้โรคเรื้อรังที่เป็นผลจากการเสื่อมของสภาพร่างกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคปอดอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างมากในปัจจุบัน ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลัง พัฒนา แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและวิทยาการทางการแพทย์อย่างมากในเวลาเดียวกัน แต่กลับพบว่ามีประชากรที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ มากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน ผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ. 1995 พบว่า ประชากรราว 100 ล้านคน มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยเฉพาะในประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่พบว่าประมาณร้อยละ 86 มีโรคประจำตัวเรื้อรังตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป และมีถึง 1 ใน 4 ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังตั้งแต่ 4 โรคขึ้นไป แต่ผลการสำรวจเกี่ยวกับการดูแลรักษา มีประชากรที่มีโรคเรื้อรังเหล่านี้มากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลรักษาต่ำกว่ามาตรฐาน วงวิชาการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศที่พัฒนาแล้วได้เล็งเห็นปัญหานี้มาตั้งแต่

ปี ค.ศ. 1970 แต่มีความตื่นตัวอย่างสูงและเห็นความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหานี้ อย่างจริงจัง โดย Robert Wood Johnson Foundation ได้มีการจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญและให้ทุนสนับสนุนด้านการวิจัยและพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากวงวิชาการด้านการแพทย์เล็งเห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมิใช่เป็นเพียง “ช่องว่าง” (Gap) แต่เป็น “หุบเหว”ของความบกพร่องด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลยทีเดียว และการมาตรการเสริมต่อใดๆเข้ากับระบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันซึ่งเหมาะกับโรคเฉียบพลันไม่เป็นการเพียงพอ แต่จะต้องมีการปฏิรูปหรือออกแบบรูปแบบบริการสุขภาพแบบใหม่เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้น สถานการณ์ของโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อปัจจุบันพบว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของคนไทย เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งความจริงก็คือโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 60 เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ปีละกว่า 97,900 คน ขณะที่คนไทย กินยาสูงถึงปีละ47,000 ล้านเม็ดหรือเฉลี่ยวันละ128 ล้านเม็ด อย่างไรก็ตามสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมอาทิ ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน สูบบุหรี่ ดื่มเหล้ากินอาหารไม่เหมาะสม เช่น อาหารหวาน มัน เค็ม กินผักน้อยลง (ผลการวิจัยจากกรมอนามัย ปี 2554 พบว่า คนไทยกินผักน้อยมาก เฉลี่ยคนละ 1.8 กรัม หรือไม่ถึงวันละ 2 ขีด) ดังนั้น สาเหตุหลักของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ พันธุกรรมและพฤติกรรม สถานการณ์ โรคเบาหวานในประเทศไทยมีอัตราความชุกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 7 หมายถึงใน100 คนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจะมีอย่างน้อย 7 คน ที่เป็นโรคเบาหวาน เราพบว่ากลุ่มคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานสามารถเข้าถึงการบริการของสถานพยาบาลเพียงแค่ประมาณร้อยละ 50-60 ส่วนอีกร้อยละ30-40 เป็นกลุ่มที่คนอยู่ในชุมชน ซึ่งบางคนยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรืออยู่ในระยะก่อนเป็นโรคเบาหวานหรือบางคนที่ได้รับการ วินิจฉัยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการรักษาก็มีอีกจำนวนหนึ่งเช่นกัน [10]

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบุณฑริกมีผู้ป่วยด้วยเบาหวานมารับบริการในปีงบประมาณ 2560-2561 จำนวน 4,106 และ 4,300 ราย ตามลำดับ ได้รับการคัดกรองการควบคุมระดับน้ำตาลโดยการตรวจหาระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) จำนวน 2,985 และ 3,641 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.69 และร้อยละ 84.61 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 19.58 และ ร้อยละ 39.63 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าความครอบคลุมในการคัดกรองและการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานยังต่ำ ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการและเสริมพลังในการควบคุมระดับน้ำตาล

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนในอำเภอบุณฑริก

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็น

ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานีที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัสโรคด้วย ICD-10 รหัส E08-E13 คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวาน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ บ้านห้วยปอ, บ้านห้วยปอเจริญ, บ้านป่าสน และบ้านคำอุดม ในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม อำเภอบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ได้กลุ่มตัวอย่าง 43 ราย ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2561 – 31 ธันวาคม 2561

เกณฑ์การคัดเลือก(Inclusion criteria) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารระดับสีแดงขึ้นไป (FBS ≥183 mg%) ติดต่อกัน 2 ครั้ง หรือระดับน้ำตาลสะสม(HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 8 % ได้รับการรักษาเบาหวานมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือนและได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ ช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถติดตามการรักษาต่อเนื่องได้อย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามผลการพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดจากเครื่องมือการวิจัยของ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล [(5)] ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม อัตราการกรองของไต และระดับไขมันในเลือด

2.แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล [(5)] จำนวน 30 ข้อ การทดสอบความรู้ความเข้าใจเป็นการนำรูปแบบการทดสอบความเข้าใจโดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทบทวนเอกสารการดำเนินงาน 3อ2ส ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบปรนัยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือกข้อที่ตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดคิดเป็น 0 คะแนนเนื้อหาของแบบทดสอบประกอบด้วย การทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 3อ2ส (ออกกำลังกาย, อาหาร, อารมณ์, สูบบุหรี่และสุรา) เกณฑ์การประเมินความรู้ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน ดังนี้ ตอบถูก 81-100% (25-30คะแนน) หมายถึงความรู้อยู่ในระดับดี ตอบถูก 51-80% (16-24คะแนน) หมายถึงความรู้อยู่ในปานกลางตอบถูก 0-50% (0-15คะแนน) หมายถึงความรู้อยู่ในระดับต่ำ

3.แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรม ของกองสุขศึกษา ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล[(5)] จำนวน 8 ข้อเป็นแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ2ส มีตัวเลือกแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ไม่ทำเลย, นานๆ ครั้ง, 3 วันต่อสัปดาห์, 3 วันต่อสัปดาห์และทุกวัน แยกระดับการปฏิบัติ ดังนี้ ระดับแตกฉาน คือ ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ระดับไม่แตกฉาน คือ ปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมพัฒนามาจากเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล[(5)] ผู้ทำการศึกษานำเนื้อหาของเครื่องมือนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา(Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน 2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมพัฒนามาจากเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล [(5)] มีรายงานการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย หาค่าค่าความเชื่อมั่น (Kuder Richardson :KR-20) แบบประเมินความรู้ความเข้าใจโรคเบาหวานได้ดังนี้ ข้อ 1 ถึง 14 เท่ากับ 0.71 ข้อ 15 ถึง 16 เท่ากับ 0.78 ข้อ 17 ถึง 30 เท่ากับ 0.87 โดยรวมมีค่า

ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมรวมเท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 14.0 ดังนี้ วิเคราะห์ส่วนบุคคลใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (Min, Max) วิเคราะห์ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนก่อนและหลังวิจัย โดยการทดสอบทดสอบความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJUB2562-001

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 ราย เพศหญิงร้อยละ 81.40 เพศชายร้อยละ 18.60 อายุเฉลี่ย 59.16±16 ปี ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.05± 3.30 ปี จบประถมศึกษาร้อยละ 93.02 อาชีพทำนา/ทำไร่ ร้อยละ 83.72 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมร้อยละ 72.09 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคไขมันในเลือดสูง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอำเภอบุณฑริก

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าก่อนการวิจัยผู้ป่วยมีพฤติกรรมการงดการสูบบุหรี่และงดการดื่มสุรา ระดับแตกฉานหรือปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป หลังการวิจัยมีพฤติกรรมการงดการสูบบุหรี่ งดการดื่มสุรา และ ควบคุมอารมณ์/จิตใจ ไม่ให้เครียด หรือวิตกกังวลมากเกินไประดับแตกฉาน (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาผลการพัฒนาด้านต่าง ๆ พบว่าหลังการวิจัยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับแตกฉานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.14 ระดับความรู้อยู่ในปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.72 ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ม.^{2} เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.23 ระดับไขมันในเลือด(LDL) น้อยกว่า 100 mg/dl เพิ่มเป็นร้อยละ 39.53 ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) น้อยกว่า 155 mg% เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72.09 และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่า 7% เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.58

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยของพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) โดยก่อนการวิจัยมีค่าเท่ากับ 2.58 ± 0.63 หลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 3.03 ±0.59 ส่วนค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยของระดับความรู้พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) โดยก่อนการวิจัยมีค่าเท่ากับ 15.69± 0.56 หลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 20.84±0.50 รวมทั้งค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยของระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) โดยก่อนการวิจัยมีค่าเท่ากับ 185. 44± 3. 58 หลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 141.83± 4.17 และค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยของระดับน้ำตาลในเลือดสะสมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <0.05) โดยก่อนการวิจัยมีค่าเท่ากับ 9.43 ± 0.28 หลังการวิจัยมีค่าเฉลี่ยลดลงเหลือ 8.16 ± 0.28 (ตาราง 2)

สรุปการพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริกทำให้ พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับความรู้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด (LDL) และอัตราการกรองของไตไม่แตกต่างกัน (ตาราง2)

ตาราง 1 ร้อยละข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การปฏิบัติ	ก่อนวิจัย		หลังวิจัย	
	ค่าเฉลี่ย	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	แปลผล
1.ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย	1.12±0.15	ไม่แตกฉาน	1.11±0.32	ไม่แตกฉาน
2.เลือกอาหารทีเน้น ผัก ผลไม้	1.88±0.54	ไม่แตกฉาน	2.47±0.55	ไม่แตกฉาน
3.เลือก/ปรุงอาหารที่มีรสชาติไม่เค็มจัด	1.98±0.60	ไม่แตกฉาน	2.49±0.63	ไม่แตกฉาน
4.เลือกอาหารที่ไม่มีไขมัน/ไขมันต่ำ	1.74±0.58	ไม่แตกฉาน	2.70±0.56	ไม่แตกฉาน
5.เลือกอาหารที่มีรสไม่หวานเป็นหลัก	2.16±0.57	ไม่แตกฉาน	2.86±0.47	ไม่แตกฉาน
6.ควบคุมอารมณ์/จิตใจ ไม่ให้เครียด หรือวิตกกังวลมากเกินไป	2.44±0.67	ไม่แตกฉาน	3.12±0.59	แตกฉาน
7. งดการสูบบุหรี่	4.77±0.78	แตกฉาน	4.77±0.78	แตกฉาน
8. งดการดื่มสุรา	4.67±0.94	แตกฉาน	4.72±0.83	แตกฉาน

ระดับแตกฉาน คือ ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป (Mean ≥3) ระดับไม่แตกฉาน คือ ปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วัน (Mean <3)

.

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความรู้ ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด อัตราการกรองของไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

ผล (N=64)	การทดลอง	Mean	S.D.	t	df	p
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อน	2.58	0.63	-8.9008	42	0.0000*
	หลัง	3.03	0.59			
ระดับความรู้	ก่อน	15.69	0.56	-12.2643	42	0.0000*
	หลัง	20.84	0.50			
ดัชนีมวลกาย	ก่อน	26.46	0.51	0.4091	42	0.6845
	หลัง	26.40	0.45			
ระดับไขมันในเลือด(LDL)	ก่อน	116.34	4.74	1.9998	42	0.0520
	หลัง	109.78	4.01			
อัตราการกรองของไต	ก่อน	76.71	3.87	-0.2015	42	0.8413
	หลัง	76.82	3.85			
ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อน	185.44	3.58	10.6962	42	0.0000*
	หลัง	141.83	4.17			
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	ก่อน	9.43	0.28	8.7285	42	0.0000*
	หลัง	8.16	0.28			

*Sig = P <0.05

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอำเภอบุณฑริก ประกอบด้วย (1) กิจกรรมให้สุขศึกษารายกลุ่มโดยใช้หลัก 3อ.2ส. ได้แก่ 5 กิจกรรมกลุ่มทุก 2 เดือน ใน 1 ปี ดังนี้ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์การค้นพบข้อเท็จจริง กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม กิจกรรมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์และกิจกรรมส่งท้าย:กลุ่มเปิดใจ (2) บริการตรวจรักษาแบบ One Stop Service ที่ศาลาประชาคมของหมู่บ้านจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และ (3) กิจกรรมการให้สุขศึกษาและให้คำปรึกษารายบุคคล ผลที่ได้ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ระดับความรู้ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับหลายการศึกษาดังนี้ วงเดือน ภาชาและ

คณะ[9] ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ ผลการพัฒนาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภิญยา ไปมูลเปี่ยมและคณะ[8] ศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาครพบว่าผู้ป่วยเกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ถูกต้อง และสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาล ร้อยละ 86.0 และพรวิจิตร ปานนาค และคณะ [7] ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพ ความมั่นใจในการจัดการตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และคณะ[4] ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดสูงก่อนดำเนินโครงการ จะพบว่าแต่ละการศึกษาจะมีรูปแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นตามบริบทของชุมชนทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางทีถูกต้อง และการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยให้เป็นไปด้วยด้วยความสะดวกรวดเร็ว แต่ไม่ละเลยคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ

สรุป

การพัฒนารูแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ไม่มีผู้ป่วยขาดนัดเนื่องจากเป็นการตรวจรักษาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และเป็นข้อตกลงร่วมกันของชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการแบบใกล้บ้าน ทำให้เกิดความร่วมมือและกระตือรือร้นในการรับบริการและช่วยเหลือกัน และเป็นการบริการที่เอื้อต่อการเรียนรู้ที่เจ้าหน้าที่สามารถให้ความรู้เป็นรายบุคคลได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งต่อไป ควรกำหนดกิจกรรมหลักให้ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยและกำกับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ประกอบกับ การวิจัยจะประสบความสำเร็จต้องคำนึงถึงบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนและการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพควรมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในสิ่งที่แนะนำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลบุณฑริก และสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลบุณฑริก รวมทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโพนงาม ทุกๆท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ความร่วมมือ ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.

2.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2561.

3.คมสรรค์ ชื่นรัมย์, บุญสิทธ์ ไชยชนะ , กรรณิกา เรืองเดช, ชาวสวน ศรีเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของ โรงพยาบาลสุคิริน ด้วยเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC). วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559 ; 3: 179-193.

4.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, วิมล แสงอุทัย, กมลชัย อมรเทพรักษ์, สมนึก หงส์ยิ้ม. แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบองค์รวมด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของอำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560 ; 24: 78-88.

5.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ(Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2558.

6.ธนาฒย์ อามาตย์มุลตร, ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่จาน อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23: 69-85.

7.พรวิจิตร ปานนาค, สุทธีพร มูลศาสตร์, เชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการพยาบาล 2560; 27: 91-105.

8.ภิญยา ไปมูลเปี่ยม, พัชนี อินใจ, วินัย ปันทะนะ, ไชยวัฒน์ น้ำเย็น. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559 ; 25: 395-400.

9.วงเดือน ฦาชา, สุชัญญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปสี, พนิตนาฎ รักษ์มณี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. วารสารการพยาบาล 2554; 38: 31-41.

10. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน เวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพ”ครั้งที่ 7. นครปฐม: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.); 2555.

11. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินันะ, นิรชร ชูติพัฒนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3: 110-126.

12. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน.พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.

13. อภิญญา เมืองคำ, ศิริตรี สุทธจิตต์. ผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความร่วมมือในการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2556; 8: 104-111.

14. Diabetes Care. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus [Internet]. 2011[cited 2018 Dec]. Available form: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3006051/.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Associated with Shop Operators' Decision-making Behaviors in Purchasing Health products in Sisaket Town Municipality of Sisaket Province.

พรรณนภา ศรีสวัสดิ์[1],
Phannapha Srisawat[1]

(Received: September 5,2018; Accepted: November 17,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 220 คน มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.851 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์(Chi-Square Test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) นำเสนอค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 36,261.82 บาท ระยะเวลาดำเนินกิจการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.19 ปี การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ ไม่เคยปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ระดับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 34.50 ระดับทัศนะคติด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.50 ระดับราคาขายผลิตภัณฑ์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.70 ระดับการส่งเสริมการขาย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.90 ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูงร้อยละ 74.10 ระดับการโฆษณาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.50 ระดับการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.10 ระดับด้านความต้องการของผู้บริโภค อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.30 ระดับมาตรการทางกฎหมายส่วนใหญ่ มีระดับสูงร้อยละ 56.40 และพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.40 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า ($r = 0.120, p = 0.076$) ($r = 0.557, p = <0.001$) ($r = 0.806, p<0.001$) ($r = 0.151, p = 0.025$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วน อายุ ระยะเวลาการดำเนินกิจการ ด้านราคาขายผลิตภัณฑ์ ด้านการส่งเสริมการขาย ด้านการโฆษณา ด้านความต้องการของผู้บริโภค ด้านมาตรการทางกฎหมาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้า

คำสำคัญ (Key words) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ,ผู้ประกอบการร้านค้า

Abstract

The objective of this research were to study factors associated with buying behavior for health products of shop operators in Sisaket municipality Sisaket Province. This research applied the data collected from 220 samples. Data was analyzed by Chi – square and Pearson product-moment correlation coefficient.

The results of this research show the most samples were females, with bachelor's degree.The average monthly income was 36,261.82 baht. The average duration of operation was 5.19 years. The most work of health was never. Knowledge is low 34.50 %. Attitude is high 59.50 %. Price of product is 57.70 %. Promotion is 74.10 %. Information of health is 74.10 %. The advertisement is 70.50 %. The knowledge from the staff is 79.10 %. The consumer demand is 72.30 %. The Lagal measures for consume health products is 56.40 %. The shop operators' decision-making behaviors in purchasing health products is 61.40 %. The analysis of the relationship between selected factors and shop operator's purchasing behavior for health products found that monthly income, the knowledge of health product ,attitude, Information of health have relation with shop operator's purchasing behavior for health are statistically significant at 0.05. Age, Duration of operation, Price of product, Promotion, The advertisement , knowledge from the staff, consumer demand, Lagal measures for consume health products have no relation with shop operator's purchasing behavior for health.

Keywords: Health products, Shop Operator

---

[1]เภสัชกรชำนาญ ปฏิบัติหน้าที่ที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ปัจจุบันการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีการสื่อสารมีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้ประกอบธุรกิจมีการแข่งขันทางการค้าสูง ผู้ประกอบการผลิตสินค้าเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภครวมถึงการสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดให้ผู้บริโภคมาซื้อผลิตภัณฑ์ของตน ซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผู้บริโภคจำเป็นต้องใช้อยู่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์และวัตถุอันตราย[1] ทำให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในความสนใจของผู้บริโภค ทำให้ผู้ประกอบการเกิดการแข่งขัน และพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้เป็นที่ต้องการของผู้บริโภค รวมถึงการสร้างช่องทางการจำหน่ายให้สามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้ง่าย เช่นการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ สื่อทางโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อทางอินเทอร์เน็ต และสื่อทางโซเชียลมีเดีย ซึ่งมีการโฆษณาที่ให้ข้อเท็จจริงไม่ถูกต้อง จากข้อมูลการตรวจสอบโฆษณาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ปี พ.ศ.2558 พบการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย โดยเป็นผลิตภัณฑ์อาหารร้อยละ 37.23 ผลิตภัณฑ์ยาร้อยละ 20.86 ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางร้อยละ 39.28 ซึ่งส่งผลให้ผู้บริโภคตกเป็นเหยื่อการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณในรูปแบบต่างๆ ได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อน ทำให้หลงเชื่อ และได้รับอันตรายจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ [2] ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีการดำเนินคดีกับผู้ประกอบการที่มีการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการจับแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดความอ้วนที่ผิดกฎหมาย ยึดของกลางมูลค่ากว่า 11 ล้านบาท ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีการปลอมปนตัวยาแผนปัจจุบัน เป็นสาเหตุให้มีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคผลิตภัณฑ์นั้น[3] ปีพ.ศ. 2560 มีการจับแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ที่มีการปลอมปนยาแผนปัจจุบันและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ขึ้นทะเบียน และสามารถยึดของกลางมูลค่ากว่า 145 ล้านบาท [4] และในปี พ.ศ. 2561 มีการจับแหล่งผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องสำอางรายใหญ่ที่จังหวัดนครราชสีมา พบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องสำอางผิดกฎหมายหลายรายการ มีการโฆษณาหลอกลวงให้ผู้บริโภคหลงเชื่อ ยึดของกลางมูลค่ากว่า 100 ล้านบาท[5] จะเห็นได้ว่าปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยยังคงเป็นปัญหาและยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นปัจจุบัน ผู้บริโภคต้องเสียเงินจากการซื้อผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้คุณภาพและได้รับความเสียหายทางด้านร่างกาย บางรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จากฐานข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2560[6] มีจำนวนร้านค้าจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งสิ้น 9,721 แห่ง และจากการสำรวจปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า จำนวนร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ได้มาตรฐาน เท่ากับ ร้อยละ 14.91 ร้อยละ 25.20 และร้อยละ 35.87 และจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ผ่านมาตรฐาน เท่ากับ ร้อยละ 27.46 ร้อยละ 34.37 และร้อยละ 39.17 และปัญหาด้านคุณภาพผลิตภัณฑ์ พบปัญหา อาหารไม่มีเลขสารบบอาหารเท่ากับร้อยละ 10.34 ร้อยละ 12.51 และร้อยละ 15.61 การจำหน่ายยาอันตราย เท่ากับ ร้อยละ 5.80 ร้อยละ 6.12 และร้อยละ 7.15 และเครื่องสำอางที่ผสมสารห้ามใช้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือขาย เนื่องจากจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้บริโภค เท่ากับร้อยละ 9.81 ร้อยละ 14.81 และร้อยละ 16.19 ตามลำดับ นอกจากนี้พบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการปลอมปนตัวยาแผนปัจจุบันบางชนิด ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีการตรวจวิเคราะห์โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้แก่ กลุ่มยาลดน้ำหนัก ลดความอยากอาหาร ยาเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท ยาระบาย และ ยาสเตียรอยด์ [7] และมียาไซบูทรามีน จัดเป็นยาในกลุ่มลดน้ำหนัก ซึ่งปัจจุบันมีการถอนทะเบียนตำรับออกจากประเทศไทย เนื่องจากพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการบริโภคยาดังกล่าว[8] ซึ่งในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินคดีกับผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 11 ราย และสามารถยึดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ปลอมปนตัวยาแผนปัจจุบัน ได้จำนวน 194 รายการ 948 กล่อง[9] และในปี พ.ศ.2560 พบมีการจำหน่ายยาที่ไม่ขึ้นทะเบียนตำรับจากประเทศจีนจำหน่ายตามร้านค้าในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งยาดังกล่าวมีการผสมยาขับปัสสาวะชนิดรุนแรง ทำให้ผู้บริโภค

ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวเสียชีวิต จากเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดการเฝ้าระวังปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่อย่างใกล้ชิด[10] จากปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น แนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคถือเป็นงานหนึ่งที่จะทำให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัย ซึ่งการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วน ได้แก่ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค พนักงานเจ้าหน้าที่ ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผู้ประกอบการร้านค้าซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ที่จะทำให้ผู้บริโภคปลอดภัยจากการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจากเป็นด่านแรกในการคัดเลือกสินค้าที่มีคุณภาพมาตรฐานเข้ามาจำหน่ายในร้าน จึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อย่างถูกต้อง รวมถึงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ที่จะทำให้สามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง สร้างความมั่นใจให้กับผู้บริโภคในการซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) โดยมีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 220 คนโดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie and Morgan (1970)[11] และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional stratified random) ตามเขตพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม(Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ การแปลผลให้คะแนนดังนี้

1.การแปลความหมายแบบวัดความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจะมี 3 ระดับ ตามเกณฑ์การประเมินโดยอ้างอิงจากการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971)[12]

ระดับความรู้	ร้อยละ(ของคะแนนเต็ม)
สูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
ปานกลาง	ร้อยละ 61-79
ต่ำ	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

2.การแปลผลความหมายปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยอ้างอิงจากการประเมินของ Best (1977)[13] ดังนี้

คะแนน 3.67– 5.00	หมายถึง	ระดับสูง
คะแนน 2.34 – 3.66	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนน 1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับต่ำ

3.การแปลผลความหมายพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยอ้างอิงจากการประเมินของ Best (1977)[13] ดังนี้

คะแนน 2.68– 4.00	หมายถึง	ระดับดี
คะแนน 1.34 – 2.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนน 0.00 – 1.33	หมายถึง	ระดับต่ำ

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ มี 2 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.97 2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลตำบลกำแพง อำเภออุทุมพรพิสัย ซึ่งความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.851 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปนำเสนอค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด

และค่าต่ำสุด ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองตัวแปรไคสแควร์ (Chi-Square Test) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้วิเคราะห์มีดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรม โดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด(Minimum) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้ามาจำหน่ายในร้านค้าในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษโดยการหาความเป็นอิสระต่อกันของสองตัวแปรไคสแควร์ (Chi-Square Test) และใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment Correlation Coefficient)

เกณฑ์การพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Hinkle D. E. (1998)[14] ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระดับความสัมพันธ์

0.90 - 1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

0.70 - 0.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

0.50 - 0.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

0.30 - 0.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

0.00 - 0.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

เครื่องหมายบวก(+) หรือ ลบ (-) จะแสดงทิศทางของความสัมพันธ์ ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะมีพิสัยอยู่ระหว่าง +1 ถึง -1 ค่า+1 จะแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างสมบูรณ์ ค่า 0 จะแสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และค่า -1 จะแสดงถึงความผกผันอย่างสมบูรณ์

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรนั้น ผู้วิจัยได้นำเอาตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวัดมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการจับคู่กับตัวแปรตามและทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-Tail Test) ถ้าค่า P-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการหาความเป็นอิสระต่อกันของสองตัวแปรไคสแควร์ (Chi-Square Test)[40] ระหว่าง 2 ตัวแปร หากค่า χ^2 (ค่าไคสแควร์) มีค่า P-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ78.20 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.90 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 36,261.82 บาท ระยะเวลาดำเนินกิจการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.19 ปี การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ ไม่เคยปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ร้อยละ 83.20

การวิเคราะห์ระดับปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ปัจจัยนำได้แก่ ระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.50 ระดับทัศนะคติส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.50 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระดับด้านราคาขายผลิตภัณฑ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.70 ระดับด้านการส่งเสริมการขาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.90 ระดับด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.10 ระดับด้านการโฆษณาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.50 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ระดับด้านการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.10 ระดับด้านความต้องการของผู้บริโภค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.30 ระดับมาตรการทางกฎหมาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.40

พฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.20 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.50

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยคัดสรร	ระดับพฤติกรรม		การแปลผล
	r	p-value	
1.อายุ	-0.005	0.946	ไม่มีความสัมพันธ์
2.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.120	0.076	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก
3.ระยะเวลาการดำเนินกิจการ	0.064	0.346	ไม่มีความสัมพันธ์
4.ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.557**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
5.ทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ	0.806**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง
6.ราคาขายผลิตภัณฑ์	-0.056	0.406	ไม่มีความสัมพันธ์
7.การส่งเสริมการขาย	0.025	0.717	ไม่มีความสัมพันธ์
8.การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.151*	0.025	มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมาก
9.การโฆษณา	0.066	0.329	ไม่มีความสัมพันธ์
10.การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่	0.035	0.606	ไม่มีความสัมพันธ์
11.ความต้องการของผู้บริโภค	0.054	0.427	ไม่มีความสัมพันธ์
12.มาตรการทางกฎหมาย	0.030	0.661	ไม่มีความสัมพันธ์

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed) *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.806, p<0.001) ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.557, p = <0.001) การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.151 , p = 0.025) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.120, p = 0.076) และพบว่า อายุ ระยะเวลาการดำเนินกิจการ ด้านราคาขายผลิตภัณฑ์ ด้านการส่งเสริมการขาย ด้านการโฆษณา ด้านการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ ด้านความต้องการของผู้บริโภค ด้านมาตรการทางกฎหมาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ (r = -0.005, p = 0.946), (r = 0.064, p = 0.346) (r = -0.056, p = 0.406) (r = 0.025, p = 0.717) (r = 0.066, p = 0.329) (r = 0.035, p = 0.606) (r = 0.054, p = 0.427) (r = 0.030, p = 0.661) ตามลำดับ (ตาราง 1)

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ (r = 0.120, p=0.076) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ประกอบการร้านค้าที่อยู่ในเขตเมือง มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ดี ทำให้ต้องเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพเข้ามาจำหน่ายในร้านค้าของตนมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสรร วีระสุข และวรางคณา อดิศรประเสริฐ(2557)[15] ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทวิตามิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (r = 0.557**, p=<0.001) ทั้งนี้เนื่องจาก การได้รับการ

ประชาสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิดา ตั้งวรางกูร และ สุขมาลย์ พัฒนศิริ(2551)[16] ที่พบว่า ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษา พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.806^{**}$, $p=<0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 59.5 และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบปริญญาตรี ร้อยละ 37.30 ทำให้มีความรู้และสามารถสืบค้นข้อมูลด้านผลิตภัณฑ์ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ อ่อนแก้ว (2556)[17] ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้านบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากการศึกษา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ ($r = 0.151$, $p=0.025$) ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น ทำให้รับทราบข้อมูลที่เป็นความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เลิศชาย เลิศวุฒิ (2558)[18] ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการเผยแพร่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพมาจำหน่ายของผู้ประกอบการร้านค้า ในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และปัจจัยด้านความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค และการดำเนินงานเชิงรุก ได้แก่ การจัดอบรมผู้ประกอบการให้มีความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร การออกพื้นที่ตรวจร้านค้าอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ประกอบการมีพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

2. จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้มีกิจกรรมการรณรงค์ หรือการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้มีการเข้าถึงผู้ประกอบการมากยิ่งขึ้น

3. จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ61.41 แต่ยังถือว่าอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ควรมีกิจกรรมรณรงค์ เช่น การตรวจเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ การออกรายการเสียงตามสาย หรือการรายการวิทยุ เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน และการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดกับผู้ประกอบการในรายที่มีการฝ่าฝืนกฎหมาย นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคร่วมในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค เช่น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน นักเรียน อย.น้อย เพื่อให้การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ จะเป็นการสร้างพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการร้านค้า

4.ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างอื่นเช่น ผู้บริโภค และขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น การเพิ่มประชากรในการศึกษาทั้งจังหวัด เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และสามารถวางแผนการดำเนินงานในมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด

5.ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก เพื่อสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณายิ่งจาก อาจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน ที่กรุณาให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำวิจัยเป็นอย่างดีนับตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร. อนุพันธ์ ประจำ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ภก.บรรเจิด เดชาศิลปชัยกุล เภสัชกรเชี่ยวชาญ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และภญ.ดร.สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขและตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามในงานวิจัยฉบับนี้จนสามารถดำเนินการให้เสร็จเรียบร้อยและมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและขอขอบคุณผู้ประกอบการร้านค้าที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

คุณค่าและประโยชน์อันพึงเกิดจากงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบันและผู้ที่มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ด้วยความเคารพและซาบซึ้งอย่างสูงยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1.กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือปฏิบัติงาน อสม.ชุด อสม.พลังยิ่งใหญ่คนไทยปลอดภัยบริโภค. พิมพ์ครั้งที่1 .นนทบุรี: 2553.

2.กองสารนิเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อย.เผยสถิติการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพปีงบ58 ยอดปรับกว่า 1.9 ล้านบาท พร้อมตรวจเข้มปีงบ 59 ต่อขอให้ผู้บริโภควางใจ[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2558 [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=77554

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อย. ลุยร่วมกับ บก.ปคบ และ สสจ.ชลบุรี บุกจับ “แหล่งผลิต/จำหน่าย ยาลดความอ้วนผิดกฎหมาย ทำให้เด็กเสียชีวิต” ยึดของกลางมหาศาล มูลค่ากว่า 11 ล้านบาท[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2559 [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก http://pca.fda.moph.go.th/public_media_detail.php?id=2&cat=49&content

4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ปฏิบัติการจับล็อตใหญ่ กวาดล้างแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายขายผ่านเว็บไซต์ทุบสถิติของกลางกว่า 145 ล้านบาท [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี ; 2560. [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก http://www.fda.moph.go.th/SitePages/News.aspx?IDitem=485

5. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บุกทลายโรงงาน/เครือข่าย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องสำอางรายใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมา มูลค่ากว่า 100 ล้านบาท [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2560. [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก http://www.fda.moph.go.th/SitePages/News.aspx?IDitem=533

6.กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคประจำปี 2560. ศรีสะเกษ: 2560.

7.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจพบยาแผนปัจจุบันปนปลอมในอาหาร[อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี; 2560. [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก http://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/94

8.กองสารนิเทศ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อย. เผยขณะนี้ได้มีการถอนผลิตภัณฑ์ “ยาไซบูทรามีน” ออกจากตลาด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2553. [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new

9.กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคประจำปี 2559. ศรีสะเกษ: 2559.

10.สำนักข่าวอิสรา. เตือน ยาจีนไร้ทะเบียนทำเสียชีวิต เภสัชศรีสะเกษ เสนอ อย. ห้ามนำเข้า[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร; 2560. [ค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561]. จาก https://www.isranews.org/isranews/54300-medicine-54300.html

11. Krejcie,R.V.,and Morgan,D.W**. Determining Sample Size for Research Activities. Journal of Educational and Psychological Measurement.1970**; 30(3): 607-10.

12. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

13. Best, J. W. Research in education .3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

14. Hinkle, D.E, William, W. & Stephen G. J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York: Houghton Mifflin; 1998.

15.เสกสรร วีระสุข ,วรางคณา อดิศรประเสริฐ. การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทวิตามินในกรุงเทพมหานคร. วารสารบริหารธุรกิจศรีนครินทรวิโรฒ. ม.ค.-มิ.ย. 2557; 5(1): 65-79.

16.โสภิดา ตั้งวรางกูร,สุขมาลย์ พัฒนศิริ. การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ สิทธิผู้บริโภคกับพฤติกรรมผู้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการปกป้องสิทธิของผู้บริโภคจังหวัดสตูล. วารสารอาหารและยา. ม.ค.-เม.ย. 2551; 15(1): 113-20.

17.วราภรณ์ อ่อนแก้ว. การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในจังหวัดสงขลา [Consumption of health product in Songkhla resident] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [สงขลา]: มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา; 2556.

18.เลิศชาย เลิศวุฒิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2558. วารสารอาหารและยา. ก.ย.-ธ.ค. 2558; 22(3): 12-21.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ

Factors associated with the performance of compliance for good manufacturing practice of drinking water with sealed container manufacturer, Sisaket province.

กนกวิภา ประกอบศรี [1],
Kanokwipha Prakobsri[1]

(Received: April 20,2018; Accepted: June 19,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี)ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูลจากผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 54.10 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.55 ปี สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 68.8 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 54.10 ระยะเวลาในการได้รับใบอนุญาตน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 81.8 ใบอนุญาตเข้าข่ายโรงงาน ร้อยละ 62.9 และแหล่งน้ำดิบน้ำบาดาล ร้อยละ 77.10พบว่าการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสำเร็จในการทำงาน ลักษณะของงาน และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ($r = 0.238$, $p< 0.001$) ($r = 0.220$, $p < 0.001$) ($r = 0.201$, $p< 0.001$) ตามลำดับ ส่วนด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านความมั่นคงในการทำงาน ด้านสภาพการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.330$, $p< 0.001$), ($r = 0.408$, $p < 0.001$), ($r = 0.365$, $p< 0.001$) และ($r = 0.518$, $p< 0.001$) ตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.235$, $p< 0.001$)

คำสำคัญ: (1)หลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) (2) น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

Abstract

This descriptive research aims to study factors associated with compliance for good manufacturing practice (GMP) of drinking water production with seal container manufacturer at Sisaket Province. Collected data from manufacturer received licensed from Sisaket public health by questionnaire. Using systematic random sampling technique, a sample size of 170. Data was analyzed by percentage mean Chi – square and Pearson product - moment correlation coefficient.

The result showed that female (54.10 %), average age 40.55 years old, married (68.8%), Undergraduate degree (54.10 %), License Duration less than 10 years old (81.8 %), Factory License (62.90%). Raw water source is groundwater (77.10%). The result showed that the relation between achievement, Work Itself and Advancement have a low significant at the level of .05 at ($r = 0.238$, $p < 0.001$), ($r = 0.220$, $p < 0.001$), ($r = 0.201$, $p< 0.001$) with compliance for good manufacturing practice (GMP). The relation between company policy and administration, interpersonal relations with supervision, job security and working conditions had a moderate significant at 0.05 ($r = 0.330$, $p< 0.001$), ($r = 0.408$, $p < 0.001$), ($r = 0.365$, $p< 0.001$) and ($r = 0.518$, $p< 0.001$) with compliance for good manufacturing practice (GMP). The relation between interpersonal relations with subordinators had a low significant at 0.05 ($r = 0.235$, $p< 0.001$) with compliance for good manufacturing practice (GMP). But supervision, interpersonal relations with peers, compensations and welfares have no relation with

[1]เภสัชกรชำนาญ ปฏิบัติหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

compliance for good manufacturing practice (GMP) at (r = 0.135, p=0.079), (r = 0.103, p=0.182) and (r = 0.020, p=0.799). It was found that age, licensed duration and number of horsepower had no relation with compliance for good manufacturing practice (GMP) (r = 0.083, p< 0.281) (r = 0.089, p< 0.251) and (r = -0.087, p< 0.261).

Keywords: (1) Good Manufacturing Practice (2) Drinking water with sealed container

บทนำ

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีพของมนุษย์ น้ำบริโภคที่สะอาดปลอดภัยและเพียงพอเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานและเป็นสิทธิที่ทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียมกัน[1] โดยเฉพาะอย่างยิ่งมนุษย์มีน้ำเป็นส่วนประกอบในร่างกายมากถึงร้อยละ 70 การดื่มน้ำที่มีคุณภาพดีจึงมีผลต่อสุขภาพร่างกายที่ดี องค์การอนามัยโลกได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำให้ดื่มน้ำสะอาดให้ได้วันละอย่างน้อย 8 แก้ว หรือประมาณ 2 ลิตร[2] ในปัจจุบันการที่ประชาชนจะได้บริโภคน้ำสะอาดที่ได้คุณภาพมาตรฐานปราศจากสารปนเปื้อนอาจเกิดขึ้นได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เนื่องมาจากสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาการลอบทิ้งขยะ กากของเสียอุตสาหกรรม การใช้สารเคมีเป็นจำนวนมากเพื่อเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร ทำให้ตกค้างในสิ่งแวดล้อมและเข้าสู่วัฏจักรของน้ำ[3] รวมไปถึงกระบวนการและขั้นตอนในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ไม่ได้คุณภาพ ทำให้เกิดการสารปนเปื้อนรวมไปถึงจุลินทรีย์ก่อโรค การตรวจสอบและเฝ้าระวัง คุณภาพน้ำบริโภคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีความจำเป็นเพื่อให้ประชาชนมีน้ำบริโภคที่สะอาดปลอดภัย ผลสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี 2015 ประชากรโลกอย่างน้อย 2.1 พันล้านคนบริโภคน้ำที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ประชากร 2.0 พันล้านคนใช้แหล่งน้ำดื่มที่ปนเปื้อนไปกับอุจจาระ ซึ่งทำให้เกิดโรค อาทิ โรคท้องร่วง อหิวาตกโรค โรคบิด โรคไทฟอยด์และโปลิโอ พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคอุจจาระร่วงประมาณ 842,000 คน ซึ่งเป็นผลมาจากการบริโภคน้ำไม่ถูกหลักสุขาภิบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ปี[2]

สถานการณ์ในประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงและโรคบิด สาเหตุจากการดื่มน้ำไม่ถูกหลักสุขาภิบาลจำนวนกว่า 1.0 ล้านคน[4] และจากข้อมูลของกรมอนามัย ผลการสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคครัวเรือนทั่วประเทศจากทุกแหล่งน้ำบริโภคที่ประชาชนใช้ในครัวเรือน ระหว่างปี 2551-2559 จำนวน 8,992 ตัวอย่าง พบน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำบริโภคในขวดบรรจุขนาด 20 ลิตร ทั้งนี้จากการตรวจสอบพบว่า คุณภาพน้ำ ในขวดขนาดบรรจุ 20 ลิตร ตั้งแต่ปี 2554-2559 ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามเกณฑ์น้ำประปาดื่มได้ พ.ศ. 2553 รวม 20 พารามิเตอร์ คิดเป็นร้อยละ 23.53 ร้อยละ 27.36 ร้อยละ 21.9 ร้อยละ 26.09 ร้อยละ 34.1 และร้อยละ 42 ตามลำดับ และมีคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 76.47 ร้อยละ 72.64 ร้อยละ 78.1 ร้อยละ 73.91 ร้อยละ 65.9 และร้อยละ 58 ตามลำดับ[5] ประเทศไทยยังคงมีปัญหาเรื่องคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

การป้องกันและแก้ไขปัญหากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งควบคุม กำกับและตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานโรงงานผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผู้ผลิตจะต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข 5 ฉบับ[6] ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61(พ.ศ.2524), ฉบับที่ 135(พ.ศ.2534) ผู้ผลิตต้องควบคุมคุณภาพมาตรฐานให้เป็นไปตามที่กำหนด ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 256(พ.ศ.2545), ฉบับที่ 284(พ.ศ.2547) ผู้ผลิตต้องดำเนินการเรื่องฉลากและข้อกำหนดให้ครบถ้วน และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 220(พ.ศ.2544) เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (Good manufacturing Practice : GMP)[7] ในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ให้ผู้ผลิตได้ใช้เป็นแนวทางในการจัดสถานที่ เครื่องมือเครื่องจักร กระบวนการผลิต และการเก็บรักษา[8] ซึ่งมีข้อกำหนดรวม 9 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 สถานที่ตั้งและอาคารผลิต หมวดที่ 2เครื่องมือ เครื่องจักร และ อุปกรณ์การผลิต หมวดที่ 3 แหล่งน้ำ การปรับคุณภาพน้ำ และการควบคุมคุณภาพมาตรฐาน หมวดที่ 4 ภาชนะบรรจุ หมวดที่ 5 สารทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ หมวดที่ 6การบรรจุ

หมวดที่ 7 การสุขาภิบาล หมวดที่ 8 บุคลากรและสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน และหมวดที่ 9บันทึกและรายงาน[7]

จังหวัดศรีสะเกษมีสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ได้รับอนุญาตในปี 2560 จำนวน 216 แห่ง จากผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต พบว่าสถานที่ผลิตไม่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์ จีเอ็มพี จำนวน 58 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.85 ประเด็นปัญหาด้านสถานที่ผลิตที่ไม่ผ่านการประเมินตามหลักเกณฑ์ จีเอ็มพี คือหมวดที่ 1 สถานที่ตั้งและอาคารผลิต หมวดที่ 6การบรรจุ หมวดที่ 8 บุคลากรและสุขลักษณะผู้ปฏิบัติงาน และหมวดที่ 9 บันทึกและรายงาน และพบข้อบกพร่องรุนแรงในกระบวนการผลิต ได้แก่ การบรรจุโดยใช้สายยาง การผลิตนอกห้องบรรจุ หรือไม่มีห้องบรรจุ สถานที่ผลิตมีผลิตภัณฑ์ไม่ผ่านมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์คุณภาพ จำนวน 36 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐานค่า pH ต่ำกว่ามาตรฐาน และพบการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ร่วมด้วย[8]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยค้ำจุนและการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี(จีเอ็มพี)ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยค้ำจุน กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี)ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) โดยมีรูปแบบวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 246 คน โดยใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie and Morgan (1970)[9] และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มเชิงระบบ (Systematic random sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม(Questionnaire) ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยค้ำจุน และการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) การแปลผลให้คะแนนดังนี้

1. การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจังหวัดศรีสะเกษประกอบด้วยปัจจัยค้ำจุนและปัจจัยกระตุ้น ซึ่งแปลผลโดยการจัดระดับ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ตามแนวคิดของ เบสท์ Best W. John. (1997)[10]

ความหมาย	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
มากที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 - 5.00
มาก	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 - 4.49
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.49
น้อย	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 - 2.49
น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.49

2. การแปลผลคะแนนระดับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งแปลผลโดยการจัดระดับ5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย เบสท์ Best W. John. (1997)[10]

ความหมาย	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
มากที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 - 5.00
มาก	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 - 4.49
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.49
น้อย	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 - 2.49
น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.49

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ มี 2 ขั้นตอน คือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.99

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในจังหวัดศรีสะเกษที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.869 การ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปนำเสนอค่าความถี่ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองตัวแปรไคสแควร์ (Chi-Square Test) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05[11]

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS สถิติที่ใช้วิเคราะห์มีดังนี้

1.สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับแรงจูงใจและระดับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) โดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด(Minimum)

2.สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยค้ำจุนและปัจจัยกระตุ้น กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในจังหวัดศรีสะเกษโดยการหาความเป็นอิสระต่อกันของสองตัวแปรไคสแควร์ (Chi-Square Test) และใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment Correlation Coefficient)

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามเกณฑ์ของ Elifson (1990)[11] ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 โดยแบ่งระดับ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
$r = \pm 1$	มีความสัมพันธ์สูงมาก
$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99	มีความสัมพันธ์สูง
$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30	มีความสัมพันธ์ต่ า
$r = 0$	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

เครื่องหมายบวก(+) หรือ ลบ (-) จะแสดงทิศทางของความสัมพันธ์ ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะมีพิสัยอยู่ระหว่าง +1 ถึง -1 ค่า+1 จะแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างสมบูรณ์ ค่า 0 จะแสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน และค่า -1 จะแสดงถึงความผกผันอย่างสมบูรณ์

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นั้น ผู้จิจัยได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวที่ต้องการวิเคราะห์มาจับคู่กับตัวแปรตามทีละตัว ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยค้ำจุนและปัจจัยกระตุ้น กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถ้าค่า P-value น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามแต่ละคู่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการหาความเป็นอิสระต่อกันของสองตัวแปรไคสแควร์ (Chi-Square Test)[40] ระหว่าง 2 ตัวแปร หากค่า χ^2 (ค่าไคสแควร์) มีค่า P-value น้อยกว่า 0.05 แสดงว่าตัวแปรคู่นั้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.55 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 68.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 54.1 ระยะเวลาได้รับใบอนุญาตในการดำเนินกิจการจนถึงปัจจุบัน น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 81.8 สถานะใบอนุญาตโรงงานส่วนใหญ่มีลักษณะเข้าข่ายโรงงาน ร้อยละ 62.9 เครื่องมือเครื่องจักรส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5 – 20 แรงม้า ร้อยละ 54.7 แหล่งน้ำดิบที่ใช้ในการผลิตส่วนใหญ่เป็นน้ำบาดาล ร้อยละ 77.1

ปัจจัยกระตุ้นในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่าความสำเร็จในการทำงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับ มาก ร้อยละ 67.65 ด้านการได้รับการยอมรับนับถือส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลางร้อยละ 73.53 ด้านลักษณะของงาน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 58.82 ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ส่วน

ใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลางร้อยละ 52.35 ความรับผิดชอบในงาน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลางร้อยละ 60.00

ปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ในการผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่า ปัจจัยที่ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ได้คะแนนระดับมากที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา และ ด้านนโยบายและการบริหาร ที่ร้อยละ 60.0 และ 11.8 ส่วนระดับความคิดเห็นที่ได้คะแนนระดับมาก คือ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านสภาพการทำงาน ที่ร้อยละ 78.2, 50.0 และ 48.2 ตามลำดับ

การปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.77 ระดับมากที่สุด ร้อยละ 33.53 และระดับน้อย ร้อยละ 4.7

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยคัดสรรกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทกลุ่มตัวอย่าง (n=170)

ปัจจัยคัดสรร	r	p-value	การแปลผล
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0 0.083	0.281	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาได้รับใบอนุญาต	0.089	0.251	ไม่มีความสัมพันธ์
จำนวนแรงม้า	-0.087	0.261	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยกระตุ้น			
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.238**	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านลักษณะของงาน	0.220**	0.0.004	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	0.201**	0.009	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยค้ำจุน			
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.330**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา	0.408**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชา	0.235**	0.002	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความมั่นคงในการทำงาน	0.365**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านชีวิตส่วนตัว	0.181*	0.018	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านสภาพการทำงาน	0.518**	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากตาราง 1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ ระยะเวลาได้รับใบอนุญาต และ จำนวนแรงม้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ (r = 0.083, p< 0.281) (r = 0.089, p< 0.251) และ (r = -0.087, p< 0.261) ตามลำดับ

ปัจจัยกระตุ้นด้านความสำเร็จในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.238**, p = 0.002) ปัจจัยกระตุ้นด้านลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.220**, p = 0.004) และปัจจัยกระตุ้นด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.201**, p = 0.009) ส่วนปัจจัยกระตุ้นด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้านความรับผิดชอบในงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ (r = 0.044, p = 0.565) และ (r = 0.096, p = 0.213) ตามลำดับ

ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.330**, p< 0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.408**, p < 0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.235**, p< 0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.365**, p< 0.001) ปัจจัยค้ำจุนด้านชีวิตส่วนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.181*, p = 0.018) และปัจจัยค้ำจุนด้านสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.518**, p< 0.001) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

อภิปรายผลการศึกษา

จากผลการศึกษา พบว่า ความสำเร็จในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ (r = 0.238, p< 0.001) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะความสำเร็จของงานขึ้นกับยอดขายและภาพลักษ์การตลาดและการประชาสัมพันธ์ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของวรรณพร อิ่มผ่อง[13](2554)ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยกระตุ้นด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.409, p<0.001)

ด้านลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ (r = 0.220**, p < 0.001) อาจเกิดจากงานที่ทำมีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรีย์ สุประดิษฐ์ศักดิ์[14](2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแรงกระตุ้นในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ พบว่าพบว่า ลักษณะของงานที่ปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ (r= 0.218 , < 0.001) ต่อแรงกระตุ้นในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ (r = 0.201, p< 0.001) อาจเนื่องมากจากการได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาหาความรู้และอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทให้เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานตามเกณฑ์จีเอ็ม

พีอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ อทิตยา เสนะวงศ์[15] (2555) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรระดับปฏิบัติการและระดับหัวหน้างานที่ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัย M พบว่าความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมาก (ไม่พบค่าทางสถิติ)

ด้านนโยบายและการบริหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ที่ ($r = 0.330$, $p< 0.001$) อาจเนื่องมาจากการปฏิบัติงานให้ประสบความเร็จ ย่อมต้องการนโยบายและการวางแผนงานที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณพร อิ่มผ่อง[13] (2553)ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.456$, $p<0.001$)

การบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.408$, $p < 0.001$) ซึ่งหากผู้นำองค์กรมีภาวะความเป็นผู้นำและมีกลยุทธ์ในการบริหารคนที่ดี ทำให้เกิดภาวะแรงจูงใจในการทำงานดี ก่อให้เกิดงานประสบความสำเร็จได้ในอีกทางหนึ่งไม่ว่าจะอยู่ในหน่วยงานหรือองค์กรใดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพพล ศีลอาภรณ์[16] (2559) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลชุมชนของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 3 พบว่า การบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r = 0.484^{*}$, $p <0.01$)ต่อสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาล ชุมชน ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์กับผู้ใต้บังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.235$, $p< 0.001$) ซึ่งการมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี ใกล้เคียงกันกับ การศึกษาของวรรณพร อิ่มผ่อง[11] (2553) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี ซึ่งพบว่าปัจจัยค้ำจุนด้านควบคุมบังคับบัญชามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.456$, $p<0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาได้รับใบอนุญาตในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ของผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ ดังนั้น แนวทางในการดำเนินงานควบคุมกำกับของพนักงานเจ้าหน้าที่ ควรใช้มาตรการเดียวกันในการกำกับดูแล โดยไม่ต้องมีการแบ่งแยกผู้ผลิตรายเก่าหรือรายใหม่ หากแต่ทุกรายที่ผ่านการอนุญาตแล้ว จะต้องมีแนวทางการผลิตและดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกันที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้กำหนดไว้แล้ว

2. จากผลการศึกษาพบว่า พบว่าการบังคับบัญชาและการควบคุมดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลางร้อยละ 52.4 ดังนั้นผู้ผลิตควรควบคุมและกำกับดูแลให้องค์กรของตนมีกระบวนการผลิตที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดี (จีเอ็มพี) ควรให้ความสำคัญกับการมีผู้จัดการควบคุมดูแลหรือส่งเสริมให้มีหน่วยตรวจสอบกระบวนการผลิต จะทำให้บุคลากร ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ช่วยให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ

3. จากผลการศึกษาพบว่า สภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) โดยส่วนใหญ่มีความ

คิดเห็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 48.2 ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 ดังนั้นควรหน่วยงานผู้ตรวจประเมินก่อนออกใบอนุญาตได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ควรเข้มงวดในการตรวจสภาพการทำงาน สภาวะแวดล้อมสถานที่ผลิต ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานให้ได้มากที่สุดก่อนดำเนินการออกใบอนุญาต ซึ่งจะเป็นการง่ายในการควบคุมดูแลให้ผู้ผลิตดำเนินการให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์จีเอ็มพีหลังจากได้รับใบอนุญาตแล้ว เนื่องจากส่วนใหญ่ในหัวข้อนี้มักจะเป็นโครงสร้างด้านสถานที่ ซึ่งต้องใช้งบนการลงทุนและก่อสร้างให้เป็นไปตามเกณฑ์ หากสภาพการทำงานไม่เหมาะสมตั้งแต่แรกเริ่ม การดำเนินการให้เป็นไปตามเกณฑ์จะมีข้อบกพร่องให้ต้องแก้ไขอยู่ตลอดไป ทำให้รักษามาตรฐานได้ยาก ดังนั้นจึงต้องควบคุมให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติให้มากที่สุด เพื่อให้ผ่านเกณฑ์ประจำปีได้

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ

5. ควรศึกษาทัศนคติ ความเข้าใจและพฤติกรรมของพนักงานผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่มีต่อหลักเกณฑ์วิธีที่ดี (จีเอ็มพี) ในสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท จังหวัดศรีสะเกษ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิจัยเป็นอย่างดีนับตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนเสร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ขอขอบคุณ นายแพทย์วันชัย เหล่าเสถียรกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้สนับสนุนโอกาสในการศึกษา เภสัชกรบรรเจิด เดชาศิลปชัยกุล เภสัชกรเชี่ยวชาญหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ที่ได้ผลักดันให้เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ ผศ. ดร.อนุพันธุ์ ประจำรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และ ภญ.ดร. สรียา เวชวิฐาน เภสัชกรชำนาญการ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของแบบสอบถามในงานวิจัยฉบับนี้จนสามารถดำเนินการได้เสร็จเรียบร้อย และขอขอบคุณผู้ประกอบการสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิททุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือด้วยดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน. แนวทางปฏิบัติและสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศเกี่ยวกับน้ำ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์ ; 2553.
2. World Health Organization. Drinking water (internet). 2016 (Access 2018 April,10). Access from WHO Website: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water
3. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทยปี 2551-2559. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
4. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. คู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับสาธารณสุขอำเภอ. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
5. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทยปี 2559. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
6. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 220 น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ฉบับที่ 3 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2018. [ค้นเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2561]. จาก http://elib.fda.moph.go.th/elib/cgi-bin/opacexe.exe
7. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการตรวจสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. พิมพ์ครั้งที่3 .กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
8.กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคประจำปี 2560. ศรีสะเกษ: 2560.

9. Krejcie,R.V.,and Morgan,D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Journal of Educational and Psychological Measurement.1970; **30**(3): 607-10.

10. Best, J. W. Research in education .3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.

11. บุญมี พันธ์ไทย. **ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.

12. Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill; 1971.

13. วรรณพร อิ่มผ่อง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดจันทบุรี[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา บัณฑิต บริหารสาธารณสุข]. มหาวิทยาลัยสุโขธัยธรรมาธิราช; 2554.

14. อรวรีย์ สุประดิษฐ์ศักดิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. ปี 2557. (ปรับปรุงเมื่อ ปี 2557 เข้าถึงเมื่อปี 2561 เดือนกรกฎาคม วันที่ 30). เข้าถึงได้จาก: http://tdc.thailis.or.th/tdc/

15. อทิตยา เสนะวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการท างานของบุคลากรระดับปฏิบัติการและระดับหัวหน้างานที่ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัย M. ปี 2555. (เข้าถึงเมื่อปี 2561 เดือนสิงหาคม วันที่ 28). เข้าถึงได้จาก http://doi.nrct.go.th/ListDOI=10.14457/STOU.the.2012.132

16. นพพล ศีลอาภรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลชุมชน ของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตบริการสุขภาพที่ 3. ปี 2559. (ปรับปรุงเมื่อ ปี 2559 เข้าถึงเมื่อปี 2561 เดือนกรกฎาคม วันที่ 30). เข้าถึงได้จาก: http://tdc.thailis.or.th/tdc/

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เขตสุขภาพที่ 8

(Development of Self-care model for Prevention of Peritonitis of the End Stage Renal Failure Patient with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis in Health Region 8)

สุพัฒน์ อาสนะ[1*], วรรณนภา สระทองหน[2], ธีรศักดิ์ พาจันทร์[1], ประทีป กาลเขว้า[1]

Supat Assana, Wannanapa Srathonghon, Teerasak Phajan, Prateep Kankhwao

(Received: April 18,2018; Accepted: June 5,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาดำเนินการ พฤษภาคม ถึง กันยายน 2560

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือผู้ป่วยต้องยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร ลดการทำงานหนัก และเคร่งครัดในขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน ญาติและผู้ดูแล ต้องผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ปรุงอาหารให้ถูกต้องกับโรคของผู้ป่วย ด้านสิ่งแวดล้อม ต้องมีการกำจัดขยะติดเชื้อทุกสัปดาห์ ปรับปรุงสภาพล้อมภายในบ้านและนอกบ้านให้สะอาดและปลอดภัย นอกจากนี้ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกคนทราบถึงขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้อง การสนับสนุนงบประมาณและด้านอื่นๆ จากภาคีเครือข่าย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุที่ยืนยาว

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, การป้องกันการติดเชื้อ, คุณภาพชีวิต, การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This participatory action research aimed to develop the self-care model for the prevention of end-stage renal failure patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). Data collection was conducted from May to September 2017.

Research outcomes showed that the key success factors consisted of patient factors which were acceptance of Thiers's illness, reducing the risk of eating behaviors, reducing hard work and washing hands in 7 steps rigorously. Family and caregivers must be trained in the patient care program from the hospital and cooking properly to the patient's disease. Besides, environmental factors which were disposing of infectious waste every week, improving their home environment both inside and outside to be clean and safe. Also, publicizing to all people to perceive the correct hand washing steps, and budget support from partnership and network can help promote CAPD patients to receive comprehensive care in all dimensions would conduce to a better quality of life and a long life.

Keywords : Self-care**,** Prevention of Peritonitis, Quality of Life, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis.

[๑] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

[๒] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี

[*]Corresponding author: su_assana@yahoo.com

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ หรือการทำงานของไตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทั่วโลก ในประเทศไทย พบความชุกของโรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่3ขึ้นไป ประมาณร้อยละ 2.9-13 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2549)[1] และคาดการณ์ว่าคนไทย 65 ล้านคน จะพบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ประมาณ 7.06 ล้านคน และเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 200,000 คน [(2)] ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) มีอัตราอุบัติการณ์ของโรค (incident rate) 201.03 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานีเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ร้อยละ 87.54 [(3)] การล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นวิธีการรักษาที่สะดวก ผู้ป่วยสามารถทำได้เองที่บ้าน แต่อาจมีภาวะติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาบ่อยครั้ง และมีปัจจัยที่เกี่ยว คืออายุ ระดับการศึกษา ภาวะซีด และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย[(4)] พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า hazard ratio (HR) 7.86 (95%CI 2.56–21.13) และผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่า HR 3.32 (95%CI 1.23-8.91) [(5)] ปัญหาของผู้ป่วย CAPD ที่พบบ่อยคือ ระบบการทำงานของร่างกายทำงานผิดปกติ การดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป เกิดภาวะความเครียด ซึมเศร้าและสิ้นหวัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง[(6)] และ นลิตา เหลาแหลมและคณะ[(7)]

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการในรูปแบบต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วย CAPD เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ให้ความคุ้มครองประชาชนในโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เพื่อไม่ให้เป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัว การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง ในผู้ป่วย CAPD จึงเป็นอีกกลวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย CAPD มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข รวมถึงป้องกันปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและการติดเชื้อทางช่องท้องได้ รวมถึงกิจกรรมอื่นๆ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้รูปแบบต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมถึงการเผยแพร่ ให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยดำเนินการในช่วงพฤษภาคม – กันยายน 2560 กระบวนการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน (Community Analysis) ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการ (Intervention Planning) ขั้นตอนที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Implementation) และขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยCAPDเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ในช่องท้อง การศึกษาครั้งนี้กำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาที่มีคุณลักษณะ ตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ได้แก่ พื้นที่ ที่เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วย CAPDในเขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี และต้องการเข้าร่วมโครงการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย CAPD และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในพื้นที่การศึกษาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง โดยมีผู้เข้าร่วมกระบวนการศึกษา 30 คน ดังนี้ ผู้ป่วย

CAPD ผู้ดูแล ญาติ แกนนำชุมชน/อสม/เทศบาลทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน (Community Analysis)

เตรียมการ 1) ประชุมชี้แจง ผู้นำชุมชน อสม. ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยCAPD ผู้ดูแล ญาติ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ถึงโครงการที่จะร่วมดำเนินการในชุมชน 2) ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล เทศบาล 3) เตรียมสื่ออุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น โปสเตอร์ ภาพพลิกที่เกี่ยวข้อง

ดำเนินการวิเคราะห์ชุมชน

1) ศึกษาชุมชน(Community Health Assessment :CHA) เพื่อศึกษาถึง สภาพความเป็นอยู่ บริบทสังคม/วัฒนธรรมบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย CAPD ในชุมชนรวมถึงผลกระทบด้านต่างๆที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย CAPD โดยใช้เครื่องมือ เช่น Family Folder เครื่องมือ7 ชิ้น (แผนที่เดินดิน,ผังเครือญาติ,โครงสร้างองค์กรในชุมชน,ระบบชุมชน,ปฏิทินชุมชน,ประวัติศาสตร์ชุมชน,ประวัติชีวิต)และอื่นๆ โดยการสำรวจ/สังเกต/สัมภาษณ์/ประชุม/ ประชาคมหมู่บ้านจากกลุ่มผู้ร่วมดำเนินการได้แก่ผู้ป่วย CAPD ผู้ดูแล ญาติ ทีมสหวิชาชีพ แกนนำชุมชนอสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2) วิเคราะห์สถานการณ์/ วิเคราะห์ปัญหาวิเคราะห์หาปัญหาและสาเหตุประเด็นภาวะสุขภาพลักษณะของการดูแลตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยCAPDผู้ดูแลญาติ ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมจากผลการศึกษาเชิงปริมาณในระยะที่หนึ่งโดยการทำ การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participatory observation) และนำผลการศึกษาเชิงลึก ร่วมกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในระยะที่หนึ่งไปเป็นข้อมูลในประชุมเพื่อระบุปัญหา และสาเหตุ โดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผน หรือออกแบบกิจกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง ในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการ (Intervention Planning) 1) ประชุม/ประชาคมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) ออกแบบกิจกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเป็นขั้นตอนที่อาศัยการประชุมระดมสมองของคนในชุมชนและภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมกันวางแผนการแก้ปัญหา ตั้งแต่การระดมความคิด การนำเสนอข้อมูล ปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย CAPD และปัญหาการติดเชื้อในช่องท้องโดยประชาคม (Civic Group) และการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ในการร่วมกันวางแผนการทำงานในการแก้ปัญหาจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามภารกิจผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แผนปฏิบัติการ (Action plan)

ขั้นตอนที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Implementation) ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ (Participatory Implementation) นำแผนสู่การปฏิบัติ โดยอาจมีกิจกรรมในการดำเนินการทั้งการอบรม สาธิต การลงมือปฏิบัติ การตั้งกลุ่มที่จะช่วยให้มีรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและถอดบทเรียน

1) การประเมินผลใช้กลไกการติดตามประเมินผลโดยการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Participatory Evaluation) โดยการมีทีมชุมชนที่อาสาหรือชุมชนให้ความเชื่อถือไปติดตามผลงานตามแผนในช่วงเวลาต่างๆบวกกับการใช้เทคนิคในการศึกษาหาข้อมูลตามเครื่องมือศึกษาชุมชนบางส่วนและประเมิน/พัฒนาตามวงจรเดมิ่ง plan do check act โดยมุ่งไปที่วัตถุประสงค์การศึกษาในประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง

2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หลังจากที่ได้ดำเนินกิจกรรมไปแล้ว เพื่อสรุปบทเรียนปัญหาอุปสรรคต่างๆ

3) การประเมินผลการพัฒนา

4) สรุปบทเรียนสู่การประยุกต์ใช้ (Application from Lesson Learned) เป็นการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จาก

กระบวนการไปใช้ในชีวิตจริงด้วยการทบทวนหลักการดึงบทเรียนเข้าไปสู่การแก้ปัญหาปรับแต่งวิธีการ/เทคนิคให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สังเกตการณ์ตอบสนองของกลุ่มเป็นระยะ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในภาคสนาม เป็นการสำรวจพื้นที่หมู่บ้านเป้าหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประสานงานและขออนุญาตเก็บข้อมูล กับผู้นำชุมชนในพื้นที่ โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การศึกษาขั้นตอนต่างๆพร้อมเก็บข้อมูลเบื้องต้น

2) เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในพื้นที่ศึกษา จากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดโดยการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มได้แก่ การสัมภาษณ์ระดับบุคคล สัมภาษณ์ครัวเรือน และการสัมภาษณ์เฉพาะกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านบริบทของกลุ่มที่ศึกษา (Context Analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลส่วนอื่นๆ และแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล ผู้ศึกษานำผลการศึกษาในแต่ละประเด็นเสนอต่อกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบ และได้ร่วมกันยืนยัน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมกับเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อสร้างข้อสรุปผลการศึกษา

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6005002 เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2560

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ชุมชน (Community Analysis) ศึกษา และสรุปข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย ร่วมกับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน CAPD ของโรงพยาบาล (รพ.) สาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และคืนข้อมูลให้กับผู้ป่วย CAPD ผู้ดูแล ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน ตัวแทนชุมชน อสม เทศบาล ทีมสหวิชาชีพจาก รพ. รพ.สต. กิจกรรมออกเยี่ยมผู้ป่วย CAPD เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย วิธีการดูแลตนเอง และการฟอกไตด้วยวิธี CAPD ความต้องการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมถึงการสังเกตสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย แล้วนำข้อมูลมาสรุป วิเคราะห์และค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย CAPD ได้แผนการดำเนินงาน ดังนี้

แผนการดูแลผู้ป่วย CAPD ของอำเภอกุมภวาปี จ.อุดรธานี

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
1. ผู้ป่วย	1.การล้างมือ (ผู้ป่วยล้างไตเองโดยไม่ได้อบรม/ไม่ครบขั้นตอน) 2. การรับรู้ภาวการณ์เจ็บป่วย (ผู้ป่วยทำงานหนักเกินไป,ผู้ป่วยไม่ระมัดระวังลืมตัวคิดว่าตัวเองไม่ป่วย) 3.พฤติกรรมเสี่ยง (ไปร่วมงานสังคมและกินอาหารไม่เลือกทำให้เกิดผลเสีย) 4.การปิดปาก จมูก ผู้ป่วย 5. การอาบน้ำ	1.ล้างมือให้ครบ 7 ขั้นตอน ไม่เปิดน้ำแรงเกินไป/ให้ผู้ป่วยไปอบรมวิธีการล้างไต(มีเฉพาะผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม) 2.ผู้ป่วยไม่ควรทำงานหนักมากเกินไป 3.ควบคุมอาหารและเครื่องปรุงในการประกอบอาหาร -นวัตกรรม ผ้าถุงอาบน้ำ/ถุงน้ำยาเอามาทำชุดคลุมแผลเวลาอาบน้ำ/ใช้ถุงพลาสติกปิดหัวท้ายเวลาอาบน้ำ -การบันทึกเวลาเปลี่ยนน้ำยาเข้า ออกเพื่อดูปริมาณน้ำยาเข้าและของเสียออกจากร่างกาย	1.ผู้ดูแลเคร่งครัด เรื่องความสะอาด เช่น การล้างมือ 7 ขั้นตอน, การทำความสะอาดเครื่องมือ, การปฏิบัติเพื่อให้เครื่องมือเครื่องใช้ปลอดเชื้อ 2.ผู้ดูแลผ่านการอบรม 2 เดือนจาก รพ.ศูนย์อุดรธานี 3.ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ระหว่างรักษา และเรื่องอาหาร 4.ได้รับการเยี่ยมจากหน่วยงานต่างๆ 5. การบันทึกกิจกรรมอย่าง

ปัญหา	สาเหตุ	แนวทางแก้ไข	ปัจจัยแห่งความสำเร็จ
			สม่ำเสมอ
2.ผู้ดูแล	1.ภาระการดูแลผู้ป่วย (ไม่มีผู้ช่วยดูแล มีผู้ดูแลคนเดียว, ลูกต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย) 2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย(บางครั้งผู้ดูแลล้างแผลแรง}เปิดน้ำล้างมือแรงเกินไป) 3. อาหารสำหรับผู้ป่วย(ไม่ได้แยกชุดเครื่องครัว สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในบ้าน, มีการใส่ผงชูรสในอาหา,ซีอิ๊วขาวตราเด็กสมบูรณ์ มีโซเดียม 1360 มก. (57%) ไม่มีผู้ดูแล /ผู้ป่วยไม่ยอมใช้วิธีนี้	1.สมาชิกในครอบครัวต้องอบรมเพื่อผลัดเปลี่ยนผู้ดูแล 2.หาจิตอาสาหรือคนในชุมชน ที่ผ่านการอบรมมาช่วยดูแล 3.ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 4.แยกชุดเครื่องครัวเป็นสัดส่วน ให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร	1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสุขภาพจิตดี 2.เป็นครอบครัวที่มีผู้สูงอายุและเด็ก ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างอบอุ่น
4. สิ่งแวดล้อม	1.การกำจัดขยะ (เก็บขยะเกิน 1 สัปดาห์, ไม่ตระหนักในการกำจัดขยะติดเชื้อ, ไม่ได้แยกขยะ) 2. สิ่งแวดล้อมรอบบ้านผู้ป่วย(มีกลิ่นมูลวัวข้างบ้าน) 3. สุนัข แมว สัตว์เลี้ยง, นก	1.แนะนำโดย อสม. ให้จัดการทิ้งขยะทุกสัปดาห์ (ป้องกันการติดเชื้อ) 2.สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล 3.ให้มีการจัดการขยะติดเชื้ออย่างเป็นระบบโดยผู้ที่รับผิดชอบโดยตรง (รพ.สต.) 3.แยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ 4.ขอความร่วมมือเจ้าของคอกวัวให้จัดเก็บมูลวัว	1.ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและญาติ 2.ความรู้และเข้าใจถึงเรื่องการรักษาความสะอาดของเพื่อนบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนปฏิบัติการ (Intervention Planning) วางแผนปฏิบัติการร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ชุมชน และภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน CAPD ของโรงพยาบาล สสอ. รพ.สต. ผู้ป่วยCAPD ผู้ดูแล ญาติ ผู้ใหญ่บ้าน อสม และสมาชิกสภาเทศบาล ได้แผนปฏิบัติการ ดังนี้

แผนปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง ของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD

กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
จัดหาวัสดุ กิจกรรมคือ -เพื่อนช่วยเพื่อน -ระดมทุนในชุมชน -ใช้งบกองทุนเงินสงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน	ร้อยละของผู้ป่วยมีวัสดุและอุปกรณ์ (สำลี,แอลกอฮอล์)ใช้	ร้อยละ 100	จากกองทุนหมู่บ้าน/ ผู้มีจิตศรัทธา	ผู้นำชุมชน/อปท.
จัดหารถรับ-ส่ง ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด	-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีรถรับ-ส่งไปพบแพทย์ตามนัด	1 ครั้ง/คน/เดือน	เทศบาลตำบล	ผู้นำชุมชน/อปท.
การจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านผู้ป่วย -ป้องกันกลิ่นรบกวน โดยสาร EM ยาฆ่าเชื้อ -กำจัดแมลงรบกวน โดยใช้ EM และยาฆ่าเชื้อ กำจัดมูลสัตว์	-ร้อยละของการกำจัดกลิ่นรบกวน -ร้อยละของการกำจัดมูลสัตว์	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100	ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้มีจิตศรัทธา	-อสม. /เจ้าของบ้าน -ปศุสัตว์,อสม. ผู้รับผิดชอบ/กรรมการหมู่บ้าน

กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การกำจัดขยะ -จัดซื้อถังขยะ เพื่อรวบรวมขยะติดเชื้อ -มีการแยกขยะติดเชื้อไม่ติดเชื้อ - มีการกำจัดขยะอย่างถูกต้อง	-มีการแยกขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ -มีการคัดแยกขยะถูกต้อง -มีการกำจัดขยะถูกต้อง	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 มีการเก็บขยะสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	รพ.สต. เทศบาลตำบล	รพ.สต./เทศบาล/ อปท.อปท./รพ.สต./ เทศบาล/
การล้างมือ 1) ส่งเสริมการล้างมือที่ถูกต้องตามมาตรฐาน 7 ขั้นตอนในทุกกลุ่ม	-ร้อยละของผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน	ถูกต้องร้อยละ 100	รพ.สต. เทศบาลตำบล	เทศบาล/รพสต.
2) กิจกรรมล้างมือ อสม. -มีการติดป้ายการล้างมือ -มีการฝึกซ้อมและลงมือปฏิบัติจริงบ่อยๆหรือทุกครั้ง -มีการทบทวนการล้างมือที่ถูกต้องทุกครั้งที่มีการประชุมประจำเดือน	อสม.มีความรู้เรื่องการล้างมือ 7 ขั้นตอน	ถูกต้องร้อยละ 100	รพ.สต.	รพ.สต. (เดือนละ 1 ครั้ง)
3) ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องได้รับการอบรมการล้างมือที่ถูกต้องครบ 7 ขั้นตอน และได้รับการฝึกปฏิบัติจริงด้วย โดยคนที่เป็นแล้ว เป็นผู้สอน กำกับให้ถูกต้อง		ผู้ป่วยและผู้ดูแล ล้างมือทุกครั้ง (วันละ 4 ครั้ง)	เทศบาลตำบล	ผู้นำชุมชนเทศบาล
4) ประชาชนในหมู่บ้าน ควรมีความรู้ด้วย มีการประชาสัมพันธ์ การล้างมือที่ถูกต้องด้วย (เสียงตามสาย)		เสียงตามสายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ผู้นำชุมชน และ อสม. -	ผู้นำชุมชน และ อสม.
การรับรู้ภาวการณ์เจ็บป่วย ทำงานหนัก ไม่ระมัดระวัง -อสม. มีการตักเตือนและให้คำแนะนำ -ตรวจสภาพแผล ก่อนหรือหลังจากทำงาน	ผู้ป่วยในชุมชน มีความรู้และปฏิบัติตัวถูกต้อง -มีการตรวจสอบบาดแผลทุกครั้ง ก่อนและหลังการทำงานให้อยู่ในสภาพปกติ -มีสมุดเยี่ยมบ้าน อาทิตย์ละ 2 วัน โดยผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเซนต์ชื่อการรับรอง	ตัวผู้ป่วยในชุมชนกลุ่มเสี่ยง -อสม. มีการติดตามเยี่ยมบ้าน	อสม. สมุดบันทึก ปากกา	ผู้ดูแลและ อสม. ผู้รับผิดชอบในชุมชน (โซนที่รับผิดชอบ)
พฤติกรรมเสี่ยง -การไปร่วมงานสังคมและกินอาหารที่ไม่เลือก -การรักษาความสะอาดของใช้ในชีวิตประจำวัน	หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นผลเสียต่อตนเอง เปลี่ยนผ้าเช็ดมือ เมื่อขนลุยใส่เสื้อผ้าที่สะอาด	ผู้ป่วยและครอบครัว	-	ผู้ดูแล อสม.
ภาระการดูแลผู้ป่วยควรมีผู้ดูแลที่ที่ผ่านการอบรม	มีผู้ได้รับการอบรมเพิ่ม	บุคคลในครอบครัวหรือญาติ Care giver	เทศบาลตำบล (ค่าพาหนะในการอบรมวันละ300 บาท)	อปท. ผู้นำชุมชน
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความรู้ที่ได้รับการอบรมครบ	ต้องปฏิบัติตามตามขั้นตอนทุกอย่าง เช่น การล้างมือ การดูแผล	ทุกครั้งที่เปลี่ยนน้ำยา	-	ผู้ป่วย ผู้ดูแล
อาหารสำหรับผู้ป่วย การปรุงอาหาร ควรงด	-มีกระบอกตวงน้ำที่บอกปริมาณ	ครัวเรือนผู้ป่วย ผู้ทำ	-	ผู้ดูแล อสม.

กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
อาหารรสจัด ควรแยกอาหารสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ ส่วนเครื่องปรุงอาหารผู้ป่วยควรงดเกลือ ปลาร้า น้ำปลา รสดี ผงชูรส -จำกัดน้ำตามปริมาณที่แพทย์สั่ง	-เครื่องปรุงรส งดเครื่องปรุงทุกชนิด ที่มีส่วนผสมของโซเดียม	อาหาร ผู้ดูแลผู้ป่วย		

ขั้นตอนที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Implementation) ประชุมทีมเพื่อชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ ในด้านบทบาทหน้าที่ และกิจกรรมการเยี่ยมผู้ป่วย CAPD โดยเน้นการเยี่ยมเสริมพลัง จำนวน 3 ทีม ออกเยี่ยมผู้ป่วย CAPD และญาติ จำนวน 5 ราย เพื่อติดตาม ให้กำลังใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อม ห้องฟอก/ ที่เก็บอุปกรณ์/สถานที่ และความต้องการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้ เดือนละ 1 ครั้ง และร่วมกันสรุปเพื่อวางแผนในการออกเยี่ยม ครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและถอดบทเรียน ประเมินผลโดยการ“คืนข้อมูลรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD” และถอดบทเรียนการเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD เพื่อป้องกันการติดเชื้อใน ช่องท้อง” ได้รูปแบบการดูแล ดังนี้

ขั้นที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย ร่วมออกประเมินเพื่อจัดสภาพแวดล้อมของบ้านและพื้นที่โดยรอบ ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร่วมกันวางแผนการดูแลและประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน บุคคลที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 ให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD ในชุมชน โดยเน้นขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 การออกติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อเยี่ยมเสริมพลัง ช่วยเหลือและวางแผนแก้ไขปัญหา อุปสรรคร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

ขั้นที่ 4 ประสานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงให้การสนับสนุนในด้านต่างๆเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบคือ การจัดสภาพแวดล้อมของบ้านและพื้นที่ใกล้เคียงไม่เหมาะสม ซึ่งเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยที่มีเศรษฐานะไม่ดี สภาพของบ้านไม่สามารถปรับปรุงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆที่พบว่า การจัดสภาพแวดล้อมของบ้านและพื้นที่โดยรอบมีผลต่อการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วย การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล ในการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมของห้องที่ใช้ในการล้างไตทางช่องท้อง และอุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความสะอาด ปราศจากเชื้อ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกันไม่เกิดการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วย CAPD [8),(9),(10)] ภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลและวัสดุอุปกรณ์ มีผลต่อสมาชิกในครอบครัวและญาติที่ต้องร่วมกันรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น รวมถึงขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของตนเองและครอบครัว เนื่องจากบุตรหรือสมาชิกในครอบครัวต้องมาดูแลผู้ป่วยที่บางครั้งไม่สามารถเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเองได้ ต้องมีสมาชิกภายครอบครัวและญาติคอยดูแลและช่วยเหลือ รวมถึงขั้นตอนและเทคนิคในการล้างมือที่ถูกต้องที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดการติดเชื้อในช่องท้องของผู้ป่วย สาเหตุต่างๆเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากภาวะการ

เจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การขาดรายได้จากสาเหตุการเจ็บป่วย มีภาวะความเครียดจากการดำรงชีวิตที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง วิตกกังวล เบื่อหน่ายและท้อแท้ ดังนั้นองค์กรและภาคีเครือข่ายในชุมชน จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆที่พบว่า การให้ความร่วมมือกับชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น [11),(12)] ดังนั้นการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี CAPD จึงต้องมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ ภาคส่วนต่างๆ และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อช่วยจัดรูปแบบการให้บริการที่มีเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และเข้าไปช่วยเหลือตามความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย จึงจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย CAPD สมาชิกในครอบครัวและญาติ ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอายุที่ยืนยาว รวมถึงจะสามารถป้องกันปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD จะต้องปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย ร่วมกับการประเมินสภาพจริงของปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละราย ระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมสหวิชาชีพ จึงจะสามารถป้องกันปัญหาได้ในระยะยาวอย่างแท้จริง

2. การกระตุ้นและส่งเสริมการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ถึงความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย CAPD อย่างต่อเนื่อง จะสามารถป้องกันปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรเพิ่มกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและญาติ เข้าใจถึงความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย CAPD เพื่อป้องกันการติดเชื้อ อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี ที่ได้ให้ทุนสนับสนุน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยจากโรงพยาบาลกุมภวาปี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุมภวาปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันดอน เทศบาลตำบลพันดอน ผู้นำชุมชน อสม. ญาติและผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนด้วยวิธีการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ที่ได้อนุเคราะห์เข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อมูลจนการวิจัยครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2549). **รายงานสถิติความชุกและอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต**. กรุงเทพมหานคร: โรชไทยแลนด์.
2. Atiporn Ingsathit, Ammarin Thakkinstian, Amnart Chaiprasert, Pornpen Sangthawan, Pongsathorn Gojaseni, Kiattisunthorn, K., … Thai-SEEK Group. (2010). **Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study**. Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association, 25(5), 1567–1575. https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี. (2559). **รายงานการบริหารจัดการเครือข่ายโรคที่มีอัตราตายสูงและโรคเฉพาะปี 2558.** อุดรธานี: สำนักงาน.
4. ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์. (2559). **การติดเชื้อของการล้างไตทางช่องท้องของโรงพยาบาลสุรินทร์ อะไรคือความแตกต่าง**. ศรีนครินทร์เวชสาร, 31(4), 167–172.
5. Kamonrat Chongthanakorn. (2018). **Survival Rate of Renal Replacement Therapy Patients in Charoenkrung Pracharak Hospital**. Vajira Medical Journal:Journal of Urban Medicine, 62(1), 9–20.

6. กิติมา เศรษฐ์บุญสร้าง. (2557). **การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา**. ยโสธรเวชสาร,*16*(1), 18–24.
7. นลิตา เหลาแหลม, พรมมินท ร์ไกรยสินธ์, วัชรียา ปาละกุล, อภิรดา ฉิมพาลี, กัตติกา หาลือ, &วีระพล จันทร์ดียิ่ง. (2557). **ประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยฟอกเลือดล้างไตและล้างไตทางช่องท้อง ณ โรง พยาบาลพะเยา**.วารสารนเรศวร พะเยา, 7(2), 172-177.
8. ชวนชม พืชพันธ์ไพศาล, ยศพล เหลืองโสมนภา, รัชสุรีย์ จันทเพชร, & ศศิโสภิต แพงศรี. (2561). **การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเยื่อบุช่องท้องในระยะเวลาอย่างน้อย 18 เดือน ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อเนื่อง**. JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE, 29(1), 17–28.
9. พัชราภรณ์ วงศ์ษาบุตร, วรรณภา ประไพพานิช, & พรทิพย์ มาลาธรรม. (2560). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีภาวะแทรกซ้อน**. Journal of Nursing and Health Care, 35(2), 6-15.
10. Nonglak Tengprawat, Lakana Sornsurin, & Sunanya Phromtuang. (2015). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวร (CAPD)**. MEDICAL JOURNAL OF SRISAKET SURIN BURIRAM HOSPITALS, 30(3), 135–146.
11. สุภาพร อยู่แดง, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, & วิศิษฏ์ ประสิทธิศิริกุล. (2562). **การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยไตวายที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยไตเทียม สถาบันบำราศนราดูร.** JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH, 13(1), 20–30.
12. วรลักษณ์ ฉัตรรัตนารักษ์, สุนทรี เพิ่มพูลสวัสดิ์, ภรกัญ วงษ์สาคร, & ศิริวรรณ โปษยาอนุวัตร์. (2559). **การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมุทรปราการ**. Journal of Nursing and Health Care, 34(2), 58–66.

ความต้องการการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Demand of further study on a Master degree of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen.

สุพัฒน์ อาสนะ[1*], เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ[1],กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์[1], สุทิน ชนะบุญ[1],
ธีรศักดิ์ พาจันทร์[1], เจตนิพิฐ สมมาตย์[1], วิชุตา แสงเพชร์[1], กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์[22]

Supat Assana, Saowaluk Seedaket, Kritkantorn Suwannaphant,
Sutin Chanaboon, Teerasak Phajan, Jetnipit Sommart, Wichuta Saengphet, Kunthida Kingsawad

(Received: August 11,2018; Accepted: October 24,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต และเพื่อจัดรูปแบบแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งทั้งประเทศ ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559 – 2560 จำนวน 805 คน เก็บข้อมูลระหว่าง พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.5 มีงานทำ ร้อยละ 76.8 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 68.8 แหล่งเงินทุนในการเรียนต่อระดับปริญญาโท คือตัวเอง ร้อยละ 83.2 บิดา/มารดา ร้อยละ 35.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 48.8 มีความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข ร้อยละ 71.1 สาขาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 64.3 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 64.4 สาขาวิทยาการระบาด ร้อยละ 60.9 และสาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 59.9 ต้องศึกษาต่อภาคพิเศษในวันเสาร์และอาทิตย์ ร้อยละ 94.7 ต้องการให้มีการจัดที่พักในหอพักของวิทยาลัย ร้อยละ 72.8 รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ต้องการเรียนออนไลน์ ร้อยละ 41.6 การเรียนแบบสะสมหน่วยกิต ร้อยละ 29.8 และการเรียนในชั้นเรียน ร้อยละ 28.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะใช้ทุนการศึกษาจากแหล่งเงินทุนของตัวเอง เนื่องจากมีงานทำแล้ว และต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต เพื่อต้องการนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง จึงมีความต้องการศึกษาในวันเสาร์และวันอาทิตย์

คำสำคัญ : ความต้องการศึกษาต่อ, บัณฑิตศึกษา, สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

Abstract

This survey research aimed to determine the demand for further study on a Master's degree in Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. Moreover, the guideline of teaching and program management will be prepared from the results of this study. Questionnaires were administered to 508 alumni who graduated during the 2016-2017 academic year and working with

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น Corresponding author: su_assana@yahoo.com

[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

health promotion hospitals, community hospitals, general hospitals, district health office, provincial health office. The characteristics of samples were presented with frequency and percentage.

Results of this study found that more than half of participants were males (65.5%), having a job (76.8%), technical health officers position (68.8%), own support for master degree education (83.2 %) and the salary was 10,001 – 20,000 THB (48.8%). The most interesting master's degree program was health administration (71.1%), followed by public health (64.4), community public health (64.3%), epidemiology (60.9%) and environmental health (59.9%), respectively. Most of the samples planed to study during the weekend (94.7%) and stay overnight at the college dormitory (72.8%). In the case of conformation, close to half (41.6%) interested in an online program, cumulative credits study (29.8%) and sit in class (28.1%).

Keyword: Demand of further study, Graduate level, Master of Public Health.

บทนำ

สถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงของการเปิดการค้าเสรี ความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรง ส่งผลให้การพัฒนาเศรษฐกิจของไทยมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน รวมถึงประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่ในประเทศประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจในระดับภาคและจุลภาค ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น เกิดจากโรคที่อุบัติใหม่ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม และสภาวะสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรม และภาวะทางโภชนาการ เช่น การเกิดโรคอุบัติใหม่ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และภาวะสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมและโภชนาการ เป็นต้น [1,2] ตลอดถึงนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการพัฒนาประเทศไทยโดยใช้แนวคิด Thailand 4.0 ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากร แรงงาน อุตสาหกรรม รวมถึงเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาสู่ประเทศไทยมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของคนไทย ในปัจจุบัน รวมถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [3] ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ในการเพิ่มสมรรถนะสุขภาพของประชาชน และ ลดปัญหาสุขภาพทุกระดับ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ โดยให้ความสำคัญการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ประชาชนมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองได้ รวมถึงมีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนในปี พ.ศ. 2556 [4,5] ที่มุ่งเน้นให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน จึงควรต้องมีการศึกษา และวางแผนเพื่อพัฒนาให้บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ให้มีองค์ความรู้ความสามารถในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถบูรณาการองค์ความรู้ทางสาธารณสุข ที่หลากหลาย ได้แก่ วิทยาการระบาด อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย พฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา การวิจัยด้านสาธารณสุข การบริหารสาธารณสุข โภชนาการเป็นต้น เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขหรือพัฒนาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูงสุด

สถาบันพระบรมราชชนก [6,7] เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 วิสัยทัศน์ปี 2563-2567 คือ “เป็นสถาบันอุดมศึกษา เฉพาะทางชั้นนำของอาเซียน สร้างกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยการสร้างกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อชุมชนนั้นเป็นกลไกหลักสำคัญในการพัฒนากำลังคนทางด้านสุขภาพของประเทศ ที่มุ่งเน้นการสร้างกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาวะของคนในชุมชน และ มี

พันธกิจที่สำคัญอันดับแรก คือผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการ ทักษะในวิชาชีพ มีคุณธรรมจริยธรรม และมีความสำนึกต่อสังคม เพื่อให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเองประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่ 1 คือการสร้างกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานสู่ชุมชน โดยมีเป้าประสงค์ให้ผู้สำเร็จการศึกษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสากลและมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพบนพื้นฐาน การดูแลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ รวมถึงมีสมรรถนะด้านการบริหารจัดการสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน ผ่านกลยุทธ์การพัฒนาหลักสูตรการศึกษา ที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ ได้มาตรฐานอาเซียน โดยมุ่งเน้นให้มหาบัณฑิต มีองค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เป็นนักสาธารณสุขที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในงานสาธารณสุข สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาวะ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ให้กับประชาชน ซึ่งจะต้องมีความสอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ [8,9] เรื่องเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2558 ที่ได้ระบุเกี่ยวกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรระดับปริญญาโทไว้ว่า เป็นการเน้นการพัฒนานักวิชาการและวิชาชีพที่มีความรู้ ความสามารถในระดับสูง โดยใช้กระบวนการวิจัยเพื่อให้สามารถแสวงหาความรู้ใหม่และสรรค์สร้างความก้าวหน้าทางวิชาการ โดยมุ่งให้มีความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการสร้างและประยุกต์ใช้ความรู้ใหม่เพื่อพัฒนางานและสังคม

ดังนั้น การศึกษาความต้องการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตในครั้งนี้ นอกจากจะมีความสอดคล้องกับประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ [9,10] เรื่องแนวทางการบริหารเกณฑ์การพัฒนาหลักสูตรระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2558 แล้ว ข้อมูลที่ได้รับยังเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปพัฒนาเพื่อเปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ซึ่งเป็นหลักสูตรใหม่ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่จะมีการพัฒนาขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงาน หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาแนวทางในการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ของบุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตหรือวิทยาศาสตร์สุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต หรือวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่งทั้งประเทศ ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2559 – 2560 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบขนาดของประชากร [11] ได้กลุ่มตัวอย่าง 508 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา และแนวทางการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา ตรวจความตรงของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cornbrash's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) แสดงจำนวน และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 621032 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2562

สรุปและอภิปรายผล

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 805 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 ปัจจุบันมีงานทำ ร้อยละ 76.8 ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือเจ้าพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 12.0 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 6.1 แหล่งเงินทุนในการเรียนต่อระดับปริญญาโท ส่วนใหญ่คือตัวเอง ร้อยละ 83.2 บิดา/มารดา ร้อยละ 35.2 สามี/ภรรยา ร้อยละ 8.2 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 48.8

2. ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาจำแนกตามสาขา สาขาที่ต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มากที่สุด คือ สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข ร้อยละ 71.1 สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 64.3 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 64.0 สาขาวิชาวิทยาการระบาด ร้อยละ 60.9 สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 59.9 และสาขาวิชาอื่นๆ ร้อยละ 35.7

3. ความต้องการด้านการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการจัดการการสอน ภาคพิเศษ(เสาร์-อาทิตย์) ร้อยละ 94.7 และ ภาคปกติ (จันทร์-ศุกร์) ร้อยละ 5.3 ด้านที่พัก ต้องการให้มีการจัดที่พักในวิทยาลัย ร้อยละ 72.8 โรงแรมและที่พักอื่นๆ ร้อยละ 27.2 รูปแบบการจัดการเรียนการสอน ต้องการมากที่สุดคือ การเรียนออนไลน์ ร้อยละ 41.6 การเรียนแบบสะสมหน่วยกิต ร้อยละ 29.8 และการเรียนในชั้นเรียน ร้อยละ 28.1

4. แนวทางการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ด้านหลักสูตร จากผลการสำรวจความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาที่กลุ่มตัวอย่างต้องการศึกษาต่อมากที่สุด คือ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข รองลงมาคือ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ดังนั้นการจัดทำหลักสูตรควรคำนึงถึงความต้องการเข้าศึกษาต่อของทั้ง 3 สาขา โดยพิจารณาเพื่อหาจุดร่วมในการเปิดหลักสูตร เช่น เป็นหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตที่ไม่ระบุสาขา มีการกำหนดสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของมหาบัณฑิตและการออกแบบวิชาเลือกให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน เช่นเน้นความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน ด้านการบริหารงานสาธารณสุขและระบบสุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องกับตำแหน่ง ที่ปฏิบัติงาน และความต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของผู้เรียน ตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน เช่นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และอื่นๆ

ด้านรูปแบบการจัดการเรียนการสอน เมื่อพิจารณาจากความต้องการของผู้เรียน พบว่าต้องการศึกษาต่อในภาคพิเศษ คือวันเสาร์และวันอาทิตย์ เพราะจะสะดวกในการเรียน

ไม่เสียเวลาในการปฏิบัติงาน และไม่ต้องเสียวันลาในการลาศึกษาต่อ รวมถึงต้องการให้มีที่พักในวิทยาลัยฯ เพื่อช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในด้านที่พัก และค่าเดินทาง รวมถึงจัดการเรียนการสอนที่มีรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อความสะดวกของผู้เรียน

ดังนั้นแนวทางการจัดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา จะต้องพิจารณาให้รอบด้านเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน และความพร้อมของหน่วยงานภายใต้หลักเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2558 และของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาเพื่อขออนุมัติเปิดหลักสูตร ต่อไป

อภิปรายผล

1. สาขาที่กลุ่มตัวอย่างต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน และสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อาจเนื่อง มาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งงาน คือนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และอื่นๆ จึงทำให้มีความต้องการศึกษาต่อในสาขาที่ตนเองสนใจ และมีหลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับ สมรรถนะตาม พรบ.วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ที่กำหนดวิชาเฉพาะสาขาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน [4,5] ไว้ 5 กลุ่ม คือ 1)กลุ่มส่งเสริมสุขภาพและอนามัยชุมชน 2)กลุ่มป้องกันโรค ควบคุมโรค ระบาดวิทยา สถิติและการวิจัยทางด้านสาธารณสุข 3)กลุ่มตรวจประเมิน การบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพ และการส่งต่อ 4)กลุ่มอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5)กลุ่มบริหารสาธารณสุขและกฎหมายสาธารณสุข ดังนั้น เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนที่ครอบคลุมตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับ พรบ.วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 จึงควรกำหนดสมรรถนะหลักที่พึงประสงค์ของหลักสูตร และออกแบบวิชาเลือกให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น เน้นด้านสาธารณสุขชุมชน ด้านการบริหารงานสาธารณสุขและระบบสุขภาพ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน และสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ[12,13,14] ที่พบว่า การศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ต้องมีความเชี่ยวชาญในงาน มีสมรรถนะสูงและตอบสนองต่อความต้องการบุคคลากรของระบบสุขภาพในปัจจุบัน รวมถึง การเพิ่มพูนความรู้และความเชี่ยวชาญ ในด้านต่างตามความต้องการของหน่วยงาน

2. เหตุผลความต้องการเข้าศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของกลุ่มตัวอย่างคือ การพัฒนาตนเอง ให้เกิดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในหน้าที่ รวมถึงเมื่อบัณฑิตกลับไปปฏิบัติงานในสายงานวิชาชีพต่างๆ พบว่า ยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญและความชำนาญในบางประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจง และการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การทำวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ชุมชน หรือในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ในด้านเหตุผลความต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท [13,14,15]

3. ความต้องการให้มีการจัดการการสอน ภาคพิเศษ (เสาร์-อาทิตย์) สูงถึงร้อยละ 94.7 ทั้งนี้เป็นเพราะสะดวกและไม่กระทบกับงานประจำ :ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถลาศึกษาต่อได้ เนื่องจากยังไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ จึงมีความต้องการศึกษาต่อนอกเวลาราชการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้มีการจัดที่พักในหอพักในวิทยาลัยฯ เนื่องจากประหยัดค่าใช้จ่าย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียง 10,001 – 20,000 บาท/เดือน อีกทั้งหอพักในวิทยาลัยฯ มีความสะดวก ปลอดภัย สามารถทำกิจกรรมกลุ่มศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมนิกเวลาเรียนได้ ดีกว่าพักโรงแรมและที่พักอื่นๆนอกวิทยาลัย สอดคล้องกับวิจัยอื่นๆ[14,15,16,17] มีข้อเสนอแนะว่า การจัดการศึกษาควรจัดนอกเวลาราชการในวันเสาร์- อาทิตย์ เพื่อให้ผู้เรียนที่ทำงานแล้วสามารถมาศึกษาต่อได้ และส่วนใหญ่ต้องการ ศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในช่วงเวลาภาคพิเศษ

4. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการโดยจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่นการเรียนออนไลน์มีสัดส่วนมากที่สุด ส่วนการเรียนแบบสะสมหน่วยกิตและการเรียนในชั้นเรียน สัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งสะท้อนให้ทราบถึงความต้องการของผู้เรียนที่เปลี่ยนไปจากรูปแบบเดิม จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนหรือออกแบบการเรียนการสอนที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยบูรณาการหลายการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายวิธี เพื่อเสริมสร้างให้บัณฑิตมีสมรรถนะตามความคาดหวัง และอัตลักษณ์ของหลักสูตร ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยอื่น [16,17,18] ที่พบว่า การศึกษาในระดับปริญญาโท ควรมีการจัดการศึกษาที่หลากหลาย มีการใช้ระบบอินเตอร์เน็ตมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน และมีช่องทางในการศึกษาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในอนาคตที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดทำหลักสูตรในระดับบัณฑิตศึกษา ในระดับปริญญาโท ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ควรพิจารณาถึงความต้องการของผู้เรียน ความพร้อมของทีมอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตรที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน รวมถึงพร้อมของสถาบันพระบรมราชชนก และนโยบายสุขภาพของประเทศ

2. การจัดการศึกษาควรจัดนอกเวลาราชการในวันเสาร์-อาทิตย์ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้เรียนที่มีงานประจำทำแล้ว จะสามารถเขามาร่วมศึกษาต่อได้ รวมถึงควรสนับสนุนทุนการศึกษาหรือทุนการวิจัยบางส่วน รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาเกี่ยวกับห้องพักของนักศึกษาในระหว่างเรียน และอุปกรณ์สนับสนุนการเรียนการสอน ได้แก่ คอมพิวเตอร์และอินเตอร์เนต

3. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเปิดหลักสูตรต่างๆ ให้ผู้ที่มีความสนใจต้องการศึกษาต่อทราบอย่างสม่ำเสมอ และเข้าถึงได้ง่ายผ่านทางสื่อต่างๆ ได้แก่ เวปไซต์สถาบัน เฟสบุ๊คสถาบัน แผ่นพับ และผ่านทางหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่ผู้ที่สนใจจะศึกษาได้มีการเตรียมการวางแผนการศึกษาหรือการพัฒนาตนเองก่อนที่จะเข้าศึกษาต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เอกราช บุญเริง และ อโณทัย หาระสาร. กลยุทธ์ในการจัดการภัยพิบัติทางธรรมชาติของประเทศไทย. **Journal of Politics and Governance.** 8(2): 100–115, 2018.
2. Keawsomboonasornbunma, W., Worachotanan, S., Sripatthanapipat, K., Muenthong, R., Nubthuedee, K., Boonyo, K. and Siriphet, S. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564). **วารสารควบคุมโรค**. 44(1): 50–62, 2018.
3. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. **ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561 – 2580**. สำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ , 2562.
4. สภาการสาธารณสุขชุมชน. (2556). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พุทธศักราช 2556**. ราชกิจจานุเบกษา. เล□ม 130 ตอนที่ 118 ก 16 ธันวาคม 2556 หน้า 19 – หน้า 34.
5. สภาการสาธารณสุขชุมชน. (2562). **ข้อบังคับสภาการสาธารณสุขชุมชน ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2562**. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 41 ง 13 กุมภาพันธ์ 2562 หน้า 21 - หน้า 32.

6. สถาบันพระบรมราชชก. (2562). **พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พุทธศักราช 2562**. ราชกิจจานุเบกษา. เล□ม 136 ตอนที่ 43 ก 5 เมษายน 2562 หน้า 40 – หน้า 64.
7. สถาบันพระบรมราชชนก. **แผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 – 2567**. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2562.
8. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. **กรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 2(พ.ศ. 2551 - 2565)**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
9. กระทรวงศึกษาธิการ. (2558). **ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา.พ.ศ. 2558.** ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 132 ตอนพิเศษ 295 ง 13 พฤศจิกายน 2558 หน้า 12 – หน้า 24.
10. กระทรวงศึกษาธิการ. (2561). **ประกาศกระทรวง ศึกษาธิการ เรื่องมาตรฐานการอุดมศึกษา.** ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนพิเศษ 199 ง 17 สิงหาคม 2561 หน้า 19 - 21.
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. วิทยพัฒน์. กรุงเทพฯ, 2556.
12. ลิลลี่ ศิริพร และปัทมา ทองสม. การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข. **Journal of Nursing and Education.** 6(4): 11–32, 2013.
13. นภชา สิงห์วีรธรรม และ ยุพาวดี ขันทบัลลัง. สถานการณ์การผลิตกำลังด้านสุขภาพ ของสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพ. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.** 4(3): 218–225, 2017.
14. พีระ พันธุ์งาม, ณัฐวัชต์ บุญภาพ, ธัญลักษณ์ ครึ่งธิ และ สุลีมาศ คำมุง. การตัดสินใจศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา. **The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Science).** 2(1): 121–127, 2016.
15. Krittiya Phlangwan, Prasart Sangchai, Prasart Sangchai, Srirorat Pilawut and Kan Photong. การศึกษาความต้องการการศึกษาต่อด้านสาธารณสุขของบุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย. **KASALONGKHAM RESEARCH JOURNAL**. 6(1): 115–126, 2012.
16. จริยาภรณ์ โตเผือก. ปัจจัยที่มีผลต่อการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาของนักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. **Journal of Administrative and Management**. 7(2): 56–63, 2562.
17. อุทุมพร ไวฉลาด และ จงดี โตอิ้ม. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. **Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University.** 10(2): 165–177, 2016.
18. มารุต คล่องแคล่ว. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการเรียนผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยการศึกษาอิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. **Veridian E-Journal,Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts).** 8(2): 2188–2203, 2015.

การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

The Development of STEMI Fast Track Service in Singburi Hospital and Network Community Hospitals

โสน เรืองมั่นคง[1], ทองเปลว ชมจันทร์[2], สัญญา โพธิ์งาม[3]

Sano Rueangmankhong[1], Thongplew chomjan[2], Sanya Pongam[3]

(Received: August 12 ,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วนและศึกษาผลลัพธ์ของระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการพัฒนาระบบตั้งแต่เดือนเมษายน 2561ถึงเดือนมีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) จำนวน79 รายและพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 65 ราย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่คู่มือระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามระบบบริการช่องทางด่วนของพยาบาลวิชาชีพและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านระบบ พบว่าระบบบริการช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1.1) ระบบการรับผู้ป่วยเข้าช่องทางด่วน 1.2) แผนการดูแลผู้ป่วยและบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ 1.3) เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย 1.4) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1.5) การพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง 1.6) การนิเทศควบคุมกำกับและ 1.7) การพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง 2) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า 2.1) พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก (M=4.63, SD= .60) 2.2) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบบริการช่องทางด่วนอยู่ในระดับมาก (M=4.28, SD= .35) 2.3) พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามระบบบริการช่องทางด่วนร้อยละ 97.65 3) ด้านผู้ใช้บริการ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบบริการช่องทางด่วนอยู่ในระดับมาก (M=4.34, SD= .58) 4) ด้านผลลัพธ์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลใน 180 นาทีตั้งแต่เริ่มเจ็บหน้าอก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทำการสวนหัวใจและหลอดเลือดภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ในกลุ่มหลังการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .002, p=.000, p=.002 และp=.000 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : Fast track STEMI

Abstract

This action research aimed to develop and examine the results of STEMI fast track in Singburi Hospital and Network Community Hospitals in Singburi Province. The present study was carried out from October 2017 to September 2018. The sample were 79 STEMI patients and 65 registered nurses. The STEMI Fast Track Handbook was used as the research instrument and in this study. The knowledge questionnaire, satisfaction questionnaire, fast-track performance check form of registered nurses, and patient satisfaction questionnaire were used for data collection.

[11]หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

[2]หัวหน้างาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี

[3]หัวหน้างาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี

[*]Corresponding aurthor ; โสน เรืองมั่นคง: sano_opd@hotmail.com

The results of the study were as follows: 1) Regarding to the system section, the findings showed that the developed fast track services consist of 1.1 fast track patient admission system, 1.2 patient care plans and the roles of the multidisciplinary team, 1.3 tools for patient care, 1.4 nurse case management, 1.5 continuous development of team capabilities, 1.6 supervision and monitoring, and 1.7 continuous development of system 2) Regarding to the service provider section, the findings indicated that 2.1) registered nurses have knowledge of patient care at high level (M=4.63, SD= .60), and 2.2) registered nurses were satisfied with the fast track service system at high level (M=4.28, SD= .35), and 2.3) 97.65 percent of registered nurses comply with the fast track services. 3) Regarding to the user section, the result showed that the patients were satisfied with the fast track service system at high level (M=4.34, SD= .58). 4) Regarding to the result section, the findings showed that the number of patients who are aware of coronary heart disease symptoms and have been treated for 180 minutes since the beginning of chest pain, the number of patients who received fibrinolysis drugs in 30 minutes upon arrival at the hospital, the number of patients who received fibrinolysis drugs, and the number of patients who received referral to CAG after taking fibrinolytic drugs after the development of fast track service system were statistically significant increase (p= .002, p=.000, p=.002 และp=.000 respectively).

Key word : Fast track STEMI

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข จากรายงานการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก(WHO) [1] ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ผู้ป่วยประมาณ 30-50% เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2548–2552 คนไทยป่วยเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล 1,185 รายต่อวัน โดยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 470 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน ปัจจุบันพบว่าโรคนี้มีแนวโน้มการเสียชีวิตสูงขึ้น[2] ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปที่แขนซ้าย ไหล่ สะบักหรือกราม บางรายอาจมีอาการจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่หน้ามืดเป็นลม และเสียชีวิตได้จากการที่เส้นเลือดหัวใจถูกอุดตันเฉียบพลัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยโรคประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการตรวจค่าเอนไซม์ในกระแสเลือด ส่วนวิธีการรักษา ในปัจจุบันมี 2 วิธีการ[2] คือ 1) การให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือด ใช้สำหรับผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลในเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น ภาวะหัวใจวายรุนแรงหรือภาวะ Cardiogenic shock ปัจจุบันยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้คือ Streptokinase 2)การทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่บอลลูนหรือโครงตาข่ายค้ำยันเพื่อขยายหลอดเลือด เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดแต่ทำได้ในโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้น เนื่องจากผลลัพธ์ในการรักษาขึ้นอยู่กับความรวดเร็วในการเปิดหลอดเลือดผู้ป่วยจึงควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และควรได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาลแห่งแรก ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ควรได้รับการทำหัตถการดังกล่าวภายใน 90 นาที เมื่อไปถึงโรงพยาบาลที่สามารถทำได้และผู้ป่วยทุกรายเมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้วควรได้รับการส่งต่อเพื่อสวนหัวใจและหลอดเลือดทุกรายเพื่อพิจารณาทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่บอลลูนหรือโครงตาข่าย ค้ำยันต่อไป [2] ถึงแม้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดประสิทธิภาพโดยรวมจะไม่เท่ากับหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจแต่ถ้าผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการพบว่า

การรักษา จะได้ผลดีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ [1,2]

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีโรงพยาบาลหลายแห่ง ที่นำระบบบริการช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดเร็วขึ้นและลดอัตราตายได้[3,4,5] และอีกหลายๆโรงพยาบาลได้นำระบบบริการช่องทางด่วนและแนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้เพื่อให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และพบว่าทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นเกือบทุกด้าน[6,7]

โรงพยาบาลสิงห์บุรี สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยวิธีให้ยาละลาย ลิ่มเลือดได้และทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด จำนวน 4 แห่ง ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะต้องถูกส่งต่อไปทำหัตถการสวนหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลแม่ข่าย ในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ต่อไป ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลสิงห์บุรีจะมีระบบบริการช่องทางด่วนภายในโรงพยาบาล แต่จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวพบว่าในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2560 มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 ที่มารพ.ใน 180 นาทีหลัง มีอาการเจ็บหน้าอก และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 12.7 ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล นอกจากนั้น ยังพบว่าภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ10.9 ที่ได้รับการส่งต่อไปทำหัตถการสวนหัวใจและหลอดเลือด ยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 16.3 ซึ่งสูงกว่าอัตราตายของเขต 4 และของประเทศ[1]

จากประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคลินิกบริการสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรีและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ จังหวัดสิงห์บุรี จึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย โดยนำแนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมาใช้ โดยได้ร่วมกันกำหนดแผนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเพื่อยับยั้งความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตายการดูแลในระยะต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการดูแลในระยะส่งต่อทั้งจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลสิงห์บุรีและจากโรงพยาบาลสิงห์บุรีไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายรวมทั้งระยะหลังกลับจากการทำหัตถการจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย เพื่อให้เกิดระบบบริการช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) เพื่อพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 4 แห่ง ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทำการเลือกแบบเจาะจงในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา การนำระบบบริการช่องทางด่วนไปใช้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ที่ได้รับบริการผ่านระบบช่องทางด่วน ที่สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง เป็นประชากรผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาระหว่าง 1 มีนาคม 2561–28 กุมภาพันธ์ 2562 2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 65 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง แห่งละ 5 คน รวม 20 คน พยาบาลวิชาชีพจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 15 คน พยาบาลวิชาชีพจากหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

1.3 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 ด้านๆละ 5 ข้อ คือด้านความรู้เรื่องโรค ด้านแนวทางการตรวจรักษา ด้านการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ด้านการใช้ยาและด้านแนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งสิ้น 20ข้อ ให้เลือกตอบถูกหรือผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลค่าคะแนนแต่ละด้าน 0-5 คะแนน ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งตามอันตรภาคชั้น 3 ระดับ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.36 -5.00 อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.68-3.35 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 0-1.67 อยู่ในระดับต่ำ ทดสอบความเที่ยงแบบคูเดอร์–ริชาร์ดสัน(KR –20)ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

1.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการช่องทางด่วน จำนวน5 ข้อคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจมากที่สุด(5 คะแนน) ความพึงพอใจมาก(4 คะแนน) ความพึงพอใจปานกลาง (3คะแนน) ความพึงพอใจน้อย(2 คะแนน) และความพึงพอใจน้อยที่สุด(1 คะแนน) การแบ่งระดับคะแนนโดยรวมใช้ ค่าเฉลี่ยแบ่งตามอันตรภาคชั้น 5 ระดับ คือค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 อยู่ในระดับสูงมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 อยู่ในระดับต่ำมาก ทดสอบความน่าเชื่อถือด้วย สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88

1.5 แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามระบบบริการช่องทางด่วน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ใช้ในการตรวจสอบการปฏิบัติตามระบบบริการช่องทางด่วน มีแนวทางการตรวจสอบ 2 รายการ คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

1.6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติภายหลังได้รับการดูแลผ่านระบบบริการช่องทางด่วน มีจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ความพึงพอใจมากที่สุด(5 คะแนน) ความพึงพอใจมาก(4 คะแนน) ความพึงพอใจปานกลาง(3 คะแนน) ความพึงพอใจน้อย(2 คะแนน) และความพึงพอใจน้อยที่สุด(1 คะแนน) การแบ่งระดับคะแนนโดยรวมใช้ ค่าเฉลี่ยแบ่งตามอันตรภาคชั้น 5 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 อยู่ในระดับสูงมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 อยู่ในระดับต่ำมาก ระดับทดสอบความน่าเชื่อถือด้วย สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

1.7 แบบบันทึกข้อมูลคุณภาพการบริการระบบช่องทางด่วน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากมาตรฐานการพยาบาล การรายงานข้อมูลในTHAI ACS Registry [9] และรายงานการตรวจราชการคณะพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข[10] นำมากำหนดเกณฑ์เป้าหมายโดยคณะกรรมการพัฒนาคลินิกบริการสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี และคณะพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจของจังหวัดสิงห์บุรี ได้แก่จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลใน 180 นาที หลังเจ็บหน้าอก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที เมื่อมาถึง โรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาทีเมื่อมาถึง โรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทำการสวนหัวใจและหลอดเลือดภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด และจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่คู่มือระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ที่พัฒนาขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher Exact test และ chi-square

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ตามหนังสือที่สห 0032.205.2/14 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้ประเด็นโอกาสพัฒนา ดังนี้ 3.1) ด้านระบบ พบว่า การจัดระบบบริการทางด่วนภายในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ไม่ได้กำหนดเวลาในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดที่หอผู้ป่วยหนัก ทำให้ต้องใช้เวลาเตรียมเตียง กรณีเตียงเต็มทำให้ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือด ล่าช้า เกินกว่า30 นาที และระบบที่วางไว้ยังไม่มีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพอย่างชัดเจน ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า เนื่องจาก โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ต้องส่งผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี นอกจากนั้นระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการสวนหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือดยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน 3.2) ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ทีมแพทย์ พยาบาลที่ดูแลรักษาตั้งแต่แรกรับ ยังมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย แผนการรักษาพยาบาลยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดไปทำการสวนหัวใจและหลอดเลือด ยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ายังไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อ นอกจากนั้นการกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณียังไม่ชัดเจนเพียงพอ 3.3) ด้านผู้ใช้บริการ พบว่า ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลใน 180 นาที หลังเจ็บหน้าอก มีจำนวนน้อย เนื่องจากสาเหตุมาจากผู้ป่วยและญาติ ไม่ตระหนักถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และยังพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากเจ็บหน้าอกนานเกิน 12 ชั่วโมง จึงมาโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด 3.4) ด้านคุณภาพการบริการ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมดมีเพียง ร้อยละ 65.28 ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล มีเพียง ร้อยละ 4.17 ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีร้อยละ 20.00 และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทำการสวนหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด มีเพียงร้อยละ 26.39 ส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลมีสูงถึงร้อยละ 15.28

2. การวางแผนแก้ไขปัญหา และการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ครั้งที่ 1 ดำเนินการดังนี้

1. ประชุม focus group ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมพัฒนาคลินิกบริการสาขา อายุรกรรม และคณะกรรมการ Service plan ของจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลศูนย์ส่งต่อ พยาบาลเวชกรรมสังคม เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทั้งในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย รวมทั้งนักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ร่วมกันจัดทำคู่มือระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

2. จัดประชุมเพื่อชี้แจง กำหนดขั้นตอนแนวทางรูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

3. กำหนดบทบาทและมอบหมายหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชน คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลละ 1 คน มอบหมายให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีในแต่ละโรงพยาบาล ทำหน้าที่ประสานการรับปรึกษาผู้ป่วยในรูปแบบบริการทางด่วน เป็นแกนนำในการดูแลผู้ป่วยประสานแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และถ่ายทอดความรู้ให้กับทีมการ

พยาบาลและจัดระบบการปรึกษาให้โรงพยาบาลชุมชนปรึกษาอายุรแพทย์ได้ ตลอด 24 ชั่วโมง

4. พัฒนาศักยภาพทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยจัดอบรมภายใน เพื่อรองรับระบบบริการช่องทางด่วน ด้านการประเมินคัดกรอง การตรวจและแปลผลตรวจคลื่นหัวใจ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ตั้งแต่ เวรเปล แพทย์ พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง สหสาขาวิชาชีพต่างๆและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ Service plan สาขาโรคหัวใจ โดยส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง การพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและ หลอดเลือดและเภสัชกรอบรมหลักสูตรการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหัวใจ

5. พัฒนาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการสำรองยาละลายลิ่มเลือด ความพร้อมของเครื่องมือต่างๆ เช่นเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ เครื่องควบคุมการให้สารละลาย รวมทั้ง จัดทำเอกสารคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับทีมพยาบาล รวมทั้งเอกสารแผ่นพับ ขั้นตอนการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นต้น

6. นำระบบช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับ ทุกโรงพยาบาล โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีของแต่ละโรงพยาบาล ติดตาม ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการ

3. การนำระบบช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ การทดลองใช้ระบบ ครั้งที่ 1 (1–31 ธันวาคม 2560) ผลจากการนำระบบช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 8 ราย ยังคงพบว่าระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือดเกิน 30 นาที เนื่องจาก ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี ต้องนำผู้ป่วยมาให้ยาละลายลิ่มเลือดที่หอผู้ป่วยหนัก ถึงแม้จะให้เพิ่มเตียงเสริมในหอผู้ป่วยหนักกรณีเตียงเต็ม ส่วนโรงพยาบาลชุมชน เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ก่อนส่งต่อมาโรงพยาบาลสิงห์บุรี แต่พบปัญหาในการ Consult แพทย์อายุรกรรมล่าช้า นอกจากนั้นการส่งต่อเพื่อทำการสวนหัวใจและหลอดเลือดหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดพบว่ามีความล่าช้า เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยมีขั้นตอนที่แตกต่างกัน

ปรับปรุงและพัฒนาระบบ ครั้งที่ 1 (1 มกราคม – 31 มกราคม 2561) ประกอบด้วย 1) ปรับรูปแบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ปรับระบบการ Consult โดยโรงพยาบาลชุมชนสามารถโทรศัพท์สายตรง Consult อายุรแพทย์ 3) ได้ 24 ชั่วโมง ร่วมกับการส่งผล EKG และผล Lab ทางระบบ Line โดยไม่ต้องผ่านแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน 4) จัดระบบสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาจากโรงพยาบาลชุมชน สามารถ Fast track เข้าหอผู้ป่วยหนักได้เลย โดยไม่ต้องเข้าห้องฉุกเฉินก่อน 5) ปรับปรุงเอกสารคู่มือการประสานงานขอคำปรึกษาให้กับโรงพยาบาลชุมชนและคู่มือการประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

การทดลองใช้ระบบ ครั้งที่ 2 (1 กุมภาพันธ์–28 กุมภาพันธ์ 2561) ผลจากการนำระบบช่องทางด่วนที่ปรับปรุงครั้งที่ 1 ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย 7 ราย พบว่าแพทย์และพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนมากขึ้น มีการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน มีระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยเริ่มจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลชุมชน มีระบบ การ Consult ที่คล่องตัว มีระบบบริหารเตียงที่ห้องผู้ป่วยหนัก มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และมีการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

4. การประเมินผล (1 มีนาคม 2561–28 กุมภาพันธ์ 2562) นำระบบช่องทางด่วนที่ปรับปรุงครั้งที่ 2 ไปใช้โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านระบบ นำระบบบริการช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ไปใช้ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีของแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานแผนการดูแล และติดตามปัญหา อุปสรรคของการดำเนินการ

2. ด้านผู้ให้บริการ ทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ และสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการช่องทางด่วนโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของ

พยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการช่องทางด่วน และตรวจสอบการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแบบตรวจสอบการปฏิบัติตามระบบบริการ

3. ด้านผู้ใช้บริการ สอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติต่อระบบบริการช่องทางด่วน จำนวน 79 ราย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติภายหลังได้รับการดูแลผ่านระบบบริการช่องทางด่วน

4. ด้านคุณภาพการบริการ โดยการรวบรวมตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านระบบช่องทางด่วน ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2561–28 กุมภาพันธ์ 2562 ตามแบบบันทึกข้อมูลคุณภาพการบริการระบบช่องทางด่วน

5. ผลการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี จากการศึกษาพบว่าระบบช่องทางด่วนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ระบบการประเมินและรับผู้ป่วยเข้าช่องทางด่วนจนถึงหอผู้ป่วยหนัก 2) แผนการดูแลผู้ป่วยและบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ 3)เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอกสารต่างๆ เช่นใบนำทางฉุกเฉินของผู้ป่วย Standing order แผนการพยาบาล ระบบการ Consult อายุรแพทย์โรคหัวใจ ระบบการส่งต่อภายในจังหวัดและนอกจังหวัด เป็นต้น นอกจากนั้นยังได้แก่ เครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุกหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น 4) การมอบหมายพยาบาลวิชาชีพให้ทำหน้าที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ในการประสานแผนการดูแล ทำหน้าที่ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายทั้งจังหวัดและประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตสุขภาพ รวมทั้งการติดตามตัวชี้วัด ปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อนำเสนอในคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจของจังหวัดสิงห์บุรี 5) การพัฒนาศักยภาพของทีมอย่างต่อเนื่อง 6)การนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติตามระบบบริการช่องทางด่วนและ 7) การพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ตัวชี้วัดไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย

6. ผลลัพธ์ของระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี

6.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

พยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลชุมชน งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสิงห์บุรีมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยโดยรวมภายหลังการใช้ระบบบริการช่องทางด่วนอยู่ในระดับมากโดยมีค่าคะแนนความรู้ เฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.63 (S.D = .60) หน่วยงานที่มีคะแนนความรู้เฉลี่ยโดยรวมมากที่สุด คือ หอผู้ป่วยหนัก มีค่าคะแนนความรู้ เฉลี่ยเท่ากับ 4.71 (S.D = .71) ซึ่งอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลสูงสุด โดยมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ 4.87 (S.D = .62) ส่วนความรู้ด้านแนวทางการตรวจรักษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีค่าคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 3.41 (S.D = .77)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อระบบบริการช่องทางด่วน พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.28(S.D=.35) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุดคือ ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจน เป็นระบบไม่ยุ่งยากซับซ้อน (M=4.48, SD=.21) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด ได้แก่ มีความสะดวกในการประสานงานแต่ละขั้นตอน (M=4,16 SD=.40)

ด้านการปฏิบัติตามระบบบริการช่องทางด่วน

ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้นโดยรวมร้อยละ97.65 จากผู้ป่วยทั้งหมด 79 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 27 ราย ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น โดยรวมร้อยละ 96.82 ข้อที่ได้รับการปฏิบัติมากที่สุด(ร้อยละ 100) คือการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการประเมินก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน(ร้อย

ละ 92.59) ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 52 รายได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น โดยรวมร้อยละ 98.48 ข้อที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น มากที่สุด(ร้อยละ 100) คือการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้การพยาบาลเบื้องต้น และการประเมินก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน(ร้อยละ 34.68)

6.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการช่องทางด่วนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.34, SD=.58) ข้อที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจมากที่สุด คือการบริการสะดวกรวดเร็ว (M=4.62, SD=0.36) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุด คือมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือโทรศัพท์สอบถามอาการ (M=4.10 SD=0.56)

6.3 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ

6.3.1 ลักษณะของผู้ป่วย กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบฯ จำนวน 72 ราย ร้อยละ77.78 เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.33 มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.00 ปี (SD=12.35) ร้อยละ90 มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และร้อยละ 94.23 รักษาต่อเนื่องร้อยละ 41.67 มารพ.ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก กลุ่มหลังการพัฒนาระบบฯ จำนวน 77 ราย ร้อยละ 70.13 เป็น เพศชาย ร้อยละ 54.55 มีอายุมากกว่า 60 ปีโดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ63.06 ปี (SD=13.25) ร้อยละ 90.91 มีโรคประจำตัว ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและร้อยละ 89.09 รักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 56.58 มารพ. ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบฯและกลุ่มหลังการพัฒนาระบบฯ ด้านเพศ อายุ โรคประจำตัว การรักษาโรคประจำตัว และอาการที่มาโรงพยาบาลพบว่าไม่แตกต่างกัน (p =.289, .641, .926 และ .490 ตามลำดับ)

6.3.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ กลุ่มก่อนการพัฒนาระบบฯ จำนวน 72 ราย มาโรงพยาบาลใน 180 นาที หลังเจ็บหน้าอก จำนวน 26 ราย (ร้อยละ36.1) ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาทีเมื่อมาถึง รพ. จำนวน 66 ราย(ร้อยละ91.67) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาที เมื่อมาถึง รพ.จำนวน 2 ราย(ร้อยละ4.17) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด จำนวน 47 ราย(ร้อยละ 65.28) ได้รับการส่งต่อทำ หัตถการสวนหัวใจและหลอดเลือดภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 19 รา (ร้อยละ 26.39) เสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน11 ราย(ร้อยละ 15.28) กลุ่มหลังการพัฒนาระบบฯ จำนวน 79 ราย มาโรงพยาบาลใน 180 นาที หลังเจ็บหน้าอก จำนวน 46 ราย(ร้อยละ 63.90) มีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาทีเมื่อมาถึง รพ.จำนวน 73ราย (ร้อยละ94.81) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาที เมื่อมาถึง รพ.จำนวน 21 ราย(ร้อยละ 30.88) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด จำนวน 67ราย(ร้อยละ87.01) ได้รับการส่งต่อทำหัตถการสวนหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 65 ราย(ร้อยละ 85.53) เสียชีวิตในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย(ร้อยละ 12.99) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาใน 180 นาทีตั้งแต่เริ่มเจ็บหน้าอก จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวนและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทำ การสวนหัวใจและหลอดเลือดภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ในกลุ่มหลังการพัฒนาระบบฯ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .002, p=.000, p=.002 และp=.000 ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล และผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาระบบช่องทางด่วน

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ	ก่อนการพัฒนาระบบฯ (1 ต.ค. 59- 30 ก.ย. 60) N= 72	หลังการพัฒนาระบบฯ (1 เม.ย. 61-31 มี.ค. 62) N =79	p-value

	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้ป่วยที่มา รพ.ใน 180 นาที หลังเจ็บหน้าอก	26	36.10	46	63.90	.002 (χ^2 9.252)
ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที เมื่อมาถึง รพ.	66	91.67	73	94.81	.523 (Fisher Exact test)
ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาทีเมื่อมาถึง รพ.	2	4.17	21	30.88	.000 (χ^2= 12.634)
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือด	47	65.28	67	87.01	.002 (χ^2 9.781)
ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทำ การสวนหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด	19	26.39	65	85.53	.000 (χ^2 52.683)
ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในรพ.	11	15.28	10	12.99	.690 (χ^2 .399)

สรุปและอภิปรายผล

ระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEM) ที่พัฒนาขึ้นโดยมีองค์ประกอบของระบบทั้ง 7 ข้อ ทำให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการดีขึ้นทุกๆด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีมาก่อน [11-12-13-14]ที่พบว่าการพัฒนาระบบช่องทางด่วน โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานระบบ และมีการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดระบบบริการช่องทางด่วนที่มีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อระบบ ในการพัฒนาระบบฯครั้งนี้พบว่าผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อระบบในระดับมาก (M 4.34, SD=.58) พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อระบบในระดับมาก (M 4.28, SD=.35) และมีการปฏิบัติตามระบบถึงร้อยละ 97.65 ทำให้ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาระบบฯ สอดคล้องกับการพัฒนาระบบช่องทางด่วนของโรงพยาบาลสุรินทร์[4]โรงพยาบาลสุราษฎ์ธานี[15] และโรงพยาบาลบุรีรัมย์[16] ที่พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบฯคุณภาพการบริการดีขึ้นในทุกๆด้าน โดยในกลุ่มหลังพัฒนาระบบฯ จำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาใน 180 นาทีตั้งแต่เริ่มเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาที เมื่อมาถึง รพ. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีเครือข่ายจนถึงโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น เกิดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ รับรู้อาการและความรุนแรงของโรคหัวใจ ทำให้มารพ. เร็วขึ้นและทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดจากรพ. ชุมชน ซึ่งระบบเดิมต้องส่งผู้ป่วยมารับยาที่รพ. สิงห์บุรีโดยใช้ระยะเวลาในการเดินทาง 20-25 นาที และร่วมกับการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานและกำกับติดตามระบบ เก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์แก้ไขข้อขัดข้องและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้มีการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหัวใจอย่างเป็นระบบ และทำให้เกิดเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยไปทำการสวนหัวใจและหลอดเลือด ภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในเขตบริการสุขภาพเดียวกัน สอดคล้องกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเครือข่าย[17] ที่พัฒนาระบบการ Consult ระบบการช่วยเหลือกันในเครือข่ายทำให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 10 นาที ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มก่อนการพัฒนาระบบและกลุ่มหลังการพัฒนาระบบ เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนในการประเมินอาการเจ็บหน้าอกที่เข้าได้กับกลุ่มอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งพยาบาลด่านหน้าคือ งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจะได้รับการอบรมเพิ่มศักยภาพในการประเมินและสามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ทันทีตามแนวทางที่จัดทำขึ้น โดยไม่ต้องรอคำสั่ง ส่วนอัตราตายในรพ.ของทั้งสอง

กลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากระยะเวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและระยะเวลาที่เกิดอาการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

งานวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ได้จริงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) รวมทั้งเป็นข้อมูลต่อผู้บริหาร ในการกำหนดนโยบาย ดำเนินการตามระบบที่ได้พัฒนาขึ้น ควรมีการพัฒนาศักยภาพ การสร้างความตระหนักแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และงานวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนในรพ. ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560**. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
2. เกรียงไกร เฮงรัศมี และกนกพร แจ่มสมบูรณ์. (2556). **มาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2**. กรุงเทพฯ. สุขุมวิทการพิมพ์.
3. จรินทร์ ชะชาติ และคณะ.(2559). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลพระปกเกล้า**.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 38(2); 59-74.
4. สุรีย์ กรองทอง และคณะ.(2560). **การพัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด**. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 35(2); 45-60.
5. พรทิพย์ อัครนิตย์ และประมวลรัตน์ พจนา.(2561). **การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร.** วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.21(1); 99-112.
6. ดรุณศรี สิริยศธำรง, ชนกพร อุตตะมะ, นาฏยา เอื้องไพโรจน์ และปริชาติ ขันธรักษ์.(2557). **การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI**. วารสารกองการพยาบาล. 41(1); 56-73.
7. นิยดา อกนิษฐ์, สุชาดา วิภวกานต์และสุภาณีสิทธิสาร. (2556). **การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่.**วารสารกองการพยาบาล. 40(3); 70-84.
8. วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์.(2558).**การวิจัยเชิงปฏิบัติการ**.วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2(1);29-49.
9. สถาบันโรคทรวงอก. (2560). **คู่มือการลงข้อมูลในโปรแกรม THAI ACS Registry**.เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2560. เข้าถึงได้จากhttps://www.ccit.go.th/saveheart/
10. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2560).**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด แบบ ตก. 2/2560**. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2560. เข้าถึงได้จากhttp://bie.moph.go.th/e-insreport/fr_viewqueasion.php?reportgr_id=4491
11. กฤษดา จวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรังศรี และบุญจง แซ่จึง. (2557). **การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 20(1); 80-94.
12. นิตยา ชนะกอก. (2559).**การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โดยการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในโรงพยาบาลลำพูน.** วารสารสาธารณสุข ล้านนา . 11(2); 37-43.

13. ดรุณี วินัยพานิช, จินดา ผุดผ่อง และพาณี วัชชกุล. (2559). **การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วารสารกองการพยาบาล. 43 (2); 106-130.
14. ปราณี มหาบุญปิติ, บุญทิพย์ สิริธรังศรี และพิเชษ บัญญัติ. (2560**). การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี.** วาราสารการพยาบาลและสุขภาพ. 11 (3); 129-144.
15. จันทราภรณ์ สร้อยประเสริฐ, อรุณศรี รัตนพรหม และปิยธิดา บวรสุธาศิน.(2560).**การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุราษฎร์ธานี**. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.31(3);495-506.
16. อมรรัตน์ ปานะโปย และคณะ.(2560). **การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์**.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 33(2); 145-163.
17. จิราวรรณ รุ่งเรืองวาริน์ทร์, ศรีสุรีย์สูนพยานนท์ และอัญชลีคงสมบุญ.(2559). **การพัฒนาระบบส่งต่อช่องทางด่วนผู้ป่วย STEMI จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.**วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 6(1); 2-14.

ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วมต่อคะแนนสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

THE EFFECTIVE OF THE INTENSIVE PRACTICE AND ASSOCIATED DISCUSSION (IPAD) PROGRAM ON ENGLISH FOR HEALTH AMONG STUDENTS OF SIRINDHORN COLLEGE OF PUBLIC HEALTH, YALA PROVINCE

อวิรุทธ์ สิงห์กุล[1], สุนทร ปราบเขต[2]

Awirut Singkun, Soontorn Prabket

(Received: October 15,2018; Accepted: December 7 ,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม ต่อคะแนนสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข ของนักศึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการรวบรวมข้อมูล รวมเป็น 34 คน สุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลใช้ข้อสอบวัดความรู้และทักษะภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข ปีการศึกษา 2558 และ 2559 เพื่อจัดกิจกรรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม จำนวน 9 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เท่ากับ 1.00 วัดความรู้และทักษะภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขใช้ข้อสอบกลางของสถาบันพระบรมราชชนก เป็นข้อสอบคู่ขนาน ค่าดัชนีความยาก เท่ากับ 0.18 และ 0.19 ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์และนำเสนอ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยสถิติ Paired samples t – test การศึกษานี้ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสอบเพิ่มขึ้น ร้อยละ 55.88 คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 34.03 คะแนน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 37.29 ซึ่งสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value = 0.003)

คำสำคัญ: ฝึกปฏิบัติแบบเข้ม, อภิปรายแบบมีส่วนร่วม, ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข

Abstract

The study of the effective of the intensive practice and associated discussion (IPAD) program on English for health among college students aimed to evaluate the effective and compare mean score before and after participated in the program. This participatory action research calculated sample size by G*Power that was 26 students and 30% plus to prevent the lost of follow up, total was 34 participants. Volunteer sampling was made for this study. Research tools were conducted 9 activities, 3 hours/activity, based on the English for health examination of the academic year 2015 and 2016. The item-objective congruence index (IOC) was evaluated by three experts. The difficulty index of parallel English for health tests were 0.18 and 0.19. Descriptive statistics were used and compared English for health score by paired samples t – test. Ethical for studying in human subjects was approved for the study. The results found that 55.88% of participants had higher score compared to mean score of the first test. Before and after participated in the IPAD program, participants' mean score were 34.03 and 37.29, that higher significant (p – value = 0.003)

Keywords: IPAD, Intensive practice, Associated discussion**,** English for health

---

[1] เภสัชกรชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

[2] ผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทนำ

ภาษาอังกฤษได้เข้ามามีบทบาทในชีวิตของคนไทยและคนทั่วโลก การติดต่อสื่อสารในปัจจุบันมีการสื่อสารกันด้วยภาษาอังกฤษเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารกันโดยตรง การใช้อินเตอร์เน็ต การดูโทรทัศน์ การดูภาพยนตร์ การเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หนังสือคู่มือทางด้านวิชาการต่างๆ บุคคลที่สามารถใช้ภาษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรมและสถานการณ์ได้ในทุกทักษะของภาษา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่สามารถใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้ดีจะมีโอกาสในการจ้างงาน และได้รับการสนับสนุนส่งเสริมงานในหน้าที่ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นไปมากกว่าผู้ที่มีทักษะทางภาษาน้อยกว่า[1]

การจัดการศึกษาในหลักสูตรต่างๆ ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีความมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีเจตคติที่ดีต่อภาษาต่างประเทศ แสวงหาความรู้ ประกอบอาชีพและศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องราวและวัฒนธรรมอันหลากหลายของประชาคมโลก และสามารถถ่ายทอดความคิดและวัฒนธรรมไทยไปยังประชาคมโลกได้อย่างสร้างสรรค์ ดังนั้นเพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามที่หลักสูตรและมาตรฐานการศึกษากำหนดไว้ หลักสูตรได้เน้นให้มีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญตามแนวการจัดการศึกษาของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 หมวด 4 มาตรา 22 ระบุว่าการจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ[3]

สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2560 – 2564 ประกอบด้วย 4 พันธกิจ 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ 16 กลยุทธ์ โดยประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐานสากล เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนและระบบสุขภาพของประเทศ กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมนักศึกษาให้มีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งวัดความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษา ทุกวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยยึดกรอบอ้างอิงความสามารถทางภาษาอังกฤษที่เป็นสากล คือ The Common European Framework of Reference for Languages (CEFR)[7] เพื่อตอบสนองนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวของสถาบันพระบรมราชชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาทักษะความรู้และความสามารถทางด้านภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษา เช่น กิจกรรมเสริมทักษะภาษาอังกฤษเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โครงการพัฒนาทักษะการนำเสนอผลงานและการสื่อสารภาษาอังกฤษของนักศึกษา เป็นต้น[5] ซึ่งวิทยาลัยได้ดำเนินอย่างต่อเนื่องทุกปี แต่เมื่อพิจารณาทักษะทางด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาของวิทยาลัย จากผลการสอบวัดความรู้ทางด้านภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า ผู้ที่สอบผ่านมีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนนักศึกษาที่สอบไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผลการสอบวัดทักษะความรู้ทางด้านภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ครั้งที่ 1 ของปีการศึกษา 2558 ผู้เข้าสอบ 473 คน สอบผ่าน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 2.11 มีคะแนนเฉลี่ย 30.73 ปีการศึกษา 2559 ผู้เข้าสอบ 499 คน สอบผ่าน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20 และปีการศึกษา 2560 ผู้เข้าสอบ 480 คน สอบผ่าน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 2.71 มีคะแนนเฉลี่ย 31.97[6]

คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจดำเนินการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม ต่อคะแนนสอบภาษาอังกฤษทางด้านสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา” โดยสร้างโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะเชิงวิเคราะห์ในด้านการฟัง การอ่าน และการเขียน พร้อมกับร่วมอภิปรายโจทย์ ข้อความ บทความ หรือสถานการณ์ภาษาอังกฤษ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์เชื่อมโยงเมื่อมีการสอบวัดความรู้ รวมถึงสามารถใช้ภาษาอังกฤษเพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้า เรียนรู้เพิ่มเติม ตลอดจนใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีการศึกษารูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ส่งผลเชิงบวกต่อความคาดหวังและความตั้งใจใฝ่รู้[14] และยังเป็นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน

รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือด้านต่างๆ ที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์มากที่สุด[12] นอกจากนี้การอภิปรายร่วมกัน ยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ สู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการเรียนรู้ด้วย[10] คณะผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วมต่อคะแนนสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ภาคปกติทุกหลักสูตร ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ได้แก่ จำนวน 483 คน[5]

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชั่น 3.1.9.2, Effect size = 0.30, Power = 0.95, α error = 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 26 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง (7.8 คน เพิ่มจำนวน 8 คน) เป็น 34 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง (Lost to follow up) และมีจำนวนสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่สุดที่วิเคราะห์ทางสถิติแล้วกระจายเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) ได้[13] สุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ (Volunteer sampling)[11]

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นนักศึกษาภาคปกติ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ที่สอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ในวันที่ 1 กันยายน 2561 (ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2561) ไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะภาษาอังกฤษแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบทดสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางด้านสาธารณสุข ใช้แบบทดสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข ของสถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2561 ที่ใช้สอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษา ครั้งที่ 1 ในเดือนกันยายน 2561 (Pre-test) และแบบทดสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข ของสถาบันพระบรมราชชนก ที่ใช้สอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษา ครั้งที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 (Post-test) โดยดัชนีความยากง่ายของข้อสอบเฉพาะหลักสูตรและชั้นปีของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.18 และ 0.19 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับยากมาก[15]

2. โปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม (The Intensive Practice and Associated Discussion [IPAD] Program) เป็นโปรแกรมฝึกเข้มเพื่อเตรียมตัวก่อนสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของนักศึกษา โดยฝึกฟัง อ่าน และวิเคราะห์แบบทดสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษ และใช้กระบวนการอภิปรายพร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้วิจัยร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วย เป็นการฝึกทำข้อสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษแบบวิเคราะห์ของนักศึกษา วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้แบบทดสอบปีการศึกษา 2558 และปีการศึกษา 2559 (Form A และ Form B) รวมจำนวน 2 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิพากษ์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC ของทุกกิจกรรมและแนวทางการสัมภาษณ์ เท่ากับ 1.00 จากนั้นเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรม ในช่วงกลางเดือน พฤศจิกายน 2561 - มกราคม 2562 รวม 9 ครั้ง (ครั้งละ 3 ชั่วโมง) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่	กิจกรรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม
1	ข้อสอบ Form A – Part I: Listening and Speaking, Part II: Grammar and Writing
2	ข้อสอบ Form B – Part I: Listening and Speaking, Part II: Grammar and Writing
3	ข้อสอบ Form A – Part III: Reading Comprehension
4	ข้อสอบ Form B – Part III: Reading Comprehension
5	ข้อสอบ Form A – Part I, Form B – Part II
6	ข้อสอบ Form A – Part II, Form B – Part I

7	ข้อสอบ Form A – Part III, Form B – Part III ครั้งที่ 1
8	ข้อสอบ Form A – Part III, Form B – Part III ครั้งที่ 2
9	ข้อสอบ Form A – Part III, Form B – Part III ครั้งที่ 3

หมายเหตุ: ข้อสอบ Form A และ Form B เป็นข้อสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข ของสถาบันพระบรมราชชนก ที่ใช้สอบวัดความรู้ทางภาษาอังกฤษของนักศึกษาในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในปีการศึกษา 2558 และปีการศึกษา 2559

3. แนวทางการสัมภาษณ์ 1) ความสำคัญของการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษ 2) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และการสอบ 3) ความคาดหวังกับผลการสอบ 4) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลทั่วไป แสดงเป็นจำนวน และร้อยละ คะแนนสอบจัดกลุ่มตามอันตรภาคชั้น 5 ระดับ ได้แก่ ช่วงที่ 1 คะแนน 47 – 53 คะแนน ช่วงที่ 2 คะแนน 40 – 46 คะแนน ช่วงที่ 3 คะแนน 33 – 39 คะแนน ช่วงที่ 4 คะแนน 26 – 32 คะแนน และ ช่วงที่ 5 คะแนน 18 – 25 คะแนน วิเคราะห์และนำเสนอคะแนนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Paired samples t – test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการสอบภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มและอภิปรายแบบมีส่วนร่วม (The Intensive Practice and Associated Discussion [IPAD] Program) และในบทความวิจัยนี้จะใช้คำว่า โปรแกรม IPAD

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ 025/2562

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเพศหญิง 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 97.06 ส่วนใหญ่ศึกษาในหลักสูตรระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 70.59 และกำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 64.71

2. คะแนนสอบของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (ไม่ได้แสดงในรูปตาราง) พบว่า เมื่อเข้าร่วมโปรแกรม IPAD แล้ว กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสอบภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.88 โดยคะแนนเพิ่มสูงสุด 17 คะแนน เมื่อเทียบกับการสอบครั้งแรก และกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนสอบเท่ากันกับการสอบครั้งแรก 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.76

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม IPAD ในแต่ละช่วง

คะแนน	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	เฉลี่ย	หลัง	เฉลี่ย
ช่วงที่ 1 (47 – 53 คะแนน)	4	48.00	3	50.67
ช่วงที่ 2 (40 – 46 คะแนน)	5	44.20	11	42.27
ช่วงที่ 3 (33 – 39 คะแนน)	8	36.38	9	36.67
ช่วงที่ 4 (26 – 32 คะแนน)	13	28.08	10	29.70
ช่วงที่ 5 (18 – 25 คะแนน)	4	22.00	1	24.00
$\bar{x}$ ± S.D.		34.03 ± 8.71		37.29 ± 7.12

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม IPAD โดยใช้ paired samples t-test

คะแนนสอบภาษาอังกฤษ	ก่อน ($\bar{x}$ ± S.D.)	หลัง ($\bar{x}$ ± S.D.)	95 % CI		t	*p*-value
			lower	upper		
คะแนนสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม	34.03 ± 8.71	37.29 ± 7.12	-5.32	-1.21	3.235	.003

จากตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม IPAD พบว่า คะแนนสอบภาษาอังกฤษของกลุ่มตัวอย่างก่อนการจัดโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย 34.03 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย 37.29 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05)

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ความสำคัญของการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษทางสาธารณสุข เพราะผลสอบไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไร ทำให้เสียเวลาในการสอบ ควรจัดการเรียนรู้ในรายวิชาภาษาอังกฤษก็เพียงพอ แต่เข้าใจว่าผลสอบของนักศึกษาวิทยาลัยน่าจะใช้ในการประเมินคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัย ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์

"ภาษาอังกฤษสำคัญนะคะ แต่หนูไม่เห็นความจำเป็นของการสอบวัดความรู้ทางภาษา เพราะสอบไปก็ไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไรค่ะ"

"สอบไปก็เสียเวลาเปล่าๆ ค่ะ"

"พวกหนูมีเรียนวิชาภาษาอังกฤษอยู่แล้ว ไม่ต้องสอบวัดกันทุกวิทยาลัยหรอกค่ะ เอาให้เข้มๆ ในวิชาที่เรียนก็พอ"

"เค้าใช้ผลสอบไปทำอะไรคะอาจารย์ QA ของวิทยาลัยเหรอคะ หนูว่าตกกันทุกวิทยาลัยแน่เลยค่ะ"

สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และการสอบ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และการสอบ พบว่า มีการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาทุกหลักสูตรโดยอาจารย์ในหลักสูตรนั้นๆ แต่น่าจะไม่ได้ผลเท่าที่ควรเพราะเป็นการดำเนินการก่อนการสอบ ส่วนการจัดเตรียมความพร้อมในภาพรวมของวิทยาลัยก็มีจำนวนนักศึกษาเข้าร่วมมากเกินไป โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษในรายวิชาต่างๆ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์

"ทุกหลักสูตรก็มีการติวนะคะ อาจารย์ของแต่ละหลักสูตรติวของหลักสูตรตัวเองค่ะ"

"มีติวค่ะ ของหลักสูตรก็มี ติวรวมกันก็มี แต่ไม่ได้อะไรหรอกค่ะ ติวก็แค่ติวก่อนสอบ แล้วที่ติวรวมกันก็คนเยอะ อาจารย์ว่าจะได้อะไรคะ น่าจะมีงานในวิชาเช่นให้อ่านภาษาอังกฤษ ให้ค้นข้อมูลที่เป็นภาษาอังกฤษ แต่ไม่ต้องเยอะมากนะคะ"

ความคาดหวังกับผลการสอบ กลุ่มตัวอย่างไม่คาดหวังว่าจะสอบผ่าน เพราะการสอบครั้งแรกก็คะแนนน้อย และที่สำคัญผลสอบไม่ได้ใช้ประโยชน์อะไร การสอบไม่ผ่านจึงไม่มีผลกระทบอะไร ดังตัวอย่างการสัมภาษณ์

"หนูว่าหนูไม่ผ่านหรอกค่ะ ครั้งที่ 1 หนูได้ไม่ถึงยี่สิบ อาจารย์คิดว่าติวเพิ่มแค่นี้หนูจะได้ถึงห้าสิบคะแนนเลยเหรอคะ ฮ่าฮ่าฮ่า"

"เลิกสอบเถอะค่ะ สอบไปก็ไม่ผ่าน แล้วก็ไม่มีผลอะไรด้วย"

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่นๆ กลุ่มตัวอย่างไม่เห็นด้วยกับการสอบในวันเสาร์ และการจัดสอบในช่วงที่นักศึกษาบางหลักสูตร บางชั้นปี ออกฝึกงานนอกพื้นที่ นอกจากเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับมาสอบแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการฝึกงาน ซึ่งผลสอบก็ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้ และเข้าใจว่าการกำหนดให้มีการจัดสอบในวันเสาร์เป็นการกำหนดโดยวิทยาลัย ดังนั้นวิทยาลัยควรสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับนักศึกษาที่ต้องเดินทางกลับมาสอบ นอกจากนี้วิทยาลัยควรปรับปรุงคุณภาพเครื่องเสียงที่ใช้ในการสอบในส่วนของทักษะการฟังด้วย ดังคำสัมภาษณ์

"สงสารพี่ๆ นะอาจารย์ ฝึกงานอยู่ก็ต้องกลับมาสอบ ตังค์ก็ไม่ค่อยจะมี แค่ค่ารถก็เยอะแล้วอาจารย์ ทำไมวิทยาลัยไม่จัดสอบตอนที่นักศึกษาอยู่วิทยาลัยคะ นี่วันศุกร์ก็ลาแล้วต้องกลับมาสอบ สอบเสร็จก็กลับไปฝึกงานอีก เพื่ออะไรคะอาจารย์"

"เลิกสอบเถอะ เสียเงิน เสียเวลา สอบแล้วใช้ทำอะไรล่ะ"

"หนูว่าที่พวกหนูสอบไม่ผ่านเพราะเสียงไม่ชัดแน่ๆ เลยค่ะอาจารย์ ฮ่าฮ่าฮ่าเครื่องเสียงไม่ดี ฟังอู้อี้ ไม่ชัด"

"วิทยาลัยควรจ่ายเงินให้กับนักศึกษาที่ต้องเดินทางกลับมาสอบ คิดได้ยังงัยจัดสอบวันเสาร์ เราฝึกงานอยู่นี่ถ้าเพื่อนคนไหนฝึกไกลๆ ไม่สงสารเด็กเหรอคะ ให้เด็กกลับมาสอบเป็นผลงานของวิทยาลัย ก็ควรจ่ายเงินค่าเดินทางให้นักศึกษา"

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง 33 คน คิดเป็นร้อยละ 97.06 ส่วนใหญ่ศึกษาในหลักสูตรระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 70.59 และกำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 64.71 สำหรับการวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัด คือ ไม่มีอาสาสมัครเพียงพอที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย และการสุ่มแบบโควตา

ตามหลักสูตรและชั้นปี เนื่องจากแต่ละหลักสูตรและชั้นปีมีกิจกรรมของหลักสูตร สโมสร กิจกรรมรายวิชา และกิจกรรมเสริมหลักสูตร จึงใช้การสุ่มตัวอย่างโดยสมัครใจ (Volunteer sampling) โดยประกาศเชิญชวน ซึ่งอาจจะไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากร[11] แต่อย่างไรก็ตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ก็สามารถให้ผลการศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม IPAD ได้

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม IPAD นักศึกษามีคะแนนสอบภาษาอังกฤษเฉลี่ย 34.03 คะแนน หลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย 37.29 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกทักษะแบบเข้มเพื่อพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษทางด้านสาธารณสุข นักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนสอบภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรม IPAD มีการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณ คำสิงห์ และศิริลักษณ์ ใจช่วง (2561) ที่มีการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยการวางแผน การปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และสะท้อนผล[4] และสอดคล้องกับงานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมที่ พบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยทำให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะความรู้ที่จำเป็น ที่ก่อให้เกิดความสามารถทางวิชาการอันเนื่องมาจากการผนวกเข้ากับประสบการณ์ตรงของแต่ละคน และสามารถจูงใจให้ผู้เรียนรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรมในขั้นตอนของการวิจัย[12] อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม IPAD แล้ว นักศึกษาจะมีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันทั้งด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ที่เป็นความสามารถทางด้านสติปัญญา จิตพิสัย (Affective domain) ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการจัดสภาพแวดล้อมสิ่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อให้เกิดความซาบซึ้งและส่งเสริมทัศนคติของผู้เรียน และทักษะพิสัย (Psychomotor domain) ที่เกิดจากการทำและฝึกฝนซ้ำๆ อย่างต่อเนื่อง[8] ผลการศึกษาพบแนวโน้มของการพัฒนาความรู้และทักษะภาษาอังกฤษทางสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากมีการขยายเวลาและฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง น่าจะเกิดประโยชน์ในการพัฒนาผู้เรียนได้อย่างเต็มที่

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า นักศึกษาไม่เห็นความสำคัญของการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษเพราะไม่ได้ใช้ประโยชน์ เสียเวลาในการสอบ ทุกหลักสูตรมีการเตรียมพร้อมนักศึกษาก่อนสอบ แต่นักศึกษาไม่คาดหวังกับผลการสอบเพราะไม่ได้ใช้ประโยชน์ และไม่มีผลกระทบใดๆ ซึ่งควรมีการประเมินความคุ้มค่าของนโยบายตามหลักเศรษฐศาสตร์ หรือมีการใช้ประโยชน์จากการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษ เพื่อให้นักศึกษาผู้เข้าสอบเห็นประโยชน์และได้รับประโยชน์จากการสอบวัดความรู้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์ มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในขั้นตอนการตัดสินใจทางการศึกษาและการกำหนดนโยบาย ซึ่งความคุ้มค่าจะมากน้อยเพียงใด ขึ้นกับผลกระทบเชิงบวกและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาดูคล้ายกับการลงทุนทางธุรกิจ ดังนั้นการตัดสินใจภายใต้การวิเคราะห์และประเมินความคุ้มค่าอย่างสมเหตุผลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจ[9] สำหรับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะอื่นๆ นักศึกษาเสนอแนะให้สถาบันการศึกษาปรับปรุงคุณภาพเครื่องเสียงและไม่เห็นด้วยกับการสอบในวันเสาร์ และการจัดสอบในช่วงของการฝึกงานนอกพื้นที่ เพราะเสียเวลาและค่าใช้จ่ายรวมถึงมีผลกระทบต่อการฝึกงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณี โรจนเบญจกุล ศรีปริญญา ธูปกระจ่าง และชาญเดช เจริญวิริยะกุล (2561) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา พบว่า องค์การควรมีการสร้างแรงจูงใจให้กับนักศึกษาผ่านวัฒนธรรมองค์กรที่ดี และควรพัฒนาสิ่งสนับสนุนและสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษา[2] เพื่อให้เกิดประโยชน์กับนักศึกษาอย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรม IPAD มีคะแนนสอบภาษาอังกฤษสูงขึ้น จึงสามารถนำโปรแกรมและวิธีดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม มาใช้เพื่อพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาได้ แต่ควรเพิ่มระยะการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เพื่อเป็นการปรับกิจกรรมตามการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่นักศึกษาเห็นว่ามีการจัดเตรียมความพร้อมแต่

เป็นเพียงการติวก่อนสอบ ซึ่งหากมีระยะเวลาสั้นเกินไปก็ไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

นักศึกษามีคะแนนสูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือร้อยละ 51 จากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างง่ายโดยพิจารณาจากสัดส่วนของการสอบผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ครั้งที่ 1 ปีการศึกษา 2562 นักศึกษาสอบผ่านร้อยละ 5.93 ส่วนการสอบครั้งที่ 2 นักศึกษาสอบผ่านเพียง ร้อยละ 3.13 ซึ่งอาจจะตีความได้ว่า ข้อสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษมีความยากมากขึ้น นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อสอบ พบว่าข้อสอบมีดัชนีความยาก น้อยกว่า 0.20 ซึ่งอยู่ในระดับยากมาก [15] ซึ่งควรมีแนวทางพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพข้อสอบให้มีดัชนีความยากเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ นักศึกษาเห็นว่าการจัดเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาเป็นกลุ่มใหญ่ ทำให้ไม่ได้รับประโยชน์จากกิจกรรมอย่างเต็มที่ สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะมีการปรับกิจกรรมตามโปรแกรมสำหรับนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อย และควรขยายระยะเวลาการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมเพิ่มขึ้น เพื่อให้นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรม ได้มีเวลาทบทวนทำความเข้าใจเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สถาบันพระบรมราชชนก ควรวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการจัดสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาทุกวิทยาลัยในสังกัด ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการและขั้นตอนการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษต้องใช้งบประมาณ สูญเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการจัดสอบ แต่ไม่ได้นำผลสอบไปใช้ประโยชน์

หากสถาบันพระบรมราชชนก พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้มีการสอบวัดความรู้ภาษาอังกฤษต่อไป ก็ควรมีแนวทางหรือมาตรการว่าจะใช้คะแนนเพื่อผลประโยชน์ใดบ้าง เพื่อเป็นแรงกระตุ้นและเสริมพลังให้กับนักศึกษาวิทยาลัยในสังกัดได้ฝึกทักษะ เตรียมตัวก่อนสอบและตั้งใจสอบ

ควรทบทวนวันเวลาในการจัดสอบให้สอดคล้องตามข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ คือ จัดสอบในวันเวลาปกติ จัดสอบในช่วงที่นักศึกษาอยู่ที่วิทยาลัย เพื่อไม่ให้กระทบกับการฝึกงาน และนักศึกษาจะได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับจากการฝึกปฏิบัติงานภาคสนามเพื่อกลับมาสอบ หรือสถาบันพระบรมราชชนกสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางสำหรับนักศึกษาที่กลับมาสอบ

เอกสารอ้างอิง

1. จิตพิสุทธิ์ จันตะคุต. **ความสำคัญของภาษาอังกฤษ**. URL https://sites.google.com/site/krujitpisut/khwam-sakhay-khxng-phasaxangkvs สืบค้นเมื่อ (25 กรกฎาคม 2562).
2. พรรณี โรจนเบญจกุล ศรีปริญญา ธูปกระจ่าง และชาญเดช เจริญวิริยะกุล. “ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา”. **วารสารสมาคมนักวิจัย**. 23(2) : หน้า 203 – 214, 2561.
3. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553. ราชกิจจานุเบกษา.
4. วรรณ คำสิงห์ และศิริลักษณ์ ใจช่วง. “การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของจังหวัดนครพนม”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 11(3) : หน้า 21, 2561.
5. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. **แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2562**. วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินธร จังหวัดยะลา., 2561.
6. สถาบันพระบรมราชชนก. **คะแนนสอบความรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษา ปีการศึกษา 2558-2562**. [หนังสือนำส่ง]. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2562.
7. สถาบันพระบรมราชชนก. **แผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2560 - 2564**. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี, 2560.

8. Bloom B. S., Engelhart M. D., Furst E. J., Hill W. H. & Krathwohl D. R. **Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals**. New York, David McKay Company. 1956.

9. Gilead Tal. Education and the Rationale of Cost–Benefit Analysis. **British Journal of Educational Studies**. 62, 373-391. Doi: 10.1080/00071005.2014.969190. 2014.

10. Johnson Matthew & Gallagher Victoria & Appleton Roger. Teaching Participatory Action Research: Fostering Impact. **Journal of Political Science Education**. Doi: 10.1080/15512169.2019.1616551., 2019.

11. Sara Elder. **Sampling Methodology**. Youth Employment Programme, International Labour Office. Geneva. 2009.

12. Sokhanvar Zahra & Salehi Keyvan. **Participatory Action Research To Promote Educational Quality: A Literature Review**. 2019.

13. Student. The Probable Error of a Mean. **Biometrika**. 6(1) : pp 1-25. Doi:10.2307/2331554. 1908.

14. Trickett Edison & Beehler Sarah. Participatory action research and impact: an ecological ripples perspective. **Educational Action Research**. 25, 1-16. Doi: 10.1080/09650792.2017.1299025. 2017.

15. Whitney D. R. & Sabers D. L. **"Improving Essay Examinations III. Use of Item Analysis", Technical Bulletin**. Mimeographed. (Iowa City : University Evaluation and Examination Service). 1970.

กระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development model process of promoting to use of antimicrobial drugs reasonable in the community Kuchinarai district Kalasin province.

นัฐวุฒิ ไผ่ผาด[1]

Natthawut Phaiphat

(Received: June 17,2018; Accepted: August 16,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผล ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2562 เก็บข้อมูลจากโปรแกรมสำเร็จรูป และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD

ผลการศึกษาพบว่า 1) การใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 โดยรวม เท่ากับร้อยละ 61.49, 13.02 และ 12.05 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกินเกณฑ์ไม่เกินมาตรฐาน 2) การใช้ยาต้านจุลชีพในโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบ (URI) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 โดยรวม เท่ากับร้อยละ 22.72, 10.58 และ 6.80 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกณฑ์ไม่เกินมาตรฐาน 3) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลโดยรวมเพิ่มขึ้นจากปี 2560 และ 2561 อยู่ในระดับปานกลาง เป็นมากที่สุดในปี 2562 4) ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจการใช้ยาต้านจุลชีพในชุมชนอย่างสมเหตุผลโดยรวมระหว่างปี 2560 – 2562 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

คำสำคัญ : การใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผล

ABSTRACT

This research was research and development aimed to studied Development model process of promoting to use of antimicrobial drugs reasonable in the community. Sample size were reasonable amount of antimicrobial use in diarrhea patients and URI patients come to receive services in the Tambon Health Promotion Hospital Kuchinarai district Kalasin province. Data were collected by database and questionnaire. Data were analyzed by frequency , percentage , mean , standard deviation and F – test by Repeated Measurement technique multiple comparison by LSD.

The study indicated that 1) Used of antimicrobial drugs reasonable in diarrhea patients come to receive services in the Tambon Health Promotion Hospital Kuchinarai district fiscal year 2017 – 2019 Overall equals 61.49%, 13.02% and 12.05% respectively , tends to decrease and within the criteria not over the standard. 2) Used of antimicrobial drugs reasonable in URI patients come to receive services in the Tambon Health Promotion Hospital Kuchinarai district fiscal year 2017 – 2019 Overall equals 22.72%, 10.58% and 6.80% respectively , tends to decrease and within the criteria not over the standard. 3) Comprehension mean of Used antimicrobial drugs reasonable mean to overall increased from year 2017 and 2018 were in middle level to very much in year 2019. 4) Comprehension mean of Used antimicrobial drugs reasonable mean to overall between year 2017 – 2019 had difference statistic significant at .05 level by year 2019 had mean very much.

Keyword : Reasonable use of antimicrobial drugs

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นปัญหาที่แพร่กระจายอย่างกว้างขวางทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย จากสถิติของศูนย์เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ พบว่าเชื้อจุลชีพ 4 อันดับแรกที่ ถูกแยกได้มากที่สุดจากทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 คือ Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa และ Acinetobacter baumannii ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเพิ่มอัตราการตายและจำนวนวันที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอย่างมาก [6]

ปัจจุบันทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 ราย และหากไม่มีการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ในอีก 35 ปีข้างหน้า (ค.ศ. 2050) คาดว่าการเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน โดยทวีปเอเชีย และแอฟริกาจะเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 และ 4.2 ล้านคน ตามลำดับ และคิดเป็นผลกระทบเชิงเศรษฐกิจสูงถึง 3,500 ล้านล้านบาท (หรือ 100 trillion USD; 35 Baht/USD) องค์การอนามัยโลกระบุว่าแนวโน้มการดื้อยาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้โลกเข้าสู่ยุคหลังยาปฏิชีวนะ (Post-antibiotic era) ที่การติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ และเข้าสู่การล่มสลายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Collapse of modern medicine) เนื่องจากไม่สามารถทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดทั่วไป การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหรือเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ รวมทั้งการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดได้อีกต่อไป เพราะหัตถการทางการแพทย์เหล่านี้ล้วนแต่ต้องพึ่งพิงประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะในการป้องกันและรักษาการติดเชื้อ

สำหรับประเทศไทย การประมาณการณ์เบื้องต้นคาดว่ามีการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 87,751 ครั้งเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 38,481 ราย (ร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อดื้อยา) อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาคิดเป็น 2,539-6,084 ล้านบาท สูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท หรือประมาณร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นความจำเป็นเร่งด่วนของประเทศที่ดำเนินการ เนื่องจากส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย ในด้านประสิทธิผล คุ้มค่า ปลอดภัย และสามารถลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และปัญหาเชื้อดื้อยา ปัจจุบันยังไม่มีกลยุทธ์ใดที่จะสามารถแก้ไขและป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลันและแผลเลือดออก จากการทบทวนสาเหตุของการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างพร่ำเพรื่อ คือ ผู้ป่วยเรียกร้องที่จะใช้ยาต้านจุลชีพเมื่อมีอาการเพียงเล็กน้อย หรือเกิดจากการที่แพทย์ถูกแรงกดดันจากผู้ป่วยกลัวการฟ้องร้องหรือมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการรักษา จึงทำให้เกิดการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพเกินความจำเป็น ตัวอย่างเช่น การใช้ยาต้านจุลชีพในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส นอกจากไม่เกิดประโยชน์ ยังก่อให้เกิดโทษ ได้แก่ อันตรายจากผลข้างเคียงจากยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น

เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยนำนโยบาย แนวทางการปฏิบัติตามตัวชี้วัดมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขตลอดจนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์มาเป็นพื้นฐานในการสร้างกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน ภายใต้ความร่วมมือ ของแพทย์เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) อาสาสมัครแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน(อสค.) ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามารับยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษา โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัย ลดปัญหาเชื้อดื้อยา ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยตามหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ มีสุขภาพที่ดีและมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และโรงพยาบาลสามารถลดจำนวนและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการทางการแพทย์ที่ดีแก่ประชาชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ โครงสร้างในการดำเนินงาน การใช้ยาต้านจุลชีพในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนากระบวนการรูปแบบและกิจกรรมในการดำเนินงานการใช้ยาต้านจุลชีพในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วยการศึกษาปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน (อสค.) จำนวน 1,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผล ในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมสำเร็จรูป เวชระเบียน แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

2. เครื่องมือที่ใช้จัดกิจกรรม ได้แก่

2.1 สังเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน และปริมาณการใช้ยาโรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดำเนินการในระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาและกำหนดรูปแบบแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์

2.3 การถอดบทเรียน ดำเนินการในระยะที่ 4 ในการดำเนินการปรับปรุง แก้ไข ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน และผลการศึกษาปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน และจำนวนการใช้ยาในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในตามแนวทางที่ปรับปรุงแก้ไข

2.4 ติดตามประเมินผล ดำเนินการในระยะที่ 5

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

กระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 ประกอบด้วยการศึกษาโครงสร้างการทำงานที่มีอาสาสมัครแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน (อสค.) ในการขับเคลื่อนงาน RDU ในชุมชนที่ส่งผลต่อปริมาณจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ

2560 – ปีงบประมาณ 2562 โดยมีขั้นตอนในการศึกษาดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560 (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2560)

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาสังเคราะห์เพื่อสร้างรูปแบบแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในระดับอำเภอกุฉินารายณ์ และดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
จากข้อมูลปีงบประมาณ 2560

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2561

ระยะที่ 4 ปรับปรุง แก้ไขกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) และดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการปรับปรุง แก้ไข มาดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2562)

ระยะที่ 5 ดำเนินการติดตาม และประเมินประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) เทียบกับตัวชี้วัดการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผล โดยในกลุ่ม URI และ Acute Diarrhea มีการใช้ยาปฏิชีวนะไม่เกิน ร้อยละ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD

ผลการวิจัย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย Diarrhea, URI ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560

1.1 ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2560) โดยรวม เท่ากับร้อยละ 61.49 มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20

1.2 ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบ (URI) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2560) โดยรวม เท่ากับร้อยละ 22.72 มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 20

2. การสังเคราะห์แนวทางการรูปแบบใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน โดยการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูล มาสังเคราะห์แนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน RDU ระดับอำเภอกุฉินารายณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2560 (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2560) มาวิเคราะห์ พบว่า มีการใช้ยาต้านจุลชีพสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยในผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) มีการใช้ยาต้านจุลชีพ ร้อย

ละ 61.49 และ ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบ (URI) มีการใช้ยาต้านจุลชีพร้อยละ 22.72 (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่ม) ดังนั้น พิจารณาแนวทางในการลดการใช้ยาต้านจุลชีพโดยในผู้ป่วยทั้งสองโรคยังจำเป็นต้องใช้ยาต้านจุลชีพอยู่จึงยังไม่พิจารณาแนวทาง จึงได้กำหนดแนวทางการส่งเสริมใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลเฉพาะในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ ได้แก่

2.1 รูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผล ระดับอำเภอกุฉินารายณ์

2.2 รูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุม อำเภอกุฉินารายณ์

3. การปรับปรุงแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ ในปี 2561 จากการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน RDU ระดับอำเภอและระดับตำบล โดยการนำข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 - 2561 มาวิเคราะห์ พบว่า มีการใช้ยาต้านจุลชีพลดลง เมื่อเทียบเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยในปีงบประมาณ 2560 กลุ่มผู้ป่วยมีการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) ร้อยละ 61.49 และ กลุ่มผู้ป่วยมีการใช้ยาต้านจุลชีพในโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบ (URI) ร้อยละ 22.72 (มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่ม) ปีงบประมาณ 2561 กลุ่มผู้ป่วยมีการใช้ยาต้านจุลชีพในโรค (AD) ร้อยละ 13.44 และ กลุ่มผู้ป่วยมีการใช้ยาต้านจุลชีพในโรค (URI) ร้อยละ 10.58 (น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่ม) ในปีงบประมาณ 2561 คณะทำงานการขับเคลื่อนงานการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลระดับ คปสอ.กุฉินารายณ์ จึงลงความเห็นต้องมีกระบวนการพัฒนารูปแบบแนวทางในการใช้ยาต้านจุลชีพกับผู้ป่วย URI , Diarrhea ในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ ดังต่อไปนี้

3.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผล ระดับอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า

4.1 การใช้ยาต้านจุลชีพในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 โดยรวม เท่ากับร้อยละ 61.49, 13.02 และ 12.05 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกณฑ์ไม่เกินมาตรฐาน

4.2 การใช้ยาต้านจุลชีพในโรคระบบทางเดินหายใจและหลอดลมอักเสบ (URI) ของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 โดยรวม เท่ากับร้อยละ 22.72, 10.58 และ 6.80 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกณฑ์ไม่เกินมาตรฐาน

4.3 ค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้าใจในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลโดยรวมเพิ่มขึ้นจากปี 2560 และ 2561 อยู่ในระดับปานกลาง เป็นมากที่สุดในปี 2562

4.4 ความเข้าใจการใช้ยาต้านจุลชีพในชุมชนอย่างสมเหตุผลโดยรวม ระหว่างปี 2560 – 2562 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

อภิปรายผล

กระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพ

แบบสมเหตุสมผลในชุมชน มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560 (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2560)

ระยะที่ 2 นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาสังเคราะห์เพื่อสร้างรูปแบบแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในระดับอำเภอกุฉินารายณ์ และดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
จากข้อมูลปีงบประมาณ 2560

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2560 – ปีงบประมาณ 2561

ระยะที่ 4 ปรับปรุง แก้ไขกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงแบบเฉียบพลัน (AD) และ โรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) และดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการปรับปรุง แก้ไข มาดำเนินการในปีงบประมาณ 2562 ในพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2562)

ระยะที่ 5 ดำเนินการติดตาม และประเมินประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนารูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน

จากผลการดำเนินงานทำให้ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน อำเภอกุฉินารายณ์ โดยการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับผู้ขับเคลื่อนงานในระดับชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และ อาสาสมัครแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน (อสค.)

จากการถอดบทเรียนและกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม., ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น และ อาสาสมัครแกนนำสุขภาพประจำครัวเรือน (อสค.) โดยการนำข้อมูลการใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยกลุ่มอาการ 2 โรค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์ ทั้ง 17 แห่ง ปีงบประมาณ 2560 (ระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2560) มาวิเคราะห์ พบว่า มีการใช้ยาต้านจุลชีพสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) มีการใช้ยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 61.49 และ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) มีการใช้ยาต้านจุลชีพ ร้อยละ 22.72 (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่ม) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณิชา ชานวาทิก และคณะ [5] ได้ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพและความรู้เรื่องยาต้านจุลชีพ: ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ผลการศึกษาพบว่า ในรอบหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปใช้ยาต้านจุลชีพประมาณร้อยละ 7.9 โดยส่วนใหญ่ได้รับมาจากสถานพยาบาล (ร้อยละ 70.3) รองลงมาคือร้านขายยา (ร้อยละ 26.7) ซึ่งการใช้ยาต้านจุลชีพดังกล่าวมีเป้าหมายหลักคือเพื่อใช้รักษาโรคในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 62.7) ในส่วนภาพรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับยาต้านจุลชีพผ่านการตอบคำถามทั้งหมด 5 ข้อของประชาชนไทย พบว่าอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีผู้ที่ตอบถูกทุกข้อ เพียงร้อยละ 3.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิญญา ปุยะติ และ ทิพาพร กาญจนราช [1] ได้ทำการศึกษาความชุกและลักษณะของการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาในโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยคู่สัญญาบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า จากข้อมูลผู้ป่วย 880 ราย มีการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่ไม่เป็นตามแนวทางการรักษาโรคURI คิดเป็นร้อยละ 29.77(262/880)

ลักษณะของการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียไม่เป็นตามแนวทางการรักษามีดังนี้ (1) การได้รับยาต้านเชื้อแบคทีเรียโดยไม่จำเป็น ร้อยละ 81.30(213/262) ในจำนวนนี้เป็นการรับยาที่อุณหภูมิร่างกาย<39º 185 ราย, ผลการตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติของต่อมทอนซิลหรือต่อมน้ำเหลือง 24 ราย และอาการแสดงที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องใช้ยา 101 ราย (2) ควรได้รับยาต้านเชื้อแบคทีเรียแต่ไม่ได้รับ ร้อยละ 4.58(12/262) และ (3) ได้รับยาแต่ไม่เหมาะสมตามข้อกำหนด(Regimen) ร้อยละ14.12(37/262) ในจำนวนนี้มีการใช้ยาผิดข้อบ่งใช้ 10 ราย และการได้รับยาผิดขนาด 27 ราย ในการศึกษานี้ลักษณะของการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาในผู้ป่วยโรค URI มากที่สุดคือ การได้รับยาต้านเชื้อแบคทีเรียโดยไม่จำเป็น ดังนั้นจึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้มีการจ่ายยาต้านเชื้อแบคทีเรียโดยไม่จำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงมาตรฐานในการสั่งจ่ายยาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น จึงได้สร้างกระบวนการพัฒนารูปแบบส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชนอำเภอกุฉินารายณ์ เพื่อขับเคลื่อนการทำงานในระดับชุมชน และปรับปรุงแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพแบบสมเหตุสมผลในชุมชน ในปีงบประมาณ 2560 ซึ่งจากการนำแนวทางไปใช้พบว่า 1) การใช้ยาต้านจุลชีพ โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AD) มีการใช้ยาต้านจุลชีพ ปีงบประมาณ 2560 – 2562 โดยรวม เท่ากับร้อยละ 61.49, 13.02 และ 12.05 มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกินเกณฑ์ไม่เกินมาตรฐาน 2) การใช้ยาต้านจุลชีพในผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และหลอดลมอักเสบ (URI) ปีงบประมาณ 2560 – 2562 โดยรวม เท่ากับร้อยละ 22.72, 10.58 และ 6.80 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และอยู่ในเกินเกณฑ์ไม่เกินมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ มรกต อนันต์วัฒนกิจ และคณะ [3] ได้ศึกษาผลของการมีเภสัชกรร่วมในโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงและชี้นำการใช้ยาต้านจุลชีพต่อความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ ด้วยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจากผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยสวัสดิ์ล้อม 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงเดือน มกราคม – พฤษภาคม ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งได้เริ่มดำเนินการ ASP ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้และการสร้างใบประเมินการใช้ยาโดยไม่มีเภสัชกรร่วมในกระบวนการ และช่วงเดียวกันของปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นช่วงที่มีเภสัชกรเข้าร่วม ทำหน้าที่ประเมินการใช้ยาและสะท้อนกลับข้อมูล เพื่อประเมินผลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของความเหมาะสมในการสั่งยา และปริมาณการใช้ยาในรูปแบบ ขนาดยากำหนดต่อ 1,000 วันนอน ของยา ในกลุ่ม 3rd generation cephalo – sporins, beta-lactam/beta-lactamase inhibitors (BLBIs) และ carbapenems เมื่อมีและไม่มีเภสัชกรร่วมดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการ ASP โดยมีเภสัชกรสัมพันธ์กับความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.008) จากร้อยละ 78.2 เป็น 89.2 ในปีที่มีเภสัชกร การสั่ง ใช้ในขนาดไม่เหมาะสมลดลงมากที่สุดจากร้อยละ 6.7 เป็น 2.5 (P = 0.047) ปริมาณการใช้ยาโดยรวมในปีที่มีและไม่มีเภสัชกรร่วมดำเนินงาน ASP ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และสอดคล้องการศึกษาของ ปาริชาต กริชนิกรกุล [2] ได้ทำการศึกษาการศึกษาโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use, ASU) โรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าอัตราของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะมีค่าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 39.03 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 43.22 ในปี 2555 ร้อยละ 48.70 ในปี 2556 และร้อยละ 64.18 ในปี 2557 ตามลำดับ (P<0.001) เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพิ่มสูงขึ้นในทั้งสามโรคเป้าหมาย โดยแผลฉีกขาดมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี2554 คือร้อยละ 15.63 ร้อยละ 71.45 และร้อยละ 105.33 ในปี พ.ศ.2555, 2556, 2557 ตามลำดับ ส่วนโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.84 ร้อยละ 23.42 และร้อยละ 61.86 ตามลำดับ และโรคท้องร่วงเฉียบพลันมีอัตราการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.75 ร้อยละ 15.23 และร้อยละ 58.56 ในปี พ.ศ.2555, 2556 และ 2557 ตามลำดับ

หลังการดำเนินการ พบว่า มูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยนอก ในภาพรวมของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ในปี 2561 และปี 2562 ลดลง คิดเป็นร้อยละ 15.91 ร้อยละ 20.65 เมื่อเทียบกับปี 2561 สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพรและสมคิด เจนกลาง (2560) ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในสถานบริการของรัฐ ในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเพิ่มขึ้น (P<0.001) มีทัศนคติที่ดีในการไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 โรคเป้าหมายเพิ่มขึ้น (P<0.001) อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุสมผลใน URI ลดลง จากปี 2556 ถึงปี 2559 โดยอัตราดังกล่าวเท่ากับร้อยละ 51.9, 29.9, 16.6 และ 9.2 ตามลาดับ (P<0.05) อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นหรือไม่สมเหตุสมผลใน AGE ลดลงจากปี 2556 ถึงปี 2559 โดยอัตราดังกล่าวเท่ากับร้อยละ 45.7, 20.1, 9.9 และ 4.6 ตามลำดับ (P<0.05) มูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะในสถานบริการของรัฐลดลงร้อยละ6.8, 15.7 และ 23.4 มูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้นร้อยละ 96.4 (P<0.05) บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลใน 2 โรคเป้าหมาย จึงส่งผลให้อัตราการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นลดลง โดยมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น และมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะของสถานบริการของรัฐลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาต กริชนิกรกุล [2] ได้ทำการศึกษาการศึกษาโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use, ASU) โรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการศึกษาด้านมูลค่าการใช้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน พบว่ามีมูลค่าการใช้ลดลงจากระยะก่อนเริ่มโครงการคิดเป็นร้อยละ 15 ร้อยละ 26 และร้อยละ 30 ในปี พ.ศ.2555,2556 และ 2557 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

2. ควรมีการดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนเพื่อลดปัญหาการกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

3. การจัดการเรียนการสอนเรื่องการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในองค์กรวิชาชีพต่างๆ เพื่อให้แต่ละวิชาชีพมีองค์ความรู้และเจตคติที่ดีต่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

4. ส่งเสริมการทำงานเครือข่าย เพื่อให้เกิดการกระจายความรู้ทุกภาคส่วน และร่วมกันดูแลประชาชนในการใช้ยาสมเหตุสมผล

เอกสารอ้างอิง

1 ปฏิญญา ปุยะติและ ทิพาพร กาญจนราช ความชุกและลักษณะของการใช้ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่ไม่เป็นไปตามแนวทางการรักษาในโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของหน่วยคู่สัญญาบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. ว. เภสัชศาสตร์อีสาน; 11(ฉบับพิเศษ) : 2558; 253-260

2 ปาริชาต กริชนิกรกุล การศึกษาโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Antibiotics Smart Use, ASU) โรงพยาบาลแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2558 ; 6(1). 1-9

3 มรกต อนันต์วัฒนกิจ, แสง อุษยาพร, ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร, ชาญกิจ พุฒิเลอพงศ์ และ ธิติมา เพ็งสุภาพ. ผลของการมีเภสัชกรร่วมในโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงและชี้นำการใช้ยาต้านจุลชีพต่อความเหมาะสมในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ. วารสารไทยเภสัชศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ 2558;10(1):1-9

4 ศศิพงศ์ ทิพย์รัชดาพรและสมคิด เจนกลาง ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในสถานบริการของรัฐ ในอำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560 ;10(1). 315-323

5 สุณิชา ชานวาทิก, อังคณา เลขะกุลม, วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วลัยพร พัชรนฤมลม, อภิชาติ ธัญญาหาร, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. สถานการณ์การใช้ยาต้านจุลชีพและความรู้เรื่องยาต้านจุลชีพ: ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2561

6 Nordmann P, Naas T, Poirel L. Global Spread of Carbapenemase producing Enterobacteriaceae. Emerging Infectious Diseases. 2011;17(10):1791-1798.

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

The development of health behavior changing of DM patient and HT patient Kalasin province.

สม นาสอ้าน[1]

Som Na saarn

(Received: June 28,2018; Accepted: August 10,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุระหว่าง 35 -50 ปี ป่วยไม่เกิน 5 ปี มีค่าไตไม่เกินระดับ 3 และยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 225 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 368 คน รวมทั้งสิ้น 593 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ เครื่องมือในการจัดกิจกรรม คือหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ แบบสรุปพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้ และ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ และความพึงพอใจได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ได้แก่ paired t – test , F – test ด้วยเทคนิค one – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan , F – test ด้วยเทคนิค Repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า 1) การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อน หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) และการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน ของค่ายรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่การติดตามประเมินผล 6 เดือน มีระดับน้ำตาลน้อยที่สุด 2) ระดับความดันโลหิต(ค่าบน)และระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อน หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) และการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน ของค่ายรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า) โดยที่การติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน มีระดับความดันโลหิต(ค่าบน) ต่ำที่สุด แต่ไม่ต่างจากการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) และการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) ส่วนการติดตามประเมินผล 6 เดือนมีระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) น้อยที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ผู้ป่วยโรงเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ABSTRACT

This research was research and development research aimed to development of health behavior changing of DM patient and HT patient Kalasin province. Sample size were 225 DM patient and 368 HT patient Kalasin by inclusion criteria such as age between 35 – 50 years , ill < 5 years , GFR < 3 level and agree to participate this project. Research tools such as curriculum of health behavior changing of DM patient and HT patient Kalasin province and Learning exchange. Collected tools were health status record , summary practicable health care and satisfaction questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics used to analyze general information of samples , activities that can be performed and satisfaction namely frequency , percentage , mean and standard deviation. And inferential Statistics for health status compare namely paired t – test , F – test by one – way ANOVA technique multiple comparison by Duncan test , F – test Repeated measurement technique multiple comparison by LSD test divide significant level at $p < 0.05$

The results of the data analysis showed that 1) Comparison of FBS in DM patient between before , after curriculum of health behavior changing 1 mount , Follow-up 1st (2nd month) , Follow-up 2nd (3rd month) , Follow-up 3rd (4th month) and health status evaluation after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month finding had statistically significant differences at .05 level by after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month had least FBS. 2) Comparison of BP in HT patient between before , after curriculum of health behavior changing 1 mount , Follow-up 1st (2nd month) , Follow-up 2nd (3rd month) , Follow-up 3rd (4th month) and health status evaluation after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month finding had statistically significant differences at .05 level by after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month had least HT but no difference from Follow-up 1st (2nd month) and Follow-up 2nd (3rd month). As after Follow-up 3rd (4th month) about 6 month had least HT.

Keywords: The development of health behavior changing, DM patient, HT patient

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาระดับโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการตาย 63 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรในโลกหรือประมาณ 36 ล้านคน ตายจากโรคเรื้อรัง ในปี 2008 ในจำนวนนี้เป็นประชากรที่อายุต่ำกว่า 60 ปีนอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 90 เปอร์เซนต์ของผู้ป่วยที่ตายก่อนอายุอันควรเป็นประชากรในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น 300 เปอรฺเซ็นต์ ในปี 2049 [8] ประเทศไทยมีปัญหาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน โดยมีสัดส่วนที่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติ โดยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยถึง 304,665 รายในปี2552 (ร้อยละ 73.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด) จากการสำรวจพบว่าประชาชนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากข้อมูลดังกล่าวมีการคาดการณ์แนวโน้มการตายของประชากรไทยใน 10 ปีข้างหน้า(พ.ศ. 2562) ว่าสาเหตุการตายส่วนใหญ่ในชายไทยเกิดจาก อุบัติเหตุจราจร มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง ส่วนสาเหตุการตายในหญิงไทยมักพบในผู้ที่เป็นโรค เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น รับประทานผักน้อยลง (รับประทานผักเฉลี่ย 1 ½ ช้อน/วัน) รับประทานอาหารเค็มมากขึ้นเกือบสามเท่าของปกติ (รับประทานเกลือเฉลี่ย5,218 mg/วัน) รับประทานอาหารหวานมากขึ้นกว่าสามเท่าของปกติ (รับประทานน้ำตาลเฉลี่ย 20 ช้อนชา/วัน) และอาหารมันมากขึ้น (รับประทานอาหารทอดเฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์) [7] จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าคนไทยมีโอกาสเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มสูงมากขึ้น ได้แก่ โรคในกลุ่มภาระโรคเมตาโบลิก ได้แก่

โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ ที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นของประชาชนไทยในปัจจุบัน จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในปัจจุบันของประเทศไทยคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และมะเร็ง ซึ่งโรคดังกล่าวมีปัจจัยเสี่ยงมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด 11,615.81รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 8525.65 โรคหัวใจขาดเลือด 782.03 โรคหลอดเลือดสมอง 705.36 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ571.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในระหว่างปี 2557–2559 พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดเพศชายและหญิงมีอัตราป่วยใกล้เคียงกัน สำหรับโรคหลอดเลือดสมองอัตราป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่าพบกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมากลุ่มอายุ 50–59 ปี ด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตาร้อยละ72.09 ทางเท้า 71.07 ทางไต 70.83 และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ70.41 ได้รับการตรวจ LDL ร้อยละ 62.79 ได้รับการตรวจ CVDrisk ร้อยละ 81.29 พบว่าอำเภอที่มีอัตราป่วยโรคเบาหวาน สูงสุด คือ อำเภอนาคู อัตราป่วย8525.65 รองลงมา เขาวง 8461.93 และฆ้องชัย 8409.89 อำเภอที่มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงสุด คือ อำเภอนาคู อัตราป่วย11615.81 รองลงมา เขาวง10762.53 และกมลาไสย 9673.82 อำเภอที่มีอัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สูงสุด คือ อำเภอนาคู อัตราป่วย782.03 รองลงมา คำม่วง 551.59 และท่าคันโท 521.37 โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอนาคู705.36 รองลงมา ฆ้องชัย 481.19 และ เขาวง 454.05 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบรายงานว่ามีอัตราป่วยสูงสุด คืออำเภอนาคู 571.19 รองลงมา กมลาไสย 492.97 และ เขาวง 476.28 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคเรื้อรัง อำเภอห้วยผึ้งมีแนวโน้มสูงขึ้น พบมีอัตราป่วยเบาหวานเท่ากับ 1436.69ส่วนโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1812.19รายต่อแสนประชากร

สุขภาพทางเลือก เป็นเทคนิคการดูแลสุขภาพหรือวิธีการทางการแพทย์อื่นๆ นอกเหนือจากระบบการแพทย์กระแสหลักหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน ครอบคลุมถึง วิถีชีวิต แบบแผนอาหารการกิน การทำ งาน การพักผ่อน การอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคม โดยที่องค์ความรู้และวิถีปฏิบัติดังกล่าวมิได้อยู่ในระบบความรู้ของการแพทย์กระแสหลัก ความจำเป็นของการแพทย์ทางเลือก ในกรณีโรคเรื้อรังการรักษาด้วยยาบางทีก็แค่เพื่อยืดเวลาชีวิตหรือผ่อนคลายความเจ็บปวดอย่างชั่วคราวเท่านั้น โดยเชิงลึกแล้วอาจจะเป็นการให้เวลาเชื้อโรคในการระบาดอย่างช้าๆ แต่ไม่อาจจะรักษาโรคได้จากต้นเหตุเลย เช่น โรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคนอนไม่หลับ โรคหายใจเฉียบพลัน และอาการปวดหัว เป็นต้น และการใช้เป็นเวลานานยังทำให้เกิดดื้อยา ในแง่นี้การแพทย์ทางเลือกก็จะมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญมารักษา และไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก แต่อาศัยเครื่องมืออุปกรณ์ที่ปฏิบัติใช้อย่างง่ายดาย มุ่งเน้นความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ต้องการมีวิธีรักษาโรคที่เป็นธรรมชาติ หากรักษาได้โดยไม่ต้องอาศัยการทานยา หรือฉีดยา ก็จะเป็นทางออกที่ดีที่สุด ถือเป็นข้อได้เปรียบอีกข้อหนึ่งของการแพทย์ทางเลือก เพราะผู้ป่วยเองจะมีโอกาสทำความเข้าใจกับต้นสายปลายเหตุของโรคโดยตรง รับรู้สถานการณ์ของการรักษา และสามารถปรับปรุงการรักษาจากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งดีกว่า และมีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาด้วยคนอื่น จากการศึกษา ของแพทย์สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา กล่าวว่า การแพทย์แบบทางเลือกอย่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิคและการบริหารกายจิต ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้ [2] และการศึกษาของทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์และคณะ [3] พบว่า รูปแบบที่มีผลการใช้อยู่ในระดับมากได้แก่ โยคะ ชีวจิต และชี่กง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำรูปแบบที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการจัดการอาการได้แก่ การนวด สมาธิ และอาหารและสมุนไพร แสดงให้เห็นถึงการเลือกใช้และผลการใช้การดูแลแบบผสมผสาน

ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและจัดระบบการดูแลแบบผสมผสานร่วมกับการดูแลระบบการแพทย์ปัจจุบันแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม และจากความรู้ทางวิชาการของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย สำนักการแพทย์ทางเลือก กล่าวไว้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือ 8อ (อโรคยา อิริยาบถ อุเบกขา อากาศ อาจิณ อุดมปัญญา และอาชีพ) นำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับโรคเรื้อรัง ต่อไป [1]

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการที่กลุ่มคนที่มีความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน มารวมตัวกันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยความสมัครใจ เพื่อร่วมสร้างความเข้าใจหรือพัฒนาแนวปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ช่วยในการตัดสินใจ ปรับปรุงกิจกรรม วิธีการหรือกระบวนการดำเนินงานให้เหมาะสมและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องได้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Knowledge Sharing) ที่มีประสิทธิผลนั้น จะต้องประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ คน, สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมทั้งดำเนินกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยพิจารณา 6 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ชัดเจนและสัมพันธ์กับเป้าหมายทางธุรกิจ 2) สร้างผู้นำที่เป็นแบบอย่าง 3) สร้างเครือข่ายของผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ (Human Networks) 4) กำหนดวิธีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เหมาะกับวัฒนธรรมองค์กร 5) แบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำไปใช้ในงานประจำวันได้ และ 6) สร้างแรงจูงใจที่สนับสนุนการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้างต้น ด้วยการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง [4]

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อติดตามผลกระทบจากรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Resrarch) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ให้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2561 ถึง เดือน สิงหาคม 2562 รวมทั้งสิ้น 10 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ อายุระหว่าง 35 -50 ปี ป่วยไม่เกิน 5 ปี มีค่าไตไม่เกินระดับ 3 และยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 225 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 368 คน รวมทั้งสิ้น 593 คน ประกอบด้วย 5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 หลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

1.2 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ สรุปพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ปฏิบัติได้ และ แบบสอบถามความพึงพอใจ

โดยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา และความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ ส่วนที่เป็นแบบ Rating scale ของ Likert โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดย 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 (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

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. จัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา

2. ดำเนินการทดลองฝึกอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลสายนาวังและโนนนาจาน จำนวน 200 คน

3. ทบทวนหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วยวิทยากร บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาระดับ ตำบล

4. ขยายพื้นที่ฝึกอบรมฝึกอบรมอำเภอนาคู 5 ค่าย (ตามความสมัครใจ)

5. ติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จำนวน 3 ครั้ง (เดือนละครั้ง)

6. ติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ และความพึงพอใจได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ได้แก่ paired t – test , F – test ด้วยเทคนิค one – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan , F – test ด้วยเทคนิค Repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมทางการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เอกสารรับรองเลขที่ REC.0001/2562 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกคนมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการสนทนาและการตอบแบบสอบถาม โดยสามารถแจ้งยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยจะเป็นไปในภาพรวม ไม่เสนอข้อมูลที่บ่งบอกถึงตัวบุคคล โดยผู้วิจัยยึดถือการพิทักษ์สิทธิ์ดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. การจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ จัดทำโดยบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา มี

เนื้อหาประกอบด้วย การสร้าง Health literacy ในกลุ่มคนปกติ(ป้องกันผู้ป่วยรายใหม่) และกลุ่มเสี่ยง (ลดภาวะแทรกซ้อน) การใช้สื่อ technology เพื่อการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัครด้านสุขภาพ การ รู้พักเพียรรู้พัก ด้วยนาฬิกาชีวิต และร่างกายบอกโรค เป็นหมอตรวจโรคด้วยตัวเอง โยคะ กดจุด เดินเร็ว แกว่งแขน SKT บำเพ็ญบุญ น้ำสมุนไพรไทยปรับสมดุลร้อนเย็น ไร้พุง ไร้โรค การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุลร้อนเย็น(ดีท็อกซ์) และ กัวซา หรือขูดพิษ การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพร และการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารปรับสมดุล ตามภาวะร้อนเย็น เมนูชูสุขภาพ และการปรุงอาหาร (รสจืด ลดเครื่องปรุงหวาน มัน เค็ม) การใช้หลักธรรมะ ทบทวนธรรมเพื่อจิตใจที่ผาสุก กายสบาย ใจเป็นสุขและการ จัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง (Personal Self-Management Plan) สัญญาใจ

2. การทดลองฝึกอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลสายนาวัง จำนวน 200 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 100 คน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน พบว่า

2.1 ในผู้ป่วยเบาหวานกิจกรรมทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก (ร้อยละ 81.0) รองลงมาคือ การใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล (ร้อยละ 77.0) และ การแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (ร้อยละ 66.0) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือ การใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล (ร้อยละ 71.0) และ การแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (ร้อยละ 62.0)

2.2 ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมที่การอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่เรื่องพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ เม็ดที่ 9 รู้เพียรรู้พักให้พอดี ทั้งการใช้ชีวิต การทำงานการปฏิบัติธรรมการอยู่การกิน รองลงมาคือ การใช้ยาที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และการปรุงและรับประทานอาหาร โดยที่เรื่องพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ การสูบบุหรี่ รองลงมาคือ การดื่มสุรา และ เม็ดที่ 6 การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ

2.3 ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปกติเพิ่มมากขึ้น และมีระดับน้ำตาลลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000)

2.4 ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปกติเพิ่มมากขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000 และ .011)

3. การทบทวนหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย วิทยากร บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาระดับตำบล สามารถสรุปหลักสูตรแบ่งเป็น 3 ลักษณะ 2 รูปแบบ รวมเป็น 5 หลักสูตร คือบริบท+รวม บริบท+เวียน เดิม+รวม เดิม+เวียนและบุคลากร+รวม และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผล

4. ผลการขยายผลการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

4.1 ระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ของค่ายภูแล่นช้าง นาคู และบ้านหว้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000 ทุกค่า) ส่วนนางาม และจอมศรี ไม่พบความแตกต่าง และระดับน้ำตาลหลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ระหว่างค่าย ไม่มีความแตกต่างกัน

4.2 ระดับความดันโลหิต (ค่าบน) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ของ ค่ายนาคู นางาม บ้านหว้าน และจอมศรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ภูแล่นช้าง ไม่มีความแตกต่างกัน และระดับความดันโลหิต (ค่าบน) หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ระหว่างค่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่ายนาคูมีระดับความดันโลหิต (ค่าบน) สูงที่สุด

4.3 ระดับความดันโลหิต (ค่าล่าง) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ของ ค่ายนาคู นางาม บ้านหว้านและจอมศรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ภูแล่นช้าง ไม่มีความแตกต่างกัน ระดับความดันโลหิต (ค่าล่าง) หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน ระหว่างค่าย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ค่ายนางามมีระดับความดันโลหิต (ค่าล่าง) สูงที่สุด

5. ผลการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และประเมินผลสภาวะสุขภาพ

5.1 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานก่อน หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) และการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน ของค่ายรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่การติดตามประเมินผล 6 เดือน มีระดับน้ำตาลน้อยที่สุด

5.2 ระดับความดันโลหิต(ค่าบน)และระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก่อน หลังการอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 1 เดือน การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) และการติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน ของค่ายรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000 ทุกค่า) โดยที่การติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพหลังการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 4) 6 เดือน มีระดับความดันโลหิต(ค่าบน) ต่ำที่สุด แต่ไม่ต่างจากการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 2) และการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) ดังตาราง 4.56 ส่วนการติดตามประเมินผล 6 เดือน มีระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง) น้อยที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

การจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการกำหนดเนื้อหากิจกรรมในการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ การสร้าง Health literacy ดังภาพประกอบ 5.1

ภาพประกอบ 5.1 แนวคิดของ การสร้าง Health literacy

จากภาพประกอบ 5.1 แนวคิดของ การสร้าง Health literacy (วชิระ เพ็งจันทร์. 2560) สามารถสรุปคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ **สร้างการ"เข้าถึง" (Access skill)** (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ) **เกิดความ"เข้าใจ" (Cognitive skill)** (การเกิดความรู้ ความเข้าใจ) **ทำให้ "ซักถามแลกเปลี่ยน" (Communication skill)** (ทักษะการสื่อสาร) **"เรียนรู้และตัดสินใจ" (Decision skill)** (ทักษะการตัดสินใจ) **สร้างเงื่อนไข"ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม" (Self-management skill)** (ทักษะการจัดการตนเอง) และนำไป **"บอกต่อ" (Media literacy skill)** (การรู้เท่าทันสื่อ) จึงมีการกำหนดหลักสูตรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมและสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดหลักสูตรภายใต้แนวคิดของ การสร้าง Health literacy ดังภาพประกอบ

ทำให้ได้หลักสูตรที่มีการผสมผสานเนื้อหา ได้แก่ การสร้าง Health literacy ในกลุ่มคนปกติ(ป้องกันผู้ป่วยรายใหม่) และกลุ่มเสี่ยง (ลดภาวะแทรกซ้อน) การใช้สื่อ technology เพื่อการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ดูแล อาสาสมัครด้านสุขภาพ การ รู้พัก เพียรรู้พัก ด้วยนาฬิกาชีวิต และร่างกายบอกโรค เป็นหมอตรวจโรคด้วยตัวเอง โยคะ กดจุด เดินเร็ว แกว่งแขน SKT บำเพ็ญบุญ น้ำสมุนไพรไทยปรับสมดุลร้อนเย็น ไร้พุง ไร้โรค การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุลร้อนเย็น(ดีท็อกซ์) และ กัวซา หรือขูดพิษ การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพร และการพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารปรับสมดุล ตามภาวะร้อนเย็น เมนูชูสุขภาพ และการปรุงอาหาร (รสจืด ลดเครื่องปรุงหวาน มัน เค็ม) การใช้หลักธรรมะ ทบทวนธรรมเพื่อจิตใจที่ผาสุก กายสบาย ใจเป็นสุข และการ จัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง (Personal Self Management Plan) สัญญาใจ ประกอบกับการจัดทำผังและกำหนดการ ตามรูปแบบการฝึกอบรมของ ILO: International Labor Organization [10] ที่ได้กำหนดรูปแบบในการฝึกอบรมออกเป็น 7 ขั้นตอน คือ การหาความต้องการฝึกอบรม การกำหนดวัตถุประสงค์ฝึกอบรม การออกแบบหลักสูตรฝึกอบรม การเลือกเทคนิคฝึกอบรม การออกแบบวิธีประเมินผล การฝึกอบรม การประเมินผลการฝึกอบรม ส่งผลให้เมื่อนำไปทดลองฝึกอบรม พบว่า กิจกรรมทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติมากที่สุดของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก (ร้อยละ 81.0) รองลงมาคือ การใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล (ร้อยละ 77.0) และ การแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (ร้อยละ 66.0) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กิจกรรมทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปปฏิบัติมากที่สุด คือ การรับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือ การใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญ เพิ่มพูนใจ ไร้กังวล (ร้อยละ 71.0) และ การแช่มือแช่เท้าในน้ำสมุนไพร (ร้อยละ 62.0) และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมที่การอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปกติเพิ่มมากขึ้น และมีระดับน้ำตาลลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000) และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เข้าอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปกติเพิ่มมากขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000 และ .011) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้เรียนรู้นาฬิกาชีวิต และร่างกายบอกโรค เป็นหมอตรวจโรคด้วยตัวเอง รับประทานอาหารปรับสมดุลร่างกาย เน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก การประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร และการใช้หลักธรรมะ ทบทวนธรรมเพื่อจิตใจที่ผาสุก กายสบาย ใจเป็นสุข (รายละเอียดในภาคผนวก คู่มือการโครงการพัฒนาสังคม ยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ พัฒนาชุมชนต้นแบบสุขภาพดี วิถีกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2562) สอดคล้องกันกับการศึกษาของอมรรัตน์ นธะสนธิ์ และคณะ [6] ได้ศึกษาการแพทย์ทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในสาธรณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ผลการวิจัยพบว่า มีการใช้แพทย์ทางเลือก 2 กลุ่ม คือ 1) การแพทย์แผนจีน ได้แก่ การฝังเข็ม ร่วมกับการรมยา การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า และการใช้แก้วดูดสุญญากาศ 2) การบำบัดรักษาโดยการใช้ สารชีวภาพ สารเคมีต่าง ๆ เช่น การใช้ยาสมุนไพรพื้นเมือง การบริโภคอาหารสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า นอกจากผู้ป่วยโรคเบาหวานจะใช้การรักษาจากแพทย์ แผนปัจจุบันในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว ยัง

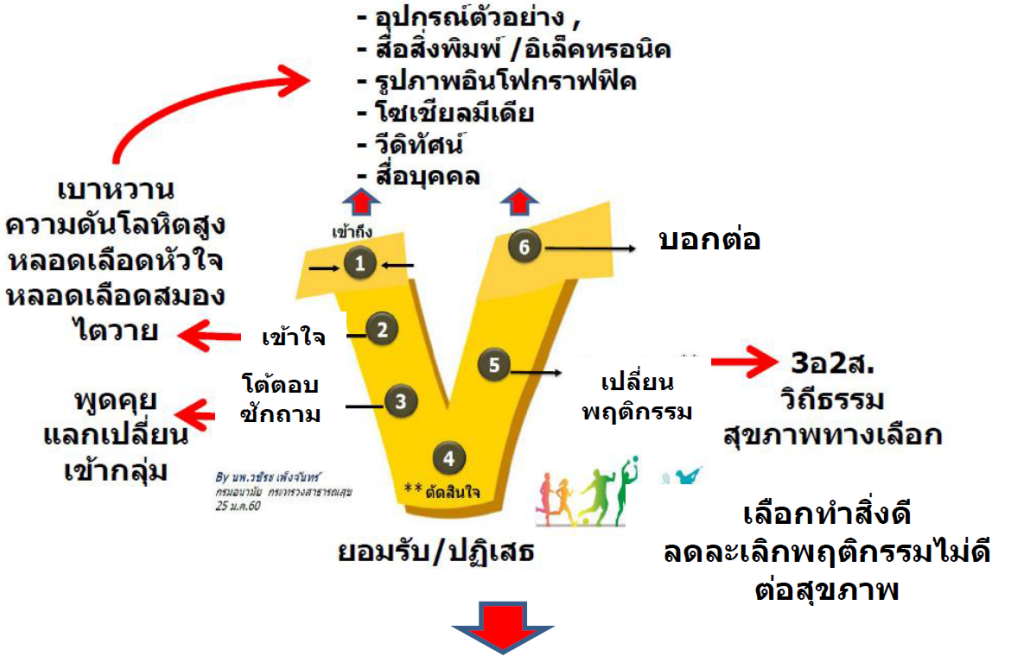
แสวงหาความช่วยเหลือจากการแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น การฝังเข็มและการใช้ สมุนไพรอีกด้วย ซึ่งผู้ป่วยบางคนอาจมีการดูแลสุขภาพโดยใช้การแพทย์ทางเลือกในรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกัน หรือเลือกใช้บางอย่างตามความเหมาะสม ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้คำแนะนำส่งเสริมหรือสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ และเมื่อทบทวนหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วยวิทยากร บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสาระดับตำบล ทำให้หลักสูตรแบ่ง 3 ลักษณะ 2 รูปแบบ รวมเป็น 5 หลักสูตร คือบริบท+รวม บริบท+เวียนเดิม+รวม เดิม+เวียนและบุคลากร+รวม และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผล ตามแนวคิดของรูปแบบการฝึกอบรมของบอยเดิล [9] ได้สรุปรูปแบบการฝึกอบรมออกเป็น 10 ขั้นตอน ดังนี้ การหาความจำเป็นในการฝึกอบรม การพิจารณางานหรือภารกิจที่จะพัฒนา การกำหนดบุคลากรที่จะได้รับการฝึกอบรม การกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม การสร้างหลักสูตรฝึกอบรม การวางแผนการจัดฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม การประเมินผลการฝึกอบรม และการติดตามผลระยะยาว ซึ่งในการติดตามผลระยะยาวนี้จึงกำหนดให้นำเอาการจัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง (Personal Self Management Plan) สัญญาใจ (รายละเอียดในภาคผนวก) มีเป็นส่วนประกอบการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกำหนดให้มีการประเมินผลสภาวะสุขภาพและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3 ครั้ง (เดือนละ 1 ครั้ง) และติดตามประเมินผลสภาวะสุขภาพ 6 เดือน หลังจากครั้งที่ 3 จึงทำให้ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต(ค่าบน)และระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง)ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ลดลงจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่การติดตามประเมินผล 6 เดือน มีระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต(ค่าบน)และระดับความดันโลหิต(ค่าล่าง)น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากการฝึกอบรมที่ประกอบด้วยเนื้อหา การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หลักการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกันกับแนวคิดของ สุวิมล มณีโชติ [5] ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า เหตุผล วิธีการและผลการนำเทคนิคการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์วิถีธรรมไปใช้ มีดังนี้ เหตุผลที่ตัดสินใจเกิดจากการมีหลักวิชาน่าทดลอง จึงได้เริ่มจากลองทำดูรู้แล้วค่อยๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค่อยๆ ละกิเลส ผลที่เกิดขึ้นสามารถแก้ปัญหาสุขภาพตัวเองได้จึงทำเป็นประจำทำให้ลดการไปหาหมอเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ไม่ต้องพึ่งยา สามารถพึ่งตัวเองได้ เสียค่าใช้จ่ายน้อย รู้สึกปลอดภัย ทำแล้วเห็นว่าดีจึงบอกคนใกล้ชิด เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและเพิ่มความสัมพันธ์ในท้องถิ่น ดังนั้นการดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ให้แพร่หลาย เพราะนอกจากจะช่วยเรื่องสุขภาพแล้วยังช่วยด้านเศรษฐกิจและคุณค่าทางจิตใจที่สามารถดูแลตัวเองได้ ประกอบกับการนำแนวคิดการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มาประยุกต์และ***"สรุปเป็นการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสู่แนวทางการจัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง"*** จากกรอบแนวคิดการเกิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สามารถนำไปสู่การจัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง**ได้** (ภาพประกอบ 2)

การจัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเองถือเป็นหัวใจสำคัญของการจัดการโรคเรื้อรังที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการรับผิดชอบภาวะสุขภาพของตนเอง ร่วมกับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการพัฒนาระบบสนับสนุนการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลทำให้การจัดการโรคเรื้อรังประสบผลสำเร็จ ซึ่งในที่นี้ กำหนด ให้มีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจกับตัวเอง(กำหนดทุกข์) เป็นการสำรวจตนเองทำให้รู้ส่วนดี-ข้อเด่น ส่วนด้อย-ข้อบกพร่อง ซึ่งจะได้รักษาส่งเสริมส่วนดี แก้ไขส่วนด้อยหรือบกพร่อง ค้นหาปัญหาสุขภาพของตนเอง ตรวจตราตนเอง สอบสวนตนเอง ใช้สติปัญญาให้รู้ว่า ขณะนี้ตนเองเป็นอย่างไร มีสถานสุขภาพภาพเป็นอย่างไร มีอะไรเป็นปัญหา หรือสิ่งที่ค้างคาอยู่ในใจ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับความดันโลหิตสูง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2. แสวงหาองค์ความรู้(รู้เท่าทันทุกข์/เหตุแห่งทุกข์) เป็นการรวบรวมอาการ อาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การเสริมสร้างพัฒนาความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพจะมีผลต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ทำให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลและต่อชุมชน/สังคมที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น อาจเกิดขึ้นโดยการใช้สื่อบุคคลและเครือข่าย สื่ออุปกรณ์ตัวอย่าง แบบจำลอง สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็คทรอนิค รูปภาพกราฟฟิค อินโฟกราฟฟิค และโซเชียลมีเดีย ทั้งที่เป็นเว็บไซด์เฟสบุคอินสตาแกรม และที่เป็นแบบไวรัลมีเดีย สื่อเทคโนโลยีทางโทรศัพท์ เช่น ไลน์แอพพลิเคชั่น เกิดการเรียนรู้ และนำข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจ ปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี



ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคลตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (functional health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิจารณญาน (critical health literacy)

แนวทางการจัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ทำความเข้าใจกับตัวเอง(กำหนดทุกข์)
2. ตั้งเป้าหมาย
3. แสวงหาองค์ความรู้
4. ตัดสินใจเลือกเส้นทาง
5. ประเมินความสำเร็จ
6. บันทึกกิจวัตร

ภาพประกอบ 2 การสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพสู่แนวทางการจัดทำแผนจัดการสุขภาพตนเอง

3. ตั้งเป้าหมาย(กำหนดหนทางสู่การดับทุกข์) การตั้งเป้าหมายเป็นการกำหนดจุดหมายปลายทางของผู้ป่วยด้านสุขภาพ โดยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางในสู่การดับทุกข์ ภายใต้เงื่อนไข

3.1 ต้องเกิดจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตนเองเกี่ยวกับโรคและการ จัดการกับโรคอย่างเพียงพอ

3.2 ต้องได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและความเจ็บป่วย จึงจะสามารถกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต

3.3 เป้าหมายควรมีความเป็นไปได้จริงอาจกำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว

4. ตัดสินใจเลือกเส้นทาง (ตัดสินทุกข์) เป็นการเขียนขั้นตอนที่จะต้องทำเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะทำแผนการให้ออกมาในรูปแบบไหนก็ได้ อาจเขียนด้วยลายมือตนเอง กำหนดกิจกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายทั้งที่เลือกจะทำ หรือต้องการลด ละ เลิก

5. ประเมินความสำเร็จ (ทุกข์ดับ) เป็นการกำหนดความสำเร็จเบื้องต้นทั้งระยะสั้น และระยะยาว ควรมีความยืดหยุ่นแต่ต้องมั่นคง เนื่องจากเส้นทางชีวิตนั้น มีบ่อยครั้งที่เราไม่สามารถคาดเดาชีวิตได้ และมันก็ไม่ยอมเป็นไปตามแผนที่วางไว้ ดังนั้น จำเป็นต้องฝึกทักษะการรับมือเอาไว้ จะได้มีความสามารถในการรับมือกับสิ่งที่ผิดพลาดและตั้งต้นเดินทางเข้าหาเป้าหมายอีกครั้งได้

6. บันทึกกิจวัตร เป็นการบันทึกกิจวัตรประจำวันเพื่อทวนสอบความสามารถในการจัดการตนเองหรือความสามารถในการปฏิบัติตัว ทำให้ทราบถึงขีดจำกัดของตนเอง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1. การจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงาน โรคไม่ติดต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข และจิตอาสา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม กำหนดแนวคิดจากการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ การสร้าง Health literacy

2. ควรมีการผสมผสานเนื้อหาในการจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้เข้าอบรมได้เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้

3. การทบทวนหลักสูตรฝึกอบรม ควรประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและไม่ควรปิดกั้นความหลากหลายของแนวคิดซึ่งในการจัดทำหลักสูตรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้หลักสูตรแบ่ง 3 ลักษณะ 2 รูปแบบ รวมเป็น 5 หลักสูตร คือบริบท+รวม บริบท+เวียน เดิม+รวม เดิม+เวียนและบุคลากร+รวม และกำหนดให้มีการติดตามประเมินผล

4. เมื่ออบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปแล้วควรมีการจัดระบบการติดตามและสร้างเวทีเรียนรู้ร่วมกันเพื่อกระตุ้นเตือนและเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมทักษะการบริหารจัดการทรัพยากรในชุมชนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.คู่มือการดูแลสุขภาพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. อ้างอิง www.dtam.moph.go.th 2557.

2 โชคชัย นกดี.**การบริหารกายจิตและเต้นแอโรบิกลดระดับความดันโลหิต** อ้างใน http://www.thaihealth.or.th/partnership/Content/23961.htm 2557.

3 ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์และคณะ. การดูแลแบบผสมผสานของผู้ปุวยโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์** 2554 ; 3, 1 (ม.ค.-เม.ย. 2554) : 61-73.

4 น้ำทิพย์ วิภาวิน. **การพัฒนารูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้โปรแกรมดาต้าเวิร์สบนเครือข่ายในระบบการศึกษาทางไกล : กรณีศึกษาสาขาวิชาศิลปศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.** มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2555

5 สุวิมล มณีโชติ. การดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน. **ว.พยาบาลสงขลานครินทร์.** ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559

6 อมรรัตน์ นธะสนธิ์ กรรณิการ์ พุ่มทอง ไพรวัลย์ โคตรตะ มุสิกร ธุศรีวรรณ ไพลิน พิณทอง สุภัทรา กลางประพันธ์ ดารชา เทพสุริยานนท์. การแพทย์ทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในสาธรณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.** ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2558

7 ราม รังสินธุ์และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดูแลผู้ป่ วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555. สืบค้นจาก http://www.nhso.go.th/ 2557.

8 World Health Organization. (2014). Retrieved from http://www.who.int/research/en/

9 Boydle,T.H. **A Guide to Identification of Training need.** London : Bitish Assoation for Commercial and Industrial Education, 1979.

10 Technonet Asia. **Achievement Motivation Training.** Singapore : Chong Moh Offset Printing, 1984.

การพัฒนาระบบความปลอดภัยด้านอาหารในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2560 – 2561

Food safety system development in Health Region 7 Hospital Fiscal year 2560 – 2561

กฤช โชติการณ์[1]

Krich Chotikarn

(Received: August 17 ,2018; Accepted: September 19,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1.เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ 2.เพื่อสร้างองค์ความรู้ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน ให้มีความเข้าใจในการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและโรคภัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย 3.เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม พัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ยกระดับขีดความสามารถผู้ผลิตอาหาร ด้วยกลไกการทำงานบูรณาการแบบ ประชารัฐ มีชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการและชุมชนสามารถผลิตอาหารให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย นำผลผลิตที่ปลอดภัยโดยชุมชนผลิตเข้าสู่โรงพยาบาล ที่ได้มาตรฐานอาหารปลอดภัย สร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน แก่เศรษฐกิจชุมชน 4.เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นต้นแบบการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร สร้างกระแสให้เกิดความรอบรู้และวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตามวัตถุประสงค์โดยการวัดองค์ความรู้ของประชาชนที่มีกิจกรรมร่วมกับโรงพยาบาล ตรวจสุขภาพหาความปลอดภัยจากสารเคมี ตรวจประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยทั้ง 10 มาตรการ สุ่มตัวอย่างตรวจมาตรฐานความปลอดภัยของวัตถุดิบอาหารสดหาปริมาณสารปนเปื้อน 8 ชนิด ได้แก่ สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ สารกันรา สารเร่งเนื้อแดง สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง และไอโอดีน เสริมสร้างบรรยากาศอาหารปลอดภัยและจัดให้มีตลาดนัดสีเขียว (Green Market) โดยพื้นที่ศึกษาคือโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตบริการสุขภาพที่ 7 คือจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ จำนวนรวม 77 แห่ง

ผลการศึกษา พบว่าการสุ่มตรวจประกันคุณภาพอาหารที่นำเข้ามาผลิตเป็นอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 ในปี พ.ศ.2561 พบสารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ สารกันรา สารเร่งเนื้อแดง สารฟอกขาว บอแรกซ์ ฟอร์มาลีน สารเคมีกำจัดแมลง และไอโอดีน พบการปนเปื้อน 200 ตัวอย่าง จากตัวอย่าง 9,371 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 2.13 ส่วนในด้านความรู้ประชาชนและเกษตรกรผู้ผลิตอาหาร จำนวน 7,836 คน มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่(0.05) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการตรวจเลือดหาสารเคมีในเลือดประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) พบว่า จากเดิมผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 33.07 ลดลงเหลือ ร้อยละ 16.97 กลุ่มเครือข่ายเกษตรกรมีการส่งวัตถุดิบที่ได้มาตรฐานอาหารปลอดภัยประเภทข้าวสาร ไข่ และผัก เข้าสู่โรงพยาบาลจำนวน 64 แห่ง จาก 77 แห่ง มูลค่าการนำเข้าผลผลิต 7,996,698 บาท การพัฒนามาตรฐานโรงครัวโรงพยาบาลเกิดการพัฒนาจนผ่านมาตรฐานครบทุกแห่งทั้ง 77 แห่ง โดยในช่วงต้นปี พ.ศ. 2560 ผ่านมาตรฐานเพียง 14 แห่ง ส่วนผลการสุ่มตรวจความปลอดภัยของอาหารในศูนย์อาหารของโรงพยาบาลทั้ง 77 แห่ง จำนวนตัวอย่าง 196 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อน 34 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 17.34 ส่วนใหญ่เป็นการปนเปื้อน จุลินทรีย์ ในด้านการพัฒนา เกิดเมนูสุขภาพที่ใช้อาหารจากวัตถุดิบในท้องถิ่น 299 เมนู และมีตลาดนัดสีเขียวเกิดขึ้น 68 แห่ง และมีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ GIS Mapping ความต้องการผลผลิตข้าว ไข่ ผัก และแหล่งผลิต (Suppliers) เพื่อการจัดเวทีผู้ซื้อพบผู้ขายแบบออนไลน์ ในโรงพยาบาล 64 แห่ง ใน 64 อำเภอ เกิดเครือข่ายเกษตรกรอาหารปลอดภัย ประมาณ 7,000 คน ใน 4 จังหวัด ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์

คำสำคัญ : ความปลอดภัยด้านอาหารในโรงพยาบาล

Abstract

The objectives of this study were (1) to evaluate knowledge of safety food in hospital patients and care giver including others in the community. (2) To develop hospital food safety development and network community. (3) Aimed to make the hospital be the role model of safety food in community. The study was a qualitative research. Data were collected by survey and interview in the hospital, blood test for residual

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

pesticide in high-risk group population including assessment quality and safety of food test polar compounds in used frying oils, red meat accelerator, salicylic acid, sodium hydrosulfite, formaldehyde, borax, pesticide and iodine. The sample were population in community and 77 hospitals in Area 7; Khonkean Roi-et Mahasarakham and Kalasin

Research findings were as follows : (1) assessment quality and safety of food test polar compounds in used frying oils, red meat accelerator, salicylic acid, sodium hydrosulfite, formaldehyde, borax, pesticide and iodine were found contaminated 200 of total 9,371 samples (2.13%) (2) Evaluation safety food knowledge of 7,836 people in community were increasing with a statistically significant difference at the 95% confidence level. (3) Blood test for residual pesticide in high-risk group who contacted pesticide by using Cholinesterase reactive paper had decrease from 33.07 to 16.97%. (4) Development hospital food service increasing from 14 hospitals in 2017 to all of 77 hospitals were passed the safety food evaluation. (5) Random of food safety test in hospital cafeteria found contaminated 34 of total 196 samples (17.34%) most of all are microbial contamination (6) Developing “Green market” in 68 community and support community farmers’ network 7,000 farmers in Khonkean Roi-et Mahasarakham and Kalasin.

Keywords: Food safety system development

บทนำ

ในอดีตการผลิตอาหารเป็นการผลิตเพื่อบริโภคภายในครัวเรือน ส่วนที่เหลือประชาชนมักนำมาแลกเปลี่ยนกันภายในชุมชนแทนการใช้เงิน ในปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายต่างๆในการพัฒนาภาคการผลิต เพื่อขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ มีการใช้ทั้งเทคโนโลยีและสารเคมีเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มผลผลิต สารเคมีเหล่านี้หลายชนิดมีการส่งผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังเช่น สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชในไทย พบว่า ในปี 2558 พบผู้ป่วย 8,698 ราย อัตราป่วย 14.47 ต่อแสนประชากร สอดคล้องกับผลการตรวจคัดกรอง 317,051 ราย มีความเสี่ยง 107,820 ราย คิดเป็น 34 % เพิ่มขึ้นจากปี 2558 ถึงร้อยละ 4.75 (รายงานประจำปี 2559 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการนำเข้าจากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปี 2553 – 2558 มีการนำเข้าสารเคมีในการเกษตรปริมาณ 663,960 ตัน มูลค่า 95,323 ล้านบาท แยกเป็น สารกำจัดวัชพืช(Herbicide) 466,097ตัน สารกำจัดแมลง(Insecticide) 125,080 ตัน และสารป้องกันและกำจัดโรคพืช(Fungicide) 50,444 ตัน(สำนักเศรษฐกิจการเกษตร) การบริโภคอาหารซึ่งอาหารเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับมนุษย์ ดังนั้นอาหารควรเป็นอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าโภชนาการที่เหมาะสม สถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสะสมรวม 45,737 ราย อัตราป่วย 69.91 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต การกระจายการเกิดโรคอาหารเป็นพิษตามกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 15-24 ปีพบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดร้อยละ คือ 13.95 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป(12.24%) 24-34ปี(11.95%) ตามลำดับ สัดส่วนอาชีพที่พบผู้ป่วยสูงสุดคือ เด็กในปกครอง ร้อยละ 25.00 รองลงมาได้แก่ นักเรียนร้อยละ ร้อยละ 24.70 และรับจ้างร้อยละ 20.50 ตามลำดับ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1 : 1.61 การกระจายการเกิดโรคอาหารเป็นพิษรายภาค พบว่า ภาคหนือ มีอัตราป่วยสูงที่สุดเท่ากับ 110.88 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 10,290 ราย รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วย 98.40 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 21,531 ราย ภาคกลางอัตราป่วย 48.31 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 12,085 ราย และภาคใต้อัตราป่วย 19.80 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วย 1,831 ราย ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยรายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่10 มีอัตราป่วยสูงสุด อัตราป่วยเท่ากับ 140.26 รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 7 อัตราป่วยเท่ากับ 120.28 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสะสมของเขตสุขภาพที่ 7 รวม 6,087 ราย อัตราป่วย

120.28 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด อัตราป่วยเท่ากับ 165.37 ต่อประชากรแสนคน (รายงานการเฝ้าระวังโรคอาหารเป็นพิษของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 1 มิถุนายน 2562) ตัวอย่างเช่น เหตุการณ์การกินซุปหมากมี่ (ขนุน)เสียชีวิต ที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารในชุมชน อำเภอนาดูนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 27 ราย เกิดภาวะฉุกเฉินที่ต้องนอนโรงพยาบาลถึง 24 ราย เสียชีวิต 3 ราย (สำนักข่าวผู้จัดการ 20 พ.ย. 60) ,เหตุการณ์ระบาดโรคอาหารเป็นพิษ 1 ราย ในสถานปฏิบัติธรรม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วย 32 ราย ,เหตุการณ์การระบาดอหิวาตกโรค 1 รายที่ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จากสาเหตุการรับประทานยำหอยแครงจากตลาดโต้รุ่ง และเหตุร้องเรียนเรื่องอาหารกลางวันบูดเน่าที่โรงเรียนอนุบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และเหตุการณ์อาหารเป็นพิษนักเรียนโรงเรียนบึงไฮโนนสวางวิทยา อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ นักเรียนจำนวน 35 คน ท้องเสียเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลกมลาไสย เนื่องจากรับประทานอาหารกลางวันเมนูข้าวมันไก่ของโรงเรียน การบริโภคอาหารซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ ควรเป็นอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์ด้วยการส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่กับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ดีอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน การขับเคลื่อนระบบความปลอดภัยด้านอาหารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ปัญหาการปนเปื้อนสารเคมีและจุลินทรีย์ในอาหารนั้น ก่อให้เกิดโรคต่างๆตามมา การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์บางชนิดก็อาจก่ออันตรายถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการได้ เช่น กรณีการเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากพิษ Botulinum จากเชื้อ Clostidium botulinum และนอกจากนั้น โรคที่พบจากการสารเคมีปนเปื้อนตกค้างในอาหารนั้นมีทั้งโลหะหนักที่ปนเปื้อนอยู่ในสภาพแวดล้อมและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตสินค้าเกษตรหรืออาหารที่นำมาใช้โดยปราศจากความรู้ หรือเกิดจากการจงใจ ส่งผลให้อาหารไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค สารเคมีบางส่วนจะถูกสะสมอยู่ในร่างกายก่อให้เกิดพิษในระยะยาว แต่บางส่วนอาจถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกายทำให้เป็นพิษอย่างเฉียบพลันได้ ตัวอย่างของพิษสารเคมีปนเปื้อนในอาหาร เช่น พิษจากโลหะหนัก พิษจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชพิษจากวัตถุเจือปนอาหาร ผลกระทบจากการปนเปื้อนสารเคมีและจุลินทรีย์ในอาหารนั้น ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายจนอาจถึงแก่ชีวิตได้อีกทั้งรัฐบาลต้องเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษาพยาบาลและแก้ไขปัญหา รวมทั้งยังกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้บริโภคทั้งประเทศ การเลือกบริโภคอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี โดยปัจจุบันกระแสการดูแลสุขภาพของประชาชนเริ่มมีมากขึ้น ทำให้ผู้บริโภคหันมาใส่ใจในการเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัยและปราศจากสารเคมีต่างๆ ที่เป็นพิษต่อร่างกาย ด้วยเหตุนี้เกษตรกรหลายรายจึงคิดหาวิธีการทำเกษตรกรรมแนวใหม่เรียกว่า เกษตรอินทรีย์(Organic Agriculture) เป็นทางเลือก ของสุขภาพ เนื่องจากใช้สารเคมีน้อย หรือไม่ใช้สารเคมีเลย เป็นการช่วยลดต้นทุนการผลิตและได้ผลผลิตที่เป็นที่ต้องการของตลาด ลดการใช้ปัจจัยการผลิตภายนอกและหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี ซึ่งวิธีการทำเกษตรแนวนี้จะมีความปลอดภัยมากกว่าผลผลิตทั่วไป ไม่เป็นอันตราย ต่อทั้งผู้ผลิตหรือเกษตรกรและผู้บริโภค และยังเป็นการเพิ่มมูลค่าของผลผลิตทางการเกษตร ไม่ว่าจะเป็นบุคคลหรือองค์กร ต่างให้ความสำคัญในการเลือกอาหารสำหรับบริโภคเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีประชาชนใช้บริการเป็นจำนวนมาก มีความต้องการใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วย และมีร้านอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไป จากสถิติของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) รวม 896 แห่ง มีผู้ป่วยนอก 45.5 ล้านคน/184.1 ล้านครั้ง และผู้ป่วยใน 9.9 ล้านคน/38.5 ล้านวันนอนโรงพยาบาล ญาติและบุคคลทั่วไปประมาณ 2 เท่าจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อปีและบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า 5 แสนคน ซึ่งผู้ป่วยในเหล่านี้ต้องได้รับ

อาหารจากโรงพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้รับบริการต้องซื้ออาหารจากร้านอาหารภายในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงจำเป็นจะต้องผลิตอาหารที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้มารับบริการ เพื่อไม่ให้ได้รับสารพิษหรือเชื้อโรคที่ปนเปื้อนซึ่งจะก่อให้เกิดโทษต่อผู้ป่วยหรืออาจจะกระทบต่ออาการการป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย ไม่มีสารเคมีอันตรายตกค้าง ซึ่งอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ จึงส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินการอาหารปลอดภัย เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับบริการภายในโรงพยาบาลได้บริโภคอาหารที่สะอาดลดอัตราการเจ็บป่วยจากการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และมีนโยบายการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย โดยเน้นบริหารจัดการควบคุม ตรวจสอบการดำเนินงานทุกกระบวนการให้มีประสิทธิภาพ และบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน โดยทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์บริษัท ประชารัฐรักสามัคคีวิสาหกิจเพื่อสังคม (ประเทศไทย) จำกัด สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กระทรวงพาณิชย์และกระทรวงมหาดไทย

ดังนั้นเพื่อให้การเกิดระบบความปลอดภัยด้านอาหารในระดับชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ผลิตอาหารปลอดภัยเข้าสู่โรงพยาบาล ประชาชนผู้มารับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการจากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดภัย และเกิดความเข้มแข็งในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับชุมชนและระดับหมู่บ้าน ส่งเสริมสุขภาพประชาชนโดยใช้หลักการใช้อาหารเป็นยา สร้างหมู่บ้านผลิตอาหารปลอดภัย สร้างทางเลือกให้ประชาชนในชุมชน ลดการเสียรายได้จากเจ็บป่วย ส่งเสริมความเข้มแข็งของเศรษฐกิจชุมชนอย่างต่อเนื่อง สร้างความมั่นคง มั่นคั่ง ยั่งยืนให้ชุมชน พร้อมทั้งเป็นการตอบสนองนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเรื่องอาหารปลอดภัย และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นรูปธรรม มีความชัดเจนในการปฏิบัติ และเกิดระบบความปลอดภัยด้านอาหารในระดับชุมชน ส่งเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ผลิตอาหารปลอดภัยเข้าสู่โรงพยาบาล ประชาชนผู้มารับบริการได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ เกิดความเข้มแข็งในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับชุมชนและระดับหมู่บ้าน ส่งเสริมสุขภาพประชาชนโดยใช้หลักการใช้อาหารเป็นยา สร้างหมู่บ้านผลิตอาหารปลอดภัย สร้างทางเลือกให้ประชาชนในชุมชน ลดการเสียรายได้จากเจ็บป่วย ส่งเสริมความเข้มแข็งของเศรษฐกิจชุมชนอย่างต่อเนื่อง สร้างความมั่นคง มั่นคั่ง ยั่งยืนให้ชุมชน พร้อมทั้งเป็นการตอบสนองนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลเรื่องอาหารปลอดภัย และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นรูปธรรม มีความชัดเจนในการปฏิบัติ จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย(Food Safety Hospital) ขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไป ได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ

2.เพื่อสร้างองค์ความรู้ เพิ่มศักยภาพ และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชน มีความเข้าใจในการบริโภคอย่างปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและโรคภัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย

3.สนับสนุน พัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และยกระดับขีดความสามารถผู้ผลิตด้วยกลไกการทำงานบูรณาการแบบ ประชารัฐ มีชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการและชุมชนสามารถผลิตอาหารให้ได้มาตรฐานความปลอดภัย นำผลผลิตที่ปลอดภัยโดยชุมชน

ผลิตเข้าสู่โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ที่ได้มาตรฐานอาหารปลอดภัย สร้างความมั่นคง มั่นคั่ง ยั่งยืน แก่เศรษฐกิจชุมชน

4. โรงพยาบาลสามารถเป็นต้นแบบการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร สร้างกระแสให้เกิดความรอบรู้และวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ

วัตถุประสงค์

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) วิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา องค์ความรู้ เพิ่มศักยภาพ และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชน มีความเข้าใจในการบริโภคอย่างปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง ลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและโรคภัยไข้เจ็บที่มีสาเหตุอันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไป ได้รับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ และโรงพยาบาลเป็นต้นแบบการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร สร้างกระแสให้เกิดความรอบรู้และวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) จำนวนประมาณ 10,000 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสมัครใจ (Voluntary sampling) โดยเลือกกลุ่มเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงจากทุกอำเภอในเขตบริการสุขภาพที่ 7 จากทั้งหมด 4 จังหวัด ซึ่งได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2,656 คน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1,860 คน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,479 คน และจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,841 คน รวมทั้งสิ้น 7,836 คน

เครื่องมือที่ใช้

ลักษณะของเครื่องมือเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินผลการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรมให้ความรู้เสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรคกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ เพิ่มศักยภาพและเสริมสร้างให้ประชาชนบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการตรวจเลือดเกษตรกร

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลการตรวจยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 7

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลผลการจัดซื้อวัตถุดิบของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 7

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยทั้ง 10 มาตรการ

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลและงานวิจัยทบทวนองค์ความรู้เพื่อเลือกหัวข้อที่ต้องการทำการวิจัย

2. ขอหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจาก เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ชี้แจงและเตรียมทีมวิจัยในการเก็บข้อมูล ทำความเข้าใจในแบบสอบถามโดยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. ทีมวิจัยเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ตามนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดเขตสุขภาพที่ 7 โดยดำเนินการ 4 ด้าน 6 ตัวชี้วัด 10 มาตรการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ t-test จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อมาบรรยายภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างหรือประชากรในตัวแปรที่สนใจจะศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจากแบบประเมินการวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรมให้ความรู้เสริมสร้างสุขภาพป้องกันโรคกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ เพิ่มศักยภาพและเสริมสร้างให้ประชาชน บริโภคอาหารอย่างปลอดภัย เช่น สถิติ t-test จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ก่อน-หลังการจัดการเรียนรู้

ผลการศึกษา

1.ผลการการตรวจการปนเปื้อนทางจุลินทรีย์จำนวนทั้งสิ้นก่อนมีการดำเนินตามกิจกรรมโครงการโดยการตรวจตัวอย่างเชื้อจุลินทรีย์ จำนวน 1,816 ตัวอย่าง ตกมาตรฐาน 407 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 22.42 โดยแบ่งเป็นการตรวจวิเคราะห์หาเชื้อจุลินทรีย์ในน้ำบริโภค ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มในน้ำและน้ำแข็งของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Coliforms) จำนวน 250 ตัวอย่าง ตกมาตรฐาน 98 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 39.20 และการตรวจวิเคราะห์หาเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารพร้อมบริโภค มือผู้ปรุง/สัมผัสอาหาร และภาชนะอุปกรณ์ ซึ่งตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (SI-2) จำนวน 1,556 ตัวอย่าง ตกมาตรฐาน 309 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 19.73 ซึ่งการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนเหล่านี้จะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะประชาชนที่สุขภาพเจ็บป่วยสูญเสียความสมดุล จะยิ่งทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ฉะนั้นอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชนและอาหารปลอดภัยที่ประชาชนบริโภคนั้น ต้องปราศจากเชื้อโรค อาหารเป็นพิษ หรือปนเปื้อนจากเชื้อโรคทางเดินอาหารและสารเคมี เพื่อให้ประชาชนที่มารับบริการในโรงยาบาลได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย จึงต้องมีระบบการดูแล ควบคุม และตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัย อาหารที่ผลิตทุกขั้นตอนตลอดห่วงโซ่อาหาร (Food Chain) ตั้งแต่วัตถุดิบ (การเพาะปลูก เพาะเลี้ยง) การผลิต การแปรรูป การจัดจำหน่าย จนถึงผู้บริโภคอาหาร หรือที่กล่าวว่าจากฟาร์มสู่โต๊ะอาหาร (From Farm to Table)หรือจากฟาร์มสู่ช้อน (From Farm to Fork) ทั้งนี้มาตรฐานที่ใช้ในการควบคุมต้องมีความเท่าเทียมกับมาตรฐานสากล เช่น การใช้มาตรการสุขอนามัย และสุขอนามัยพืช (Sanitary and Phytosanitary :SPS) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ และหลังจากการดำเนินโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย สุ่มตรวจผลผลิตด้านเคมีที่นำเข้ามาในโรงพยาบาลจำนวน 9371 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อน 200 ตัวอย่าง สารโพลาร์ในน้ำมันทอดซ้ำ 379 ตัวอย่าง ปนเปื้อน 33 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 8.71 สารกันรา 1180 ตัวอย่าง ปนเปื้อน 32 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 2.71 สารเร่งเนื้อแดง 289 ตัวอย่าง ปนเปื้อน 2 ตัวอย่าง ร้อยละ 0.69 สารฟอกขาว 952 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อน สารพอแรกซ์ 1439 ตัวอย่างไม่พบการปนเปื้อน สารฟอมาร์ลีน 1901 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 3.10 ยาฆ่าแมลง 2868 ตัวอย่าง ปนเปื้อน 1.39 คิดเป็นร้อยละ 1.39 ไอโอดน 329 ตัวอย่าง ปนเปื้อน 34 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 9.37 และตรวจผลผลิตทางจุลินทรีย์ จำนวน 1816 ตัวอย่าง ปนเปื้อน 607 ตัวอย่างคิดเป็น ร้อยละ 5.43

จากการดำเนินโครงการโรพยาบาลอาหารปลอดภัย พบการปนเปื้อนของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากมีระบบตรวจสอบการนำเข้าผลผลิตตั้งแต่แหล่งผลิต แหล่งรวบรวม ตลอดจนการนำเข้ามาเป็นวัตถุดิบและการลดการปนเปื้อนของปัจจัยเสี่ยงๆต่างๆของตัววัตถุดิบ การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ ปลอดภัยเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพและลดการเจ็บป่วยป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดขึ้นในอนาคต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกต้อง ส่งเสริมการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ มีความหลากหลาย และเพิ่มผักหลากหลายสีและผลไม้สดในทุกวันๆ รวมทั้งการลดอาหารหวาน มัน เค็ม ซึ่งจะต้องจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถจัดการแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง โดยจะต้องเริ่มตั้งแต่ระดับบุคคล การมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งการขับเคลื่อนของชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการที่จะช่วยส่งเสริมและ

สนับสนุนกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้กับประชาชนเพื่อการปลอดโรค ปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดีต่อไป

2.การอบรมการให้ความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ เพิ่มศักยภาพและเสริมสร้างให้ประชาชน มีความรู้ความสามารถเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการในการผลิตพืชผัก รวมทั้งการปรุง-ประกอบอาหารและบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ

ตาราง 1 แสดงผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อน-หลัง การอบรมให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

คะแนนทดสอบ	Mean	S.D.	t	df	Sig
ก่อนการอบรม	1.35	1.57	-257.60	7681.00	0.05
หลังการอบรม	3.03	1.68			

จากตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลัง การอบรมพบว่า การวัดความรู้ก่อนการอบรมพบว่า ประชาชน มีความรู้ก่อนการอบรมเฉลี่ย 1.35 คะแนน หลังการอบรมประชาชนมีความรู้เฉลี่ย 3.03 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (0.05) และการวัดความรู้ก่อนการอบรมให้ความรู้เสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันโรคกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ เพิ่มศักยภาพและเสริมสร้างให้ประชาชน บริโภคอาหารอย่างปลอดภัยถูกหลักโภชนาการ เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า การวัดความรู้หลังการอบรมพบว่า ประชาชน 7,681 คน มีความรู้ส่วนใหญ่ตอบถูก 3 คะแนน จำนวน 2,169 คน ร้อยละ 28.24 ตอบถูก 4 คะแนน จำนวน 1,983 ร้อยละ 25.82 และ ตอบถูก 5 คะแนน จำนวน 1,659 คน ร้อยละ 21.60 คน ตามลำดับ หลังการอบรม พบว่า ประชาชน 2,549 คน มีความรู้ส่วนใหญ่ตอบผิดทุกข้อ 0 คะแนน จำนวน 841 คน ร้อยละ 32.99 ตอบถูก 1 คะแนน จำนวน 755 ร้อยละ 29.61 และ ตอบถูก 2 คะแนน จำนวน 556 คน ร้อยละ 21.82 คน ตามลำดับ

ประชาชนส่วนใหญ่ ขาดความรู้ในเรื่องการลดปริมาณสารพิษจากการล้าง ผักผลไม้ ให้ปลอดภัย การใช้สมุนไพรในการล้างพิษ หลังจากอบรมให้ความรู้ ประชาชนมีแนวโน้มมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม และจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ประชาชนในปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองและบุคคลภายในครอบครัว แต่ละครอบครัวจะต้องต่อสู้กับชีวิตและความเป็นอยู่ภายในครอบครัวให้มีความเป็นอยู่ที่ดี แต่ประชาชนบางครอบครัวอาจขาดการดูแลเอาใจใส่ตนเองและบุคคลภายในครอบครัว เพราะเนื่องจากต้องออกหางาน ทำงานแข่งกับเวลา เพื่อหาเงินมาเลี้ยงบุคคลภายในครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ตนเองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารสำเร็จรูป การบริโภคอาหารที่อาจมีการปนเปื้อนของสารเคมี การบริโภคอาหารไม่ครบ 5 หมู่ บริโภคอาหารมากเกินไปและไม่รับประทานอาหารเป็นเวลา ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคกระเพาะอาหาร โรคขาดสารอาหาร โรคอ้วน โรคภาวะโภชนาการเกิน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ นธะสนธิ (2560)[4] ได้ศึกษาการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับ อาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของประชาชนในชุมชนกึ่งชนบทโดยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบ กับอาหารประเภทอื่น และการศึกษาของยสุนีย์ พันธุ์ (2554)[6] พานิชการศึกษาครั้งนี้มี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และทัศนคติต่อสุขภาพ ของเกษตรกรเทศบาลตำบลทุ่งโฮ่ง อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสารพิษในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 คือ บทบาทในการทำเกษตรกรรม แนวทางการลด ระดับสารพิษในเลือดของเกษตรกร ได้แก่การประชาสัมพันธ์ให้ ความรู้ อย่างต่อเนื่องจัดให้มีโปรแกรมตรวจสารพิษในเลือดของ เกษตรกรรณรงค์ส่งเสริมให้มีการสวมใส่ อุปกรณ์ป้องกัน อันตราย โดยเฉพาะเกษตรกรที่ทำการเพาะปลูกเองและเกษตรกร ที่รับจ้างทำการเพาะปลูก

การให้ความรู้โดยวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพที่ ถูกต้อง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ลด ค่าใช้จ่าย และโอกาสในการประกอบอาชีพ ก่อให้เกิดสุขภาวะที่ ดีของประชาชน โดยเฉพาะในเรื่องอาหารปลอดภัย เพราะเรา ต้องบริโภคอาหารทุกวัน หากบริโภคอาหารมีประโยชน์ จะ สามารถลดการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค อาหาร เป็นการบริโภคอย่างคำนึงถึงคุณค่าที่จะได้รับด้วย

2.การคัดกรองสารเคมีในเลือด จากข้อมูลผลการตรวจ คัดกรองสารเคมีในเลือดประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการสัมผัส สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) ในเขตสุขภาพที่ 7 ยังพบว่า ประชาชนยังมีผลเลือดในระดับ เสี่ยง ถึงร้อยละ 33.07 และ ระดับไม่ปลอดภัย ถึงร้อยละ 15.08 และอาจนำไปสู่การเจ็บป่วย จากปัญหาการป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดแมลงศัตรูพืช หรือการ ป่วยจากการได้รับสารเคมีที่ใช้ในการกำจัดแมลงและสารเคมีที่ ใช้ในการกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะจากการลงพื้นที่ใน 4 จังหวัด พบว่ามีการนำสารเคมีป้องกันกำจัดแมลงศัตรูพืช มาใช้อย่าง แพร่หลาย ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการตกค้างในผลผลิตทางการเกษตร ซึ่งถ้าได้รับใน ปริมาณมากอาจมีพิษเฉียบพลัน มักมีผลต่อตับ ปอด อาจมี เลือดออกในทางเดินอาหาร พิษเรื้อรัง มีอาการเป็นพังผืดที่ปอด นอกจากนั้น สารกำจัดวัชกำจัดศัตรูพืช มีแนวโน้มถูกนำมาใช้ มากขึ้นในปัจจุบัน สารเหล่านี้มักทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก อาการรุนแรง อาจมีอาเจียนปนเลือด ปัสสาวะออกน้อย ไตวาย ปอดบวม อาการทางผิวหนัง ผื่นคัน ผิวหนังไหม้ ตาอักเสบได้ ซึ่งสารคมีเหล่านี้เกษตรกรผู้ผลิตผัก สดและผลไม้ มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากใช้ ได้ผล และหาซื้อง่าย ไม่มีการควบคุมการใช้ เกษตรกรผู้ผลิตบาง รายมีการผสมในอัตราส่วนที่เกินกว่าฉลากกำหนด บางส่วนมี การพ่นหรือการใช้ในความถี่ที่มากกว่ากำหนด หรืออาจจะใช้ใน ระยะเวลาที่ไม่ตรงตามฉลาก เช่น กำหนดให้ฉีดหรือพ่นทิ้งไว้ 15 วัน ค่อยมีการเก็บผลผลิตมาจำหน่ายให้ผู้บริโภค แต่ เกษตรกรมีการเก็บผลผลิตก่อนกำหนด และนำมาจำหน่ายให้ ผู้บริโภค จึงทำให้ปัญหาการตกค้างของยาฆ่าแมลงทวีความ รุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวรเชษฐ์ ขอบใจ (2554)[5] ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัด ศัตรูพืช และระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (cholinesterase activity) ในเลือดของกลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่า ม้ง จังหวัดพะเยาพบว่าเกษตรกรที่มีระดับค่า cholinesterase activity ใน serum อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าปกติจำนวน 21 ราย คิด เป็นร้อยละ 5.65 พบว่าเพศชายมีระดับค่า cholinesterase activity ใน serum ที่ผิดปกติมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 4.88 พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวม และสอดคล้อง กับสถานการณ์โรคพิษจากสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช (Pesticide Poisoning) จากการเฝ้าระวังโรคในระดับประเทศ พบว่าโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม (รง 506/2) โดย สำนักระบาดวิทยา ระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 – 2557 มีรายงาน ผู้ป่วยได้รับพิษจากสารป้องกัน กำจัดศัตรูพืช รวม 13,960 ราย มี รายงานเฉลี่ยปีละ 1,396 ราย อัตราป่วยอยู่ระหว่าง 0.43 - 2.21 ต่อ ประชากรแสนคน และพบการรายงาน สูงสุดระหว่างเดือน พฤษภาคมถึงสิงหาคม ของทุก ๆ ปี ซึ่งเป็น ช่วงฤดูฝน เพราะ

เกษตรกรเริ่มมีการเพาะปลูก และมีการใช้สาร ป้องกันกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 มีรายงานการได้รับพิษ จากสารกำจัดแมลงศัตรูพืชรวม 280 ราย อัตราป่วย 0.43 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราส่วนเพศ หญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 2.0 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.93 และรับจ้าง (31.07%) โดยเริ่มมีรายงานมากในกลุ่มอายุ ระหว่าง 15 - 64 ปี อัตราป่วยอยู่ระหว่าง 0.35 - 0.70 นอกจาก นั้นยัง พบว่าเด็กอายุระหว่าง 0 - 4 ปี ได้รับอันตรายจากสาร เคมีกำจัดศัตรูพืช อัตราป่วย 0.49 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.14 รักษาในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 30 เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ แต่อาจเกิดจากการ จากสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช ไม่เพียงแต่เกิดพิษเฉียบพลันเท่านั้น แต่การเกิดพิษจาก การได้รับสัมผัสในระยะยาว อาจมีผลต่อ ระบบประสาท ระบบ พันธุกรรม และการเกิดมะเร็ง ฯลฯ จึงควรมีการเฝ้าระวังการเกิด ผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ ไปกับ การดำเนินมาตรการตามแนวทาง ควบคุมป้องกันอันตรายจาก การใช้สารกำจัดแมลงศัตรูพืชอย่างเหมาะสมและใช้อย่างถูกวิธี รวมทั้งการส่งเสริมการเพาะปลูกพืชปลอดสารเคมีกำจัดแมลง ศัตรูพืช

3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ผลิตพืชผัก อาหารให้ปลอดภัย รวมถึงการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการปรุง-ประกอบอาหารได้ถูกต้อง จากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในผลิตพืชผักอาหารอาหารได้ถูกต้อง ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผลการตรวจคัดรองสารเคมีในเลือด ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 7,836 คน ผลเลือดในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยรวมกัน จำนวน 3,741 คน แยกเป็นผลเลือดอยู่ในระดับ มีความเสี่ยง จำนวน 2,660 คิดเป็นร้อยละ 33.95 และ ระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 1,236 คน ร้อยละ 15.77 นำกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ และกลุ่มประชาชนที่สนใจให้ความร่วมมือเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผลการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด หลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีผลเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย จำนวน 2,690 คน ร้อยละ 48.10 คน ผลเลือดในระดับปกติ จำนวน 1,691 คน ร้อยละ 30.24 ยังเหลือผู้ที่มีผลเลือดในระดับเสี่ยง จำนวน 949 คน ร้อยละ 16.97 และ ผลเลือดในระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 262 คน ร้อยละ 4.69

ตาราง 2 แสดงผลเปรียบเทียบระดับเลือด ก่อน-หลัง การเข้าร่วมหลักสูตรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่สมัครเข้าร่วมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ปกติ+ไม่ปลอดภัย	ร้อยละ	เสี่ยง+ไม่ปลอดภัย	ร้อยละ	รวม	S.D.	t	df	Sig
ก่อนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3940	50.28	3,896	49.72	7,836	0.53	-118.97	5592.00	0.05
หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	4381	78.34	1211	21.66	5592	0.67			

ประชาชน 5,592 คน ใน 77 อำเภอ 4 จังหวัด ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ผลเลือดอยู่ในระดับเสี่ยง ไม่ปลอดภัย และประชาชนที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 5,592 คน เข้าหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ประชาชนมีผล

เลือดเปลี่ยนแปลงเป็นระดับปกติ และไม่ปลอดภัย จำนวน 4,381 คน คิดเป็นร้อยละ 78.34 คน และยังมีประชาชนที่ผลเลือดยังคงอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 1,211 คน คิดเป็นร้อยละ 21.66 ผลจากการเข้าร่วมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผลเลือดประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(0.05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในการใช้หลักสูตร โปรแกรม การเข้าข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่ากลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มป่วยส่วนใหญ่มีผลในการปฏิบัติ พฤติกรรม หรือความรู้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น เช่นสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์และคณะ (2554)[1] ได้ศึกษาการวิจัยกระบวนการเสริมพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัด ปุรณาวาส ผลการวิจัยพบว่าคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างหลังกระบวนการเสริมพลังเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าก่อนกระบวนการเสริมพลัง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมพลังก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับบุคคล ของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส การศึกษาของพรพิมล อุลิตผล (2558)[2] ได้ศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง ส่งผลที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และการศึกษาสุขสันต์ อินทรวิเชียร (2555)[3] ได้ศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน เลือกพื้นที่ที่ทำการวิจัย แบบเจาะจง เอว ค่าคอเรสเตอรอล ค่าไตรกลีเซอร์ไรด์ ค่าน้ำตาลหลังอาหาร และค่าน้ำตาลก่อนอาหาร มีแนวโน้มลดลง โดยการวัดก่อนและหลังเข้าค่าย 3 เดือน 6 เดือน มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.001$) ทุกตัวแปร

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. เนื่องจากจังหวัดปัญหาการใช้ยาฆ่าแมลงในพืชผักมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกปี จากตัวเลขรายงานการนำเข้า ของกรมวิชาการเกษตร การการลดการใช้ยาฆ่าแมลงและยาฆ่าหญ้า จึงควรมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าแมลง ควรคำนึงถึงสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อม เช่น มีการสำรวจปริมาณการซื้อยาฆ่าหญ้าหรือยาฆ่าแมลง ในระดับอำเภอหรือตำบล ว่าในพื้นที่ใดมียอดการจำหน่ายยาฆ่าหญ้าหรือยาฆ่าแมลง ในปริมาณที่มาก ก็อาจมีการแจ้งเตือนให้ประชาชนได้ทราบ และได้ระมัดระวังในการบริโภค

2. ถึงแม้การตกค้างของยาฆ่าแมลงในแปลงหรือตลาด จะมีการตกค้างในจำนวนที่น้อย แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการให้ความรู้ในวิธีการนำผัดสด ไปบริโภคหรือประกอบอาหาร ให้กับประชาชนในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เช่น การล้างผักอย่างถูกวิธี การล้างผักเพื่อล้างสารพิษ

3. ควรมีการศึกษาสนับสนุนให้เกษตรกรผู้ผลิต ใช้นวตกรรมทางชีวภาพ ในการกำจัดแมลงศัตรูพืช เช่น การใช้แบคทีเรีย หรือการใช้สมุนไพร ในการกำจัดศัตรูพืช

4. ควรมีแผนงานหรือโครงการในการสำรวจ เฝ้าระวังการตกค้างของยาฆ่าแมลงในผักสด แผนงานในการคุ้มครองผู้บริโภคสำหรับประชาชนด้านความปลอดภัยจากสารเคมีที่ใช้ในเกษตร และแผนงานการบริการการให้ความรู้วิชาการแก่ชุมชน โดยคำนึงสภาพปัญหาที่พบในแต่ละบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกันปัญหาและการแก้ไขปัญหาในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความพึงพอใจผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไป เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของโรงครัวโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 7

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติในการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช เพื่อที่จะ ได้หาแนวทางในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืช

3. ควรมีการศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และความรู้ของเกษตรกรในการใช้สารเคมี

ป้องกันกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ จากการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชเทียบกับระดับ เอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไปและกลุ่มเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเขตบริการสุขภาพที่ 7 (ร้อยแก่นสารสินธุ์) เท่านั้น ซึ่งเป็นประชากรจำนวนมากและยากต่อการสรุปรวบรวมอภิปรายข้อมูล ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการทั่วไปและกลุ่มเกษตรกรที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในจังหวัด เพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเจาะจงยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1 เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธ์, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, และประทีป ปัญญา. (2554). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุรณาวาส. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

2 พรพิมล อุลิตผล. (2558). การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3 สุขสันต์ อินทรวิเชียร. (2555). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น

4 อมรรัตน์ นธะสนธิ (2560) ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการในกึ่งชนบทจังหวัดอุบลราธานี. รามาธิบดีพยาบาลสาร ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 เลขหน้า: 344-357

5 วรเชษฐ์ ขอบใจ, อารักษ์ ดำรงสัตย์, พิทักษ์พงศ์ ปันต๊ะ และเดช ดอกพวง. (2554). พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของ กลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร พะเยา

6 ยสุนีย์ พันธุ์, วิโรจน์ จันทร, สรัญญา ถี่ป้อม, และสมชาย สวัสดี. (2554). ปัจจัยส่วนบุคคลความรู□ความเข้าใจ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และทัศนคติต่อสุขภาพของเกษตรกรเทศบาลตำบลทุ่งโฮ□ง อำเภอเมืองแพร□ จังหวัดแพร่. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ: สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง

Caring Outcomes of Patients with Type 2 Diabetes and Hypertension on progression of chronic kidney disease

เจนจิรา นิราราช[1], สุรัชดา ชนโสภณ[2]
Chenchira Nirarach[1], Suratchada Chonsopon[2]

(Received: August 20,2018; Accepted: September 27,2018)

บทคัดย่อ

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหรือ ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จนกระทั่งไปสู่ระยะที่ 4 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ทุกรายที่รับบริการในโรงพยาบาลห้วยเม็กระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2556 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 โดยศึกษาระยะเวลาการดำเนินโรคผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปสู่ ระยะที่ 4 ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 96 คน (ร้อยละ80) อายุเฉลี่ย 61-70 ปี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 38.33) ส่วนใหญ่ BMI น้อยกว่า 22.9 kg/m2 จำนวน 46 คน (ร้อยละ 38.33) สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 102 คน (ร้อยละ85) ซึ่งโรคประจำตัวร่วมกับโรคไตเรื้อรัง พบเป็นโรคเบาหวาน 113 (ร้อยละ 94.17) และโรคความดันโลหิตสูง 112 (ร้อยละ93.33) โดยทำการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ต่อการดำเนินโรคจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็นผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์พิจาณามาจากเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง TCEN (Toward ClinicalExcellence Network) พบว่า ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจ HBA1C Microalbumin LDL TG HDL มีผู้ป่วยบางรายได้รับการตรวจคัดกรองประจำปีปีละ 1 ครั้งติดต่อกัน5 ปี และพบว่ามีเพียงการตรวจ HDL ที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่ได้รับการตรวจเป็นประจำต่อเนื่องทั้ง 5 ปี แต่ไม่พบว่าการตรวจค่าเลือดประจำปีมีความสัมพันธ์กับการดำเนินโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก มีผู้ป่วยบางส่วนที่สามารถควบคุมผลตรวจอยู่ในเป้าหมายได้ต่อเนื่องทั้ง 5 ปี ได้แก่ การควบคุมระดับSBP DBP BP FBS Microalbumin Triglyceride HDL LDL และการได้รับยา Enalapril ในผู้ที่มีMicroalbumin และพบว่ามีเพียงการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม HBA1C ที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยสามารถควบคุม ได้อย่างต่อเนื่องทั้ง 5 ปี แต่ไม่พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกสัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ไปสู่ ระยะที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาระยะเวลาการดำเนินโรค (median time) ในประชากรที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในปี พ.ศ. 2556 ที่มีการดำเนินโรคจากระยะที่ 3ไปสู่ระยะที่ 4 วิเคราะห์ด้วยวิธี Kaplan-Meier Suvival analysis พบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลา (median time) การเปลี่ยน ckd stage 3 ไปสู่ stage 4 เท่ากับ 4.37 ปี เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตจากระยะที่ 3 ไประยะที่ 4 โดยวิเคราะห์จากตัวแปรผลลัพธ์ด้านกระบวนการรักษา ผลลัพธ์ทางคลินิก และตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ด้วยวิธี univariable cox regression พบว่า unadjusted HR ที่มีค่า p-value<0.2 ได้แก่ เพศหญิง การตรวจ LDLทุกปี การตรวจ Microalbumin ทุกปี การตรวจ Choleterol ทุกปี การควบคุมระดับFBSได้ทุกปี การควบคุมระดับFBSได้ทุกปี การมีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคร่วมเป็นโรคไทรอยด์ การมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือด การมีโรคร่วมเป็นโรคเกาท์ และการมีโรคประจำตัวร่วมเป็นวัณโรค การควบคุมระดับน้ำตาลก่อนอาหาร FBS ได้ทุกปี แต่พบว่าเมื่อนำไปวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี multivariable cox regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ไปสู่ระยะที่ 4 ได้แก่ การมีโรคร่วมเป็น โรคเบาหวาน HR 47.93 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI =2.92-784.68 และโรคไทรอยด์ HR 21.36 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI =4.42-103.22) ถึงแม้ว่า ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยอาจยังไม่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ไปสู่ระยะที่ 4 แต่การดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน และไทรอยด์สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วยเวลา 4 ปีก่อนการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตจากระยะที่ 3 ไปสู่ระยะที่ 4

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this study was to access the result of patient care in the patient with diabetes and hypertension who were diagnosed to chronic kidney disease stage 3 and treated in Huaimek Hospital, Kalasin during January 1, 2013 – December 31, 2017. The outcomes included

[1] เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต เภสัชกรรมปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

the patient care process, clinical outcome, and identify factors which associated with chronic kidney disease (CKD) stages 3-4. The participants were 120 patients that most patients were female (96 patients, 80%), average age in 61-70 years of age (46 patients, 38.33%), BMI < 22.9 kg/m^2 (46 patients, 38,33%), and universal coverage (UC) scheme (102 patients, 85%) who had comorbidity with CKD in DM (113 patients, 94.17%) and hypertension (112 patients, 93.33%). This study analyzed the factors involved disease progression from patient care outcome. The outcome was classified into process care outcome and clinical outcome. The variables for analysis were from Toward Clinical Excellence Network (TCEN). This research studied median time of disease progression in the patient with CKD stage 3 in 2013 who had progress from CKD stage 3 to stage 4 and statistically analyzed by Kaplan-Meier Survival analysis. The result showed that the median time in disease progression of CKD stage 3 to stage 4 was 4.37 years. For process care outcome , There were some patients had continuously examined HBA1C, Microalbumin, LDL and TG. However, no one had continuously examined HDL in annual medical examination and disease screening after 5-year continuous following. There was no significant association between annual medical examination and disease progression in process care outcome. For clinical outcome, there were some patients can continuously control the laboratory value in the targeted goal for 5 years of following. The laboratory values included SBS, DBP, BP, FBS, Microalbuminuria, Triglyceride, HDL, LDL and Dispensing enalapril in patients with microalbuminuria . No one can continuously control HbA1C in targeted goal over 5 years. There was no significant association in clinical outcome and CKD stage 3 to 4 progression. This result was additionally analyzed with univariable cox regression and found that the unadjusted HR of patient care in the patient with diabetes and hypertension process variables was eligible with p-value <0.2. The variables included female, annual LDL, microalbuminuria, and cholesterol examinations, control of targeted FBS in every year, comorbidities; DM, Thyroid dysfunction, Dyslipidemia, Gout and Tuberculosis. However, statistical analysis with multivariable cox-regression found the factors that related CKD stage 3 to stage 4 progression were comorbidities; DM (HR 47.93, 95% CI 2.92-784.68) and thyroid dysfunction (HR 21.36, 95% CI 4.42-103.22). Despite the fact that process care outcome and clinical care outcome might not relate to CKD stage 3 to stage 4 progression but patient care especially for the patient with DM and Thyroid dysfunction can delay CKD progression especially before 4 years that there were changing CKD stage 3 to stage 4.

Keywords : Patients with Type 2 Diabetes and Hypertension

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทุกประเทศ โรคไตเรื้อรังส่งผลต่อเสียต่อการรักษาโรคของผู้ป่วยและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น [(1)] United States Renal Data System (USRDS) รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 970,436 ราย ในปี 1999 เป็น 1,172,655 ราย ในปี 2004 คิดเป็นร้อยละ 21 [(2)] ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นสูงจาก 30,000 รายในปี 2000 เป็น 51,000 ราย ในปี 2010 [(3)]

สถานการณ์โรคไตในประเทศไทย จากการศึกษาระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในชุมชนของประเทศไทย พบความชุกของโรคจากระยะที่ 1-4 เท่ากับร้อยละ 3.3% (95% CI 2.5%, 4.1%), 5.6% (95% CI 4.2%, 7.0%), 7.5% (95% CI 6.2%, 8.8%) และ 1.1% (95% CI 0.7%, 1.5%) ตามลำดับ [(4)] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรายงานว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.6), โรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 4.3) และโรค chronic glomerulonephritis (ร้อยละ 2.4) [(4)] ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน[(5)] ซึ่งพบว่ามีประชากรในระยะที่ 1-3 เพียง ร้อยละ 1.9 ของประชากรทั้งหมดในการศึกษาเท่านั้นที่ทราบว่าตนกำลังเป็นโรคไตระยะดังกล่าว ซึ่งเป็นช่วงที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ดี ดังนั้นหากมีระบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกของโรค และให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว รวมถึงให้ยาที่เหมาะสม จะสามารถป้องกัน และชะลอการเสื่อมของหน้าที่ไตได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความคุ้มค่าทาง

เศรษฐกิจมากกว่าการสูญเสียทรัพยากรไปใช้ในการรักษาระยะท้ายของโรค[4]

ปัจจุบันโรงพยาบาลห้วยเม็กมีคลินิกโรคไตเรื้อรัง แต่ยังพบปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มจำนวนมากขึ้น ข้อมูลสถิติปี 2558-2560 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวน 583 ราย 747 ราย และ 962 ราย ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการทำงานของไตระยะที่ 3 และ 4 ในปี 2558-2560 มีจำนวน 505 ราย 495 ราย และ 633 ราย ตามลำดับ ปัญหาด้านการจัดการโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลห้วยเม็กคือ คลินิกโรคไตเรื้อรังจะดูแลเฉพาะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ซึ่งส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคมาจากระยะที่ 3 ที่ยังได้รับการดูแลแบบบูรณาการในคลินิกโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีความชุกสูงสุดและยังสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ จึงต้องทำการศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยดูเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ยังรับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระยะที่ 3 ที่อาจส่งผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังไปสู่ระยะที่ 4 ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง ที่ปัจจุบันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยวิเคราะห์ผลลัพธ์การให้บริการตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถูกกำหนดโดย Toward Clinical Excellence' Network (TCEN) ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Clinical condition เป็นจุดร่วมที่ใช้การประเมิน ในการดูแลภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีบางตัวชี้วัดมีส่วนช่วยในการชะลอไตเสื่อม ซึ่งสัมพันธ์กับแนวทางปฏิบัติในการช่วยในการชะลอการเสื่อมของไต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินของโรคไตจากระยะที่3ไปสู่ระยะที่4

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ไปสู่ ระยะที่ 4

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective Analytic Studies) เพื่อศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังโดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลด้านต่างๆแบบองค์รวม ตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลห้วยเม็ก เพื่อการชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วยการดูแลด้านกระบวนการคัดกรองประจำปี และการดูแลทางคลินิกให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ไขมัน ความดัน ในอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือแม้กระทั้งการได้รับยาเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยใช้เกณฑ์เป้าหมายในวิเคราะห์ผลลัพธ์มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วย TCEN ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้ใช้ประชากรทั้งหมด ณ ขณะนั้น ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่รับบริการในคลินิกโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลห้วยเม็ก

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ทุกรายที่รับบริการในโรงพยาบาลห้วยเม็กระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2556 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2556 การคัดเลือกตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3 ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลห้วยเม็ก (2) ผู้ป่วยที่มีอัตรากรองของไต (estimated glomerular filtration rate,eGFR) 30-59 ml/min/1.73m2 (3) เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลห้วยเม็กอย่างน้อย ย้อนหลัง 2 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย 2) ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ HosXp ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ฐานข้อมูลเวชระเบียนและผลการ

ตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร เช่น ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงวิเคราะห์ Statistical analysis ใช้ Survival analysis เพื่อหา median time ในการเปลี่ยน CKD stage จากระยะต่ำไปสู่ระยะที่สูงขึ้น เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไต โดย ใช้ Chi-Square test of Associationsหรือ Fisher ‘s exact Test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินไปของโรค วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติก (COX regression) โดยทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติกตัวแปรเดียว (Univariate COX regression) และวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติกหลายตัวแปร (Multivariate COX regression) ซึ่งทำการคัดเลือกตัวแปรจากขั้นตอนการวิเคราะห์การถดถอย โลจีสติกตัวแปรเดียวที่มี <0.15 เพื่อนำไปวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติกหลายตัวแปร รวมถึงทำศึกษาการมีอิทธิพลร่วมกันระหว่างตัวแปรอิสระ โดยใช้โปรแกรม STATA (version 9, StataCorp LP., 4905 Lakeway Drive, College Station, Taxas, USA)

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขใบจริยธรรมเลขที่ xxx

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย 120 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปีพบว่า

1. ผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วย แบ่งออกเป็นผลลัพธ์ทางกระบวนการตรวจประจำปี และผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองประจำปีทุกปี ปีละ 1 ครั้ง เมื่อติดตามไป 5 ปี พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการสม่ำเสมอทุกๆปี และมีเพียงการตรวจ HDL ที่ไม่มีผู้ป่วยรายได้เลย ได้รับการตรวจเป็นประจำต่อเนื่องทั้ง 5 ปี แต่ไม่พบว่า การตรวจค่าเลือดประจำปีสัมพันธ์กับการดำเนินโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก มีผู้ป่วยบางส่วนที่สามารถควบคุมผลตรวจอยู่ในเป้าหมายได้ต่อเนื่องทั้ง 5 ปี ได้แก่ การควบคุมระดับSBP DBP BP FBS Microalbumin Triglyceride HDL LDL และการได้รับยา Enalapril ในผู้ที่มีMicroalbumin และพบว่ามีเพียงการควบคุมค่า HbA1C ที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่สามารถควบคุมระดับ HbA1C ได้อย่างต่อเนื่องทั้ง 5 ปี แต่ไม่พบว่าผลลัพธ์ทางคลินิกสัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ไปสู่ระยะที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จากการศึกษาระยะเวลาการดำเนินโรคในประชากรที่เป็นโรคไตเรื้อรัง stage 3 ในปี พ.ศ.2556 วิเคราะห์ด้วยวิธี Kaplan-Meier Suvival analysis พบกว่าผู้ป่วยมีระยะเวลา (median time) การเปลี่ยน ckd stage 3 ไปสู่ stage 4 เท่ากับ 4.37 ปี

3. เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี univariable cox regression พบว่ากระบวนการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ TCEN ที่มี unadjusted HR ที่มีค่า p-value<0.2 ได้แก่ การตรวจ LDLทุกปี การตรวจ Microalbumin ทุกปี การตรวจ Cholesterol ทุกปี แต่พบว่าเมื่อนำไปวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี multivariable cox regression พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี multivariable cox regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินโรคไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 ไปสู่ระยะที่ 4 ได้แก่ การมีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน HR 47.93 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI =2.92-784.68 และโรคไทรอยด์ 21.36 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI =4.42-103.22)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย

สำหรับเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กำหนดให้มีการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการประจำปี ได้แก่ การเจาะ HbA1c ประจำปี การตรวจ Lipid profile ประจำปี การตรวจ

Microalbuminuria ประจำปี ซึ่งในการศึกษานี้ตัวแปรที่ใช้เก็บข้อมูลพัฒนามาจากตัวชี้วัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวานของ TCEN (Toward ClinicalExcellence Network) จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจประจำปีติดต่อกันทั้ง 5 ปี ในการศึกษานี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจ Microalbumin LDL TG HDL Cholesterol HbA1C ต่อเนื่องทุกปี และพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยได้รับการตรวจ HDL เป็นประจำต่อเนื่องกันทุกปี อาจมีสาเหตุมาจาก ตัวชี้วัด Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) ไม่ได้กำหนดให้ HDL เป็นหนึ่งในตัวชี้วัด แต่อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ระบุเป้าหมายของการรักษาป้องกันและชะลอการเสื่อมของโรคไตจากเบาหวานโดยให้มีการควบคุมระดับไขมัน HDL พ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ และคณะ ซึ่งมีการศึกษาระบบการรักษาส่วนใหญ่ของประเทศ พบว่าประมาณ 3 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ได้รับการตรวจ HbA1c

สำหรับแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลห้วยเม็กด้านการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด พบว่า case manager จะติดตามผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ติดต่อกัน 2 ครั้งตาม CPG หลังขาดนัด 1 สัปดาห์ แต่ถ้าติดต่อไม่ได้หรือไม่มาภายใน 1 เดือนจะส่งทีม HHC ลงเยี่ยมบ้าน แต่อาจจะมีบางส่วนที่ได้รับการติดตามแต่ไม่มาหรืออาจจะไม่ได้รับการติดตาม แม้จะมีแนวทางปฏิบัติด้วยจำนวนบุคลากรที่จำกัดและจำนวนผู้ป่วยที่มาก จึงอาจจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยบางราย บางปีไม่ได้รับการตรวจเลือดประจำปีต่อเนื่องทุกปี และเมื่อพิจารณาผลการศึกษาสังเกตได้ว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีการตรวจเลือดประจำปีมากที่สุด ถึง 4 ใน 6 ของประเภทการตรวจทั้งหมด พบว่าในปีดังกล่าวมีผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเรื้อรังคนใหม่ มีการจัดระบบเรื่องการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่มากขึ้น มีการคัดกรองโรคมากขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น มีการตรวจติดตามตัวชี้วัดมาตรฐานการตรวจเลือดประจำปี จึงส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยได้รับการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการสูงสุด ดังนั้นกระบวนการรักษาที่ดีขึ้น น่าจะเกิดจากการขับเคลื่อนของผู้รับผิดชอบงานในคลินิกด้วยดังการศึกษาของ Joss NADDIN [7] จากการติดตามระยะเวลา 5 ปีการดูแลของสหวิชาชีพ จนระดับความดันโลหิตควบคุมได้ มีอัตราการดำเนินโรค (Rate of progression of renal failure) ที่ดีกว่าการดูแลแบบทั่วไป และผลลัพธ์เฉลี่ยค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure Diastolic blood pressure และ cholesterol ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาของLeung WY และคณะ[8]ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบ structured care มีการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการที่มาก การใช้ยากลุ่ม renin-angiotensin system inhibitor และการลดระดับค่าความดันโลหิตและ (LDL) cholesterol ที่เหนือกว่าการดูแลแบบ usual care และสอดคล้องกับ การศึกษาของพนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ[6] ที่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ มีผลลัพธ์ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวนครั้งการส่งตรวจเพิ่มขึ้น การสั่งจ่ายยา และกลุ่มที่ได้รับการปรับขนาดยากลุ่ม ACEIs/ARBs ให้เหมาะสม มีค่า median ของระดับ ACR (albumin creatinine ratio) ก่อนและหลังการศึกษาลดลง มีผลช่วยชะลอไตเสื่อม ดังนั้นการมีแนวทางปฏิบัติในการติดตามการมาตรวจตามนัด หรือการมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในคลินิกคอยขับเคลื่อน มีการกำหนดนโยบายโดยให้มีตัวชี้วัดในการติดตามผู้ป่วยเป็นหนึ่งในนโยบายการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลอาจจะมีส่วนช่วยให้มีผลลัพธ์ทางกระบวนการรักษามีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก

การควบคุมระดับความดันโลหิต สำหรับเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กำหนดให้ระดับความดันโลหิต ทั้ง Systolic Blood Presure และ Diastolic blood pressure อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย $\leq$130/80 mmHg ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุม Systolic Blood Presure ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 103 คน(ร้อยละ85.83) 106คน(ร้อยละ 88.33) 76คน(ร้อยละ63.33) 55คน(ร้อยละ 45.83) 56คน (ร้อยละ 46.67) ตามลำดับ ระดับความดันโลหิต Diastolic blood pressure ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 111คน (ร้อยละ92.50) 117คน(ร้อยละ97.50) 107คน(ร้อยละ89.17) 109คน(ร้อยละ90.83) 112คน(ร้อยละ93.33) และระดับความ

ดันโลหิต Blood pressure เท่ากับ 102คน(ร้อยละ92.73) 105คน(ร้อยละ98.13) 72คน(ร้อยละ88.89) 50คน(ร้อยละ 89.29) 56คน(ร้อยละ87.50) พบว่าในปี 2557 มีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้สูงสุด น่าจะมีสาเหตุมากจากในการศึกษาของ Joss NADDIN [7] แนะนำว่า การได้รับคำแนะนำในการควบคุมระดับ Blood pressure และ cholesterol ทุก 2-3 สัปดาห์ จากการดูแลของสหวิชาชีพ จะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและมีอัตราการดำเนินโรคของโรคไต (Rate of progression of renal failure) ที่ดีกว่าการดูแลแบบทั่วไป

หากพิจารณาจากพยาธิสภาพของโรคความดันโลหิตสูงกับการดำเนินโรคไต พบว่าหากไม่สามารถควบคุมโรคได้อาจทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นและรูของหลอดเลือดเล็กลงทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ความดันโลหิตสูงจึงมีผลต่อหลอดเลือดที่ไตทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอไตจึงเสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้นไตวายเรื้อรัง เมื่อพิจารณาผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 120 ราย ทุกรายได้รับการวัดระดับความดันโลหิตทุกปีอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตSBP DBP BP ได้สูงสุดในปีพ.ศ. 2557 ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามตัวแปรอื่นๆที่มักจะมีผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีในปีดังกล่าวซึ่งเป็นปีที่มีผู้รับผิดชอบคลินิกคนใหม่เข้ามาจัดระบบการลงทะเบียน และตรวจคัดกรองผู้ป่วยมากขึ้นและพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ DBP ได้มากกว่า BP และ SBP ตามลำดับ จากการพิจารณาความสำคัญของการควบคุมระดับ SBP และ DBP หากค่าใดค่าหนึ่งสูงเกินปกติ ก็ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนผู้ที่มีความดันค่าSBP สูงเพียงอย่างเดียว โดยค่า DBP ไม่สูง จะพบในกลุ่มผู้สูงอายุ กับผู้ที่มีความผิดปกติบางอย่าง (เช่น Isolated systolic blood pressure (ISH) คอพอกเป็นพิษ หลอดแดงใหญ่ตีบ

ดังนั้นควรมีการให้ความสำคัญในการควบคุมทั้งระดับ SBP และ DBP ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จากการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของโรคไตวายที่พบรองลงมาจากเบาหวาน และการศึกษาของสุรพงษ์ นเรนทร์พิทักษ์ และคณะ[14]พบว่าประวัติมีความดันโลหิตสูงร่วม มีความสัมพันธ์ของการทำงานของไตที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถควบคุมได้ดีกว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปดังการศึกษาของผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ และคณะ และการศึกษาของ Joss NADDIN [7]ที่แสดงให้เห็นว่าการได้รับคำแนะนำในการจัดการกับ Blood pressure และ cholesterol ทุก 2-3 สัปดาห์ มีระยะเวลาการดำเนินโรค และผลลัพธ์เฉลี่ยค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure Diastolic blood pressure และ cholesterol ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป ดังนั้นทางโรงพยาบาลควรมีการเพิ่มมาตรการหรือกลยุทธ์ในการจัดการกับระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ มีการให้คำแนะนำในการจัดการกับระดับความดันโลหิต ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญในการชะลอการทำงานของไตที่แย่ลงได้

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร Fasting blood sugar ในอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย FBS = 70-130 mg% และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C $\leq$ 7 % การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ Fasting blood sugar ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 39 คน(ร้อยละ32.50) 37คน (ร้อยละ30.83) 35คน (ร้อยละ 29.17) 57 คน(ร้อยละ47.50) 46คน (ร้อยละ38.33) ตามลำดับ ระดับ HbA1C ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 16 คน (13.33) 51 คน(ร้อยละ 42.50) 24 คน(ร้อยละ20.00) 73คน(ร้อยละ60.83) 14 คน (ร้อยละ11.67) ตามลำดับ

จากการศึกษาของเครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย[9] ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน หากผู้ป่วยควบคุมระดับ HbA1c ระดับไขมันในเลือด จะช่วยชะลอภาวะไตเสื่อม และไตวายได้ เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร Fasting blood sugarในอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย FBS = 70-130 mg% ในการติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยควบคุมได้ตามเกณฑ์มากที่สุดในปี พ.ศ. 2559

จำนวน 57 คน ซึ่งเป็นปีที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับ FBS ได้สูงสุดแตกต่างจากปีอื่นๆชัดเจน อาจมีสาเหตุมาจาก ในปี พ.ศ. 2559 รพ.ห้วยเม็กเริ่มมีการจัดตั้ง CKD clinic เพื่อการชะลอไตเสื่อม ทำให้มีการตระหนักในการควบคุมตัวแปรต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรังได้ และผู้ป่วยทุกคนได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดFBS ทุกคนทุกปี และมีจำนวน 9 คน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล FBS ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายทุกปี ส่วนระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C พบจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้อยู่ในเกณฑ์ $\leq$ 7 % สูงสุดในปีพ.ศ. 2557 จำนวน 52 คน (ร้อยละ 43.33) ซึ่งเป็นปีที่มีผู้รับผิดชอบงาน NCD ใหม่ แต่พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล HbA1C ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายติดต่อกันทุกปี และพื้นที่ทำการวิจัยนี้อยู่ในภาคอีสาน ที่ประชากรส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียว ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C ได้ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของพ.อ.ผศ.ดร.นพ.ราม รังสินธุ์ และคณะที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภูมิลำเนาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1C>9%) สูงกว่าผู้ป่วยจากภูมิภาคอื่นของประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต ดังนั้นโรงพยาบาลควรมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้เหมือนกับการดูแลผู้ป่วยในปีที่มีการเริ่มต้นทำคลินิกโรคไตเรื้อรังในปีแรก ที่อาจจะมีมาตรการการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ และการควบคุมปัจจัยด้านระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้เพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การควบคุมระดับไขมันในเลือด สำหรับเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุม ระดับไขมันในเลือด LDL-c ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย < 100 mg/dl ระดับไขมันในเลือด Triglyceride เป้าหมาย <150 mg/dl ระดับไขมันในเลือด HDL-Cให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ในเพศชาย > 40 mg/dl และหญิง > 50 mg/dl ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ LDL-C ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 ได้เท่ากับ 38 คน (31.67) 55 คน (ร้อยละ45.83) 47คน (ร้อยละ39.17) 56 คน (ร้อยละ46.67) 64คน (ร้อยละ53.33) ตามลำดับ ระดับไขมันในเลือด Triglyceride ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 20 คน (ร้อยละ16.67) 28 คน (ร้อยละ23.33) 45 คน (ร้อยละ37.50) 34 คน (ร้อยละ28.33) 32 คน(ร้อยละ26.67) ตามลำดับ และระดับไขมันในเลือด High density lipoprotein cholesterol (HDL-C)ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 14 คน (ร้อยละ11.66) 4คน(ร้อยละ3.33) 1คน(ร้อยละ0.83) 4คน(ร้อยละ3.33) 27คน(ร้อยละ22.5) ตามลำดับ

ในการศึกษานี้เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมันในเลือด ได้แก่ ระดับไขมันในเลือด LDL-c TG HDL Cholestrol ในการติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยควบคุมระดับไขมันในเลือด LDL-c ได้สูงกว่า TG HDL ในขณะเดียวกันก็ยังมีผู้ป่วยหลายรายที่ควบคุมไม่ได้ พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 7 คนเท่านั้นที่สามารถควบคุมค่าเลือด LDL-Cได้ทุกปี และมีเพียง 3 คนเท่านั้นที่สามารถควบคุมค่าเลือด Triglyceride ให้อยู่ในเป้าหมาย ในขณะที่ไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยสามารถควบคุมระดับ HDL-C ให้อยู่ในเป้าหมายได้ โดยศึกษาของ Fried และคณะ[10] ได้สรุปว่าการลดไขมันสามารถรักษาอัตราการกรองของไตและอาจลดระดับโปรตีนในผู้ป่วยโรคไต โดยการศึกษาของสุรพงษ์ นเรนทร์พิทักษ์ และคณะ[11] ในกลุ่มที่มีระดับ triglyceride ต่ำมีการทำงานของไตลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่มี triglyceride สูง ความชุกเท่ากับ 21.5% และ 28.4% p 0.035 แม้ว่า HDL กระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ระบุเป้าหมายของการรักษาป้องกันและชะลอการเสื่อมของโรคไตจากเบาหวานโดยให้มีการควบคุมระดับไขมัน HDL ในขณะที่ Service plan ไม่ได้กำหนด อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่คลินิกโรคเบาหวานความดัน ยังไม่ได้จัดการกับการควบคุมระดับไขมัน และให้ความสำคัญกับการควบคุมระดับ HDL ให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ดี ดังนั้นควรมีการนำมาตรการชะลอไตเสื่อมของกระทรวงสาธารณสุขมากำหนดให้การควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะระดับ HDL เป็นตัวชี้วัดในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

การควบคุมระดับ Microalbumin สำหรับเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงควรควบคุม ระดับ Microalbumin ในอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย < 30 และผู้ป่วยที่ตรวจพบ microalbumin ต้องได้รับยา กลุ่ม

ACEIs/ARBsในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับ Microalbumin ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2556-2560 ได้เท่ากับ 15 คน(ร้อยละ12.50) 28คน(ร้อยละ23.33) 11 คน (ร้อยละ9.17) 6คน(ร้อยละ5.00) 10คน(ร้อยละ8.33) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ตรวจพบ microalbumin ต้องได้รับยากลุ่มACEIs/ARBs พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสม ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2556-2560 ได้เท่ากับ 19 คน (ร้อยล15.83) 44 คน(ร้อยละ 36.67) 53 คน(ร้อยละ 44.17) 47 คน(ร้อยละ 39.17) 40 คน(ร้อยละ33.33) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาระดับ Microalbumin และการได้รับยากลุ่ม ACEI/ARB โดยการศึกษาของ Jafar และคณะ(28) ได้ศึกษาระดับของการขับ protein จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนการดำเนินไปของโรคไต non-diabetic renal disease ฤทธิ์ของยากลุ่ม ACE inhibitors มีฤทธิ์ antiproteinuric effects และฤทธิ์ในการลดความดันโลหิตสูง จึงสรุปว่าระดับการขับออกของโปรตีนในปัสสาวะเป็น modifiable risk factor ในการดำเนินของโรค non-diabetic renal disease โดยชะลอได้ด้วยยากลุ่ม ACE inhibitors เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุม ระดับ Microalbumin ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย < 30 ในการติดตามเป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่ามีจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 30 คน (ร้อยละ 25.00) และปี พ.ศ. 2557 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 12.50) และมีจำนวนเพียง 1 คน (ร้อยละ0.83) ที่สามารถควบคุมระดับmicroalbumin ให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายทุกปี ส่วนในผู้ป่วยที่ตรวจพบ microalbumin ต้องได้รับยา กลุ่มACEIs/ARBs พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสมสูงสุด ในปีพ.ศ. 2558 จำนวน 53 คน(ร้อยละ 44.17) ส่วนผู้ป่วยบางรายไม่พบผลการตรวจ microalbumin แต่ก็ได้รับยากลุ่ม ACEI/ARB อาจจะใช้ในข้อบ่งใช้ลดระดับความดันโลหิตสูง และมีบางรายมีmicroalbumin แต่ไม่ได้รับยากลุ่ม ACEI/ARB

3. ระยะเวลาการดำเนินโรคจาก stage 3 ไป stage 4

จากการศึกษาระยะเวลาการดำเนินโรคในประชากรที่เป็นโรคไตเรื้อรัง stage 3 ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลา (median time) การเปลี่ยน ckd stage 3 ไปสู่ stage 4 เท่ากับ 4.37 ปี ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเป็นจำนวนมาก แต่กลับพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับ CKD progression ในผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังยังมีน้อยมาก และเมื่อเทียบระยะเวลากับการศึกษาอื่นๆพบว่ามีการศึกษาของรด.ร., นพ.พิสิษฐ์ เวชกามา ได้รายงานข้อมูลการดำเนินโรคในแง่ของ median time ในการเปลี่ยน CKD stage ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลา (median time) ของการเปลี่ยน CKD stage จากระยะ G3a-G3b เป็น 4.9 G3b-G4 เป็น 6.3 และ G4-G5 เป็น 9 ปี ซึ่งมีระยะเวลาในการเปลี่ยนระยะ ที่นานกว่า แต่การศึกษานี้เป็นการศึกษาขนาดใหญ่กว่า และใช้สถิติต่างกันโดยใช้ competing risk method แทน Kaplan Meier method จึงมีระยะเวลาการเปลี่ยนระยะโรคไตที่แตกต่างกัน และการศึกษาของ สันหทัศน ศรีโพนทอง ข้อมูลพบค่าอัตราการกรองของไตเริ่มต้นมีค่าอัตราการกรองของไตเฉลี่ย 10.50 มล./นาที/1.73ม.2 และเมื่อศึกษาย้อนหลังไปพบค่าอัตราการกรองของไตค่าที่ 2 เฉลี่ย 35.08 มล./นาที/1.73ม.2 โดยระยะเวลาจากค่าอัตราการกรองของไตเริ่มต้นย้อนไปค่าอัตราการกรองของไตค่าที่ 2 เฉลี่ย 3.24 ปี ซึ่งเร็วกว่างานวิจัยนี้ แต่ประชากรในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคที่เร็วกว่าได้ ดังนั้น หน่วยบริการ ควรมีการจัดการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในการชะลอไตเสื่อม ในเวลา 4 ปีโดยเฉพาะก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนระยะของโรคไตที่แย่ลง

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง ของผู้ป่วยในการศึกษาเมื่อติดตามเป็นเวลา 5 ปี จำนวน 120 คน โดยตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์พิจาณาจากเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการบริการผู้ป่วยเบาหวานของ TCEN (Toward ClinicalExcellence Network) คือเกณฑ์ที่พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการศึกษาของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและจากการทบทวนวรรณกรรม[15] มีทั้งหมด 33 ตัวแปร เมื่อวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทั้งหมด 33 ปัจจัย พบปัจจัยที่ unadjusted HR ที่มีค่า p-value<0.2 จำนวน 10 ปัจจัย ได้แก่ เพศหญิง การตรวจ LDLทุกปี การตรวจ

Microalbumin ทุกปี การตรวจ Cholesterol ทุกปี การควบคุมระดับFBSได้ทุกปี การควบคุมระดับFBSได้ทุกปี การมีโรคร่วมเป็น โรคเบาหวาน การมีโรคร่วมเป็นโรคไทรอยด์ การมีโรคร่วมเป็นโรคไขมันในเลือด การมีโรคร่วมเป็นโรคเกาท์ และ การมีโรคประจำตัวร่วมเป็นวัณโรค เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multivaiable Cox regression ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา(16,17,19,26,27,28) จากทั้งหมด 10 ปัจจัยพบ มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value< 0.05 เหลือเพียง 2 ปัจจัย ได้แก่ การมีโรคร่วมเป็น โรคเบาหวาน HR 47.93 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI =2.92-784.68 และโรคไทรอยด์ 21.36 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% CI = 4.42-103.22) ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยจำนวน 120 คน พบว่าผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง เมื่อพิจารณา ในด้านผลลัพธ์ทางกระบวนการรักษาพบว่า มีการศึกษาการตรวจค่าเลือดประจำปี ติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 ปี ในบางปีมีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ และไม่ได้รับการตรวจจำนวนมาก แต่ก็เป็นไปได้ว่า การบันทึกข้อมูลผลในแฟ้มประวัติ หรือฐานข้อมูล HosXp อาจจะเกิดการสูญหายของข้อมูล เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจึงไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจจริงหรือไม่

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษาแสดงเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ควบคุมได้ ควบคุมไม่ได้ หรือไม่ได้รับการตรวจ พบข้อจำกัดในการเลือกใช้เป้าหมายในการควบคุมระดับปัจจัยต่างๆ ซึ่งจะพบว่ามีการระบุ ค่าเป้าหมายที่แตกต่างกันออกไปเนื่องจากผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงและได้รับการดูแลในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ เกณฑ์ TCEN ในการกำหนดค่าเป้าหมายของการควบคุมปัจจัยทางคลินิก แต่เป้าหมายนี้เมื่อเทียบกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคไตหรือแนวทางอื่นๆ จึงมีความแตกต่างกัน บางแนวทางใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ข้อจำกัดในการศึกษานี้จึงเป็นเรื่องของ ค่าเป้าหมายในการควบคุมปัจจัยทางคลินิกต่างๆที่ยังแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับการจะมองว่า กลุ่มตัวอย่างของเราเป็นโรคไตวายเรื้อรังแล้วต้องได้รับการดูแลแบบโรคไต มีเป้าหมายการรักษาแบบโรคไตหรือมองว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานความดัน ที่ต้องรักษาแบบโรคเบาหวานความดัน มีค่าเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันตามการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นการจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มการรักษาก็สำคัญหากมองว่า ผู้ป่วยยังคงเป็นโรคเบาหวานความดันก็ให้การรักษาแบบเบาหวานความดัน ในขณะที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะแรกแล้ว จะดีกว่าหรือไม่หากคลินิกโรคไตเรื้อรังจะเริ่มการดูแลผู้ป่วยแบบโรคไตตั้งแต่ยังเป็นระยะที่ 3 เพื่อจะได้ให้การดูแลที่จำเพาะเจาะจงอีกด้วย

ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์การเปลี่ยนแปลงจากไตเรื้อรังจากระยะ 3 ไปสู่ที่ 4 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบางปัจจัยอาจจะส่งผลต่อการดำเนินโรคนี้ต้องอาศัยซักประวัติหรือสัมภาษณ์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการใช้ยาชุด ยาสมุนไพร ดังนั้นการศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ที่ได้จากการบันทึกในฐานข้อมูลเท่านั้นไม่สามารถทำการไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมได้ จึงควรมีการแก้ไขการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนถึงพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวันด้วย จะทำให้การศึกษาข้อมูลย้อนหลังมีความชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Evaluation D. Clinical Guidelines National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney. 2003;

2. Eknoyan G, Norbert Lameire FKC-C, Eckardt. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl [Internet]. 2013;3(1):4–4. Available from: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO CKD-MBD GL KI Suppl

113.pdf%5Cnhttp://www.nature.com/doifinder/10.1038/kisup.2012.73%5Cnhttp://www.nature.com/doifinder/10.1038/kisup.2012.76

3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA & Humanized Healthcare Part III [Internet]. 2552. Available from: http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/soqd/admin/ news_files/164_18_3.pdf

4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 [Internet]. 2558. Available from: http://www.nephrothai.org/images/4.คำแนะนำสำหรบการดแลผปวยโรคไตเรอรงกอนการบำบดทดแทนไต_พ.ศ.2558.pdf

5. กระทรวงสาธารณสุขกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. 1st ed. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ; 2559. 13-17 p.

6. พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ. ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชาติตระการ. วิทยานิพนธ์. 2555.

7. Joss N, Ferguson C, Brown C, Deighan CJ, Paterson KR B-JJ. Intensified treatment of patients with type 2 diabetes mellitus and overt nephropathy. QJM. 2004;97(4):219–27.

8. Leung WY, So WY, Tong PC, Chan NN CJ. Effects of structured care by a pharmacist-diabetes specialist team in patients with type 2 diabetic nephropathy. Am J Med. 118(12):1414.

9. เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. กรุงเทพมหานคร; 2553.

10. Fried LF, Orchard TJ KB. Effect of lipid reduction on the progression of renal disease. Kidney Int. 2001;59:260–269.

11. Narenpitak S, Narenpitak A. Prevalence of chronic kidney disease in type 2 diabetes in primary health care unit of Udon Thani province, Thailand. J Med Assoc Thai. 2008;91(10):1505–13.

12. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010;25(5):1567–75.

การพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of participatory electronics waste management process In the area of Khong Chai District Karasin Province

สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ [1]

Surachate Pulawun[1]

(Received: June 30,2018; Accepted: August 2,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 181 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Duncan และ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาการจัดการขยะอิเล็กทรอนิคส์เกิดจากกิจกรรม ดังนี้ การตรวจสอบ ความเรียบร้อยของซากก่อนการเคลื่อนย้ายการตรวจสอบการรั่วไหลของสารอันตราย การบันทึกขยะอิเล็กทรอนิกส์ การคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ในพื้นที่ การรับซื้อซากผลิตภัณฑ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ การขนส่งขยะอิเล็กทรอนิกส์ การรวบรวมขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดวางขยะอิเล็กทรอนิกส์ การดูแลรักษาขยะอิเล็กทรอนิกส์ การถอดชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยกส่วนประกอบการคัดแยกส่วนประกอบ การสกัดโลหะจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยก โลหะที่ปนอยู่ออก การขายขยะอิเล็กทรอนิกส์ กำจัดหรือทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการน้ำเสียจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการสารที่ปนเปื้อนที่ใช้ในการสกัด โลหะออกมาจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดการในบ่อขยะอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนระดับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์และระดับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการพื้นที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์และระดับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการ ปี 2562 โดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นในทุกปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีระดับความคิดเห็น และการป้องกันมากที่สุด

คำสำคัญ: การจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์,

ABSTRACT

This research was research and develop aimed to studied effect of development of participatory electronics waste management process In the area of Khong Chai District Karasin Province. Sample size were 181 electronic waste separation operator. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics namely frequency , percentage , mean and standard deviation and inferential statistics) significant at 0.05 namly F – test by One – way ANOVA technique multiple comparison by Duncan and F – test by Repeated Measurement technique multiple comparison by LSD.

[1] พบ. โรงพยาบาลฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

The study indicated that The problem of electronic waste management is caused by the following activities checking the order of the carcass before moving , hazardous material leak detection , electronic waste recording , electronic waste separation in the area , purchase of electronic waste products , electronic waste transportation , electronic waste collection , electronic waste placement , electronic waste care , disassembling electronic waste , separation of components, separation of components , extraction of metals from electronic waste , separation of contaminated metals , sale of electronic waste , disposal or disposal of electronic waste , waste water management from electronic waste , management of contaminated substances used to extract metals from electronic waste and management in electronic waste pits. Opinion of electronic waste management level and The level of protection from e-waste hazards of entrepreneurs different areas were not different. Total and aspect pinion of electronic waste management level and The level of protection from e-waste hazards of entrepreneurs increase every year had statistic significant at .05 level by year 2019 had opinion and prevention very much.

Keyword: electronics waste management process

บทนำ

ปัจจุบันอุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์มีบทบาทต่อการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกสบาย เช่น โทรศัพท์ โทรทัศน์ เครื่องซักผ้า และคอมพิวเตอร์ เป็นต้น เมื่อผู้บริโภคมีความต้องการสินค้าอิเล็กทรอนิกส์เพิ่มมากขึ้น ผู้ผลิตจำเป็นต้องคิดค้นผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น จึงทำให้เกิดการแข่งขันด้านเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการที่ไม่สิ้นสุดของผู้บริโภค ทำให้อุปกรณ์รุ่นเก่าตกรุ่น หมดสภาพใช้งาน และตกค้างเป็นสิ่งที่เรียกว่าอิเล็กทรอนิกส์

ขยะอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Waste: e-Waste) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งที่ใช้ภายในบ้านและในสถานที่ทำงาน เมื่อผลิตภัณฑ์เหล่านี้หมดอายุการใช้งาน หรือถูกทิ้งเพราะตกรุ่น จะเป็นขยะอันตรายที่มีสารพิษหลายชนิด เช่น สารตะกั่ว และปรอท เป็นต้น ซึ่งขยะเหล่านี้ไม่ควรมีการกำจัดในลักษณะที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากสถิติของกรมควบคุมมลพิษพบว่าปริมาณซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จาก 357,000 ตัน ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 384,233 ตันใน ปี พ.ศ. 2558 โดยซากที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือ โทรทัศน์ 106,335 ตัน (ร้อยละ 27) รองลงมาคือ เครื่องปรับอากาศ 74,799 ตัน (ร้อยละ 19) ตู้เย็น 65,765 ตัน (ร้อยละ 17) เครื่องซักผ้า 60,492 ตัน (ร้อยละ 16) และคอมพิวเตอร์ 57,058 ตัน (ร้อยละ 15) นอกจากนั้นเป็นเครื่องเล่นวีซีดี ดีวีดี โทรศัพท์ และกล้องถ่ายรูปดิจิตอล ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2564 จะมีปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์มากถึง 1,067,767 พันชิ้น [2] ขยะอิเล็กทรอนิกส์มีความแตกต่างจากขยะทั่วไป เนื่องจากมีองค์ประกอบของวัสดุหลายชนิดที่มีศักยภาพในการนำไปใช้ประโยชน์ใหม่ได้ถึงร้อยละ 75.5 [1] แต่กระบวนการรีไซเคิลของขยะอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ถูกถอดแยก และกำจัดในกระบวนการที่ไม่เหมาะสม เช่น การเผาในที่โล่งเพื่อแยกชิ้นส่วนโลหะ การแช่ในน้ำกดเพื่อแยกทองคำ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อสุขภาพผู้ปฏิบัติ และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลตามมา ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มประเทศที่มีการรีไซเคิลหรือถอดแยกชิ้นส่วนของมีค่าจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ไม่เหมาะสม อาทิเช่น ประเทศจีน อินเดีย แอฟริกาและไทย [2]

กรมควบคุมโรคได้ทำการประเมินแหล่งชุมชนคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีแหล่งชุมชนคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์กระจายอยู่ทั่วประเทศกว่า 100 แห่ง ในพื้นที่ 17 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ กาฬสินธุ์ ชลบุรี เชียงราย เชียงใหม่ นครปฐม นนทบุรี บุรีรัมย์ ปทุมธานี ปราจีนบุรีพระนครศรีอยุธยา ราชบุรี

ลำพูน สมุทรปราการ สมุทรสาคร สระแก้ว และอำนาจเจริญโดยจังหวัดที่มีชุมชนประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์สูงสุด ได้แก่ กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ แล อุบลราชธานี สำหรับแหล่งชุมชนคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย อยู่ในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ รองลงมาคือพื้นที่อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ และอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์

จากปริมาณขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากขยะอิเล็กทรอนิกส์เหล่านี้ประกอบไปด้วยสารพิษต่างๆ หากไม่มีกระบวนการจัดการที่ถูกวิธีก็จะส่งผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของกระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลไปสู่การจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสภาพปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. พัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ศึกษาผลการพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ประกอบการคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ ภาคีเครือข่าย และผู้นำชุมชพื้นที่ตำบลโคกสะอาด อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ประกอบการคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 181 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์ขยะอิเลคทรอนิคส์ในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) กระบวนการกลุ่มในการกำหนดมาตรการ/กิจกรรมกระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วม 3) ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรมและบทบาทภาคีเครือข่าย 4) กระบวนการกลุ่มในการสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข 5) กระบวนการกลุ่มในการปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ โดยแบ่งเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบกรอกข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ก่อนการดำเนินการจัดการ ระหว่างการดำเนินการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ และหลังการดำเนินการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์มากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์มากเท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆทำตรงกับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์น้อยเท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆทำตรงกับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์น้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ส่วนบุคคล สภาพสถานที่ และอุปกรณ์ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมนั้นๆตรงกับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

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

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2562 มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ขยะอิเลคทรอนิคส์ในพื้นที่

2. กำหนดมาตรการ/กิจกรรม กระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วม

3. ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรม

4. สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข

5. ปรับปรุงมาตรการ/กิจกรรมให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

6. ติดตามประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูล เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา กลุ่มภาคีเครือข่ายและประชาชน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Duncan และ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD

ผลการศึกษา

1. ปัญหาการจัดการขยะอิเล็กทรอนิคส์เกิดจากกิจกรรม ดังนี้ การตรวจสอบ ความเรียบร้อยของซากก่อนการเคลื่อนย้ายการตรวจสอบการรั่วไหลของสารอันตราย

การบันทึกขยะอิเล็กทรอนิกส์ การคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ในพื้นที่ การรับซื้อซากผลิตภัณฑ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ การขนส่งขยะอิเล็กทรอนิกส์ การรวบรวมขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดวางขยะอิเล็กทรอนิกส์ การดูแลรักษาขยะอิเล็กทรอนิกส์ การถอดชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยกส่วนประกอบการคัดแยกส่วนประกอบ การสกัดโลหะจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยก โลหะที่ปนอยู่ออก การขายขยะอิเล็กทรอนิกส์ กำจัดหรือทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการน้ำเสียจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการสารที่ปนเปื้อนที่ใช้ในการสกัดโลหะออกมาจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดการในบ่อขยะอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทั้งหมดเกิดจากกระบวนการในการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์

2. มาตรการ/กิจกรรม กระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

มาตรการที่ 1 การเฝ้าระวังการตรวจสอบความเรียบร้อย ระหว่างการขนย้าย ทุกประเภท

มาตรการที่ 2 กระตุ้นเตือน ติดตามตรวจสอบและเฝ้าระวังการปนเปื้อนจากกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การถอดชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยกส่วนประกอบการคัดแยกส่วนประกอบ การสกัดโลหะจากขยะอิเล็กทรอนิกส์

มาตรการที่ 3 ส่งเสริมความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อการคัดแยก การจัดวางขยะอิเล็กทรอนิกส์

มาตรการที่ 4 ส่งเสริมให้มีการลงบันทึกการรวบรวมขยะอิเล็กทรอนิกส์ การรับซื้อซากผลิตภัณฑ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ การขายขยะอิเล็กทรอนิกส์ กำจัดหรือทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์

มาตรการที่ 5 การกำหนดแนวทางร่วมกันในการดูแลรักษาขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการน้ำเสียจากขยะอิเล็กทรอนิกส์การจัดการสารที่ปนเปื้อนที่ใช้ในการสกัดโลหะออกมาจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการในบ่อขยะ

3. ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์และระดับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการพื้นที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน

4. ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์และระดับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการ ปี 2562 โดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นในทุกปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีระดับความคิดเห็น และการป้องกันมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ปัญหาการจัดการขยะอิเล็กทรอนิคส์เกิดจากกิจกรรม ดังนี้ การตรวจสอบ ความเรียบร้อยของซากก่อนการเคลื่อนย้าย การตรวจสอบการรั่วไหลของสารอันตราย การบันทึกขยะอิเล็กทรอนิกส์ การคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ในพื้นที่ การรับซื้อซากผลิตภัณฑ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ การขนส่งขยะอิเล็กทรอนิกส์ การรวบรวมขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดวางขยะอิเล็กทรอนิกส์ การดูแลรักษาขยะอิเล็กทรอนิกส์ การถอดชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยกส่วนประกอบการคัดแยกส่วนประกอบ การสกัดโลหะจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยก โลหะที่ปนอยู่ออก การขายขยะอิเล็กทรอนิกส์ กำจัดหรือทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการน้ำเสียจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการสารที่ปนเปื้อนที่ใช้ในการสกัดโลหะออกมาจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ และการจัดการในบ่อขยะอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งทั้งหมดเกิดจากกระบวนการในการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลให้มีโลหะหนักตกค้างในสิ่งแวดล้อมเกินมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกันกับแนวคิดของอรวรรณ พู่พิสุทธ์และศุลีพร แสงกระจ่าง (2553) [4] กล่าวว่า การฝังกลบ การฝังกลบขยะอิเล็กทรอนิกส์ การกำจัดที่ไม่ถูกวิธีจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อม จากการวิจัยของกรีนพีซสากล (Greenpeace) ในปี ค.ศ. 2009 ที่ได้ทำการศึกษาสารพิษ ปนเปื้อนในแหล่งพื้นที่รีไซเคิลและทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์ในประเทศกานา พบสารพิษอันตรายร้ายแรงปนเปื้อนอย่างรุนแรงในตัวอย่างดินและตะกอนจากแหล่งทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์สองแห่งในประเทศกานา โดยพบปริมาณโลหะหนักที่สูงมาก เช่น พบสารตะกั่วในปริมาณสูงมากกว่าดินหรือ ตะกอนที่ไม่มีการปนเปื้อนหลายร้อยเท่าและพบสารพิษอื่น ๆ เช่น พาทาเลต (phthalate) ซึ่งเป็นสารรบกวนต่อระบบสืบพันธุ์ โดยพบในเกือบทุกตัวอย่างที่ทำการศึกษาและหนึ่งตัวอย่างพบว่าปนเปื้อน คลอริเนตไดออกซิน (chlorinate dioxin) ใน

ปริมาณสูง ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งที่สำคัญ ดังนั้นจึงได้ระดมสมองโดยการมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Abramoff and McGuire [3] ที่ได้ให้ความหมายของ ความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการกระตุ้นให้องค์การศักยภาพขององค์การเพียงองค์การเดียวหรือสามารถทำได้อาจประสบความสำเร็จได้ และได้ให้ความหมายที่ขยายความมากขึ้นกว่าเดิมว่า ความร่วมมือเป็นการเข้ามามีบทบาทของผู้เล่นที่หลากหลายในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยภายใต้บริบทความร่วมมือ ต้องมีการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดจนร่วมกันหาข้อตกลง (reacting agreement) มากกว่าเป็นแค่การดำเนินการตัดสินใจ (decision) เพียงอย่างเดียว ซึ่งการพยายามหาข้อตกลงร่วมกันนั้นควรวางอยู่บนฐานของการพยายามที่จะสร้างความสมานฉันท์ให้เกิดขึ้น (consensus-based) และที่สำคัญที่สุดบทบาทของผู้เล่นแต่ละคนหรือองค์การแต่ละองค์การล้วนเป็นไปในลักษณะของพันธมิตร (panthers) ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา (superior) และผู้ใต้บังคับบัญชา (subordinate) และของเกรียงไกร กระจ่างยุทธ, 2555 (อ้างถึงใน ศศิวิมล มัดจุ, 2560, หน้า 40) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง พฤติกรรม ของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน ทั้งนี้พฤติกรรมความร่วมมือ มีความสัมพันธ์ที่แตกต่างจากความต้องการพื้นฐานของบุคคลไม่ว่าร่างกายหรือจิตใจ พฤติกรรมความร่วมมือเกิดจากความต้องการประสบความสำเร็จร่วมกัน ซึ่งทุกคนไม่จำเป็นต้องบรรลุจุดมุ่งหมายเหมือนกัน แต่การที่ต่างคนต่างดำเนินการไปสู่จุดมุ่งหมายจะมีผลให้ทุกคน ที่อยู่ในขบวนการนั้นมีผลงานที่น่าพอใจและสามารถบรรลุเป้าหมายของแต่ละคนได้ อาจอยู่ในรูปแบบพึ่งพาอาศัยกัน การช่วยเหลือบุคคลอื่น การวางแผนร่วมกัน

จนทำให้เกิดเป็นมาตรการ/กิจกรรม กระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย มาตรการที่ 1 การเฝ้าระวังการตรวจสอบความเรียบร้อยระหว่างการขนย้าย ทุกประเภทมาตรการที่ 2 กระตุ้นเตือนติดตามตรวจสอบและเฝ้าระวังการปนเปื้อนจากกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การถอดชิ้นส่วนขยะอิเล็กทรอนิกส์ การแยกส่วนประกอบการคัดแยกส่วนประกอบ การสกัดโลหะจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ มาตรการที่ 3 ส่งเสริมความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อการคัดแยก การจัดวางขยะอิเล็กทรอนิกส์ มาตรการที่ 4 ส่งเสริมให้มีการลงบันทึกการรวบรวมขยะอิเล็กทรอนิกส์ การรับซื้อซากผลิตภัณฑ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์ การขายขยะอิเล็กทรอนิกส์ กำจัดหรือทิ้งขยะอิเล็กทรอนิกส์ มาตรการที่ 5 การกำหนดแนวทางร่วมกันในการดูแลรักษาขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการน้ำเสียจากขยะอิเล็กทรอนิกส์การจัดการสารที่ปนเปื้อนที่ใช้ในการสกัด โลหะออกมาจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ การจัดการในบ่อขยะ โดยอาศัยหลักการการจัดการกับซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ตั้งแต่กระบวนการเก็บขน การแยกชิ้นส่วน การบำบัดมลพิษที่เกิดขึ้นจากการคัดแยกชิ้นส่วนซากผลิตภัณฑ์ การกำจัดเศษซากขยะปนเปื้อนสารพิษที่ไม่สามารถขายได้จากการแยกชิ้นส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการเก็บ ขน ซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ การรวบรวมซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่มีขนาดกลางหรือขนาดใหญ่ เช่น โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ตู้เย็น ฯลฯ ก่อนการดำเนินการรวบรวม เก็บขนซากเหล่านี้จะต้องมีการเตรียมและสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล ดังรายละเอียดในหัวข้อ 2. ที่อธิบายเกี่ยวกับ อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคล ซึ่งขั้นตอนในการเก็บขนซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์จากคู่มือการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ [5] คือ

1) ผู้รวบรวมซากควรตรวจสอบป้ายที่หลังเครื่องทีบ่งชี้ว่ามีสารไวไฟ วัตถุติด ไฟหรือวัตถุอันตรายที่เป็นส่วนประกอบหรือไม่ หากพบว่ามีสารหรือวัตถุไวไฟในขั้นตอนการเก็บขนหรือรวบรวมควรหลีกเลี่ยงบริเวณที่อยู่ใกล้เปลวไฟหรือมีอุณหภูมิสูง เพราะอาจก่อให้เกิดเพลิงไหม้หรือระเบิดได้

2) ผู้รวบรวมซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ควรตรวจสอบ ความเรียบร้อยของซากก่อนการเคลื่อนย้าย หากมีรอยรั่ว หรือแตกหักต้องมีการตรวจสอบว่ามีสารเป็นพิษรั่วออกมาจากรอยเหล่านั้นหรือไม่

3) ใช้ยานพาหนะที่เหมาะสมต่อการขนย้าย ทั้งนี้พาหนะที่ใช้ขนย้ายควรมี หลังคาปิดกันความชื้นที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการขนย้าย

4) ควรระวังเรื่องการกระทบกระเทือนซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายกับตัว ซากและเกิดการรั่วไหลของสารอันตราย เช่น สารซีเอฟซี ซึ่งเป็นสารเคมีที่มีความเป็นพิษของระบบหายใจของมนุษย์และทำลายสภาพแวดล้อม

5) การเก็บรวบรวมซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ที่มีสารเคมีภายใน เครื่อง เช่น ตู้เย็นและเครื่องซักผ้า ควรระวัง ไม่ควรวางตะแคงหรือเอียงในระหว่างการขนส่ง เนื่องจากอาจจะทำให้สารเคมีรั่วไหลออกสู่สิ่งแวดล้อมได้

6) การเก็บและขนส่งซากโทรทัศน์ (CRT) ต้องระวังเรื่องการแตกร้าวของ หลอดภาพรังสีคาโทด เพื่อป้องกันการรั่วไหลของสารตะกั่ว

7) การรวบรวมและขนส่งซากโทรศัพท์มือถือจะต้องมีการสวมใส่ถุงมือป้องกันการบาดเจ็บ เตรียมกล่องหรือภาชนะที่ใช้บรรจุให้เรียบร้อย ในระหว่างการขนส่งไม่ควรให้เกิดการกระแทกหรืออยู่ในที่ๆ มีประกายไฟเพราะจะทำให้เกิดการระเบิดได้ ดังนั้นต้องแยก แบตเตอรี่ออกจากตัวเครื่องก่อนเสมอ ควรแยกอุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น สายชาร์จ หูฟัง เป็นต้น เพื่อให้ส่งไปแยกชิ้นส่วนได้ง่ายขึ้น ลดโอกาสที่ก่อให้เกิดความเสียหายกับอุปกรณ์และเพิ่มโอกาสในการนำกลับมาใช้ใหม่ได้

2. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และการป้องกันอันตรายจากการทำงาน 1) การเตรียมความพร้อมทางด้านอุปกรณ์และการป้องกันความปลอดภัยในการจัดการซากเครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (1) หลักการ : จากการศึกษาบทเรียนการประชุมวิชาการ 13th HA National Forum โดยมี สาธิต นฤภัย วิศวกรไฟฟ้าชำนาญการพิเศษ กองวิศวกรรมการแพทย์เป็นวิทยากร ได้ถอดเนื้อหาในบทเรียนเกี่ยวกับกลไกการ 3E กับวัฒนธรรมการ จัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยไว้ คือ Engineering (วิศวกรรมศาสตร์) Education (การศึกษา) Enforcement (การออกกฎข้อบังคับ) 2) การป้องกันอันตรายระดับผู้ปฏิบัติงาน : จากคู่มือการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ [5] อุปกรณ์และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานและอุปกรณ์การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล จากคู่มือผู้ปฏิบัติงานสำหรับผู้ประกอบอาชีพรับซื้อของเก่า [5] ได้อธิบายถึงชุดและอุปกรณ์ป้องกันอันตราย นอกจากนี้ในคู่มือการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ [5] มีการอธิบายถึงอุปกรณ์และเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยใน การทำงานที่นอกเหนือจากในคู่มือผู้ปฏิบัติงานสำหรับผู้ประกอบอาชีพรับซื้อของเก่า

ซึ่งส่งผลให้ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์และระดับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการพื้นที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างกันเนื่องจากร่วมคิดร่วมทำร่วมกันตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff [3] กล่าวว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปหมายถึง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ไม่ได้หมายความว่า เป็นการตัดสินใจเพียงอย่างเดียวยังใช้การตัดสินใจควบคู่ไปกับการปฏิบัติการ โดยการจัดการองค์กรการกำหนดกิจกรรม เพื่อการตัดสินใจยังมีการเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่อง ผลประโยชน์การประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติการและเกี่ยวกับผลประโยชน์และการประเมินผล โดยที่ผลประโยชน์เป็นผลมาจากปฏิบัติการและผลประโยชน์นั้นก็มากำหนดให้มีการประเมินผล ซึ่งต่างก็ได้รับผลจากขั้นตอนการตัดสินใจทั้งสิ้น นอกจากนี้มีผลสะท้อนกลับจากการประเมินผลและปฏิบัติกลับไปตัดสินใจเลือกปัญหาอีกด้วย [3] อธิบายว่าการมีส่วนร่วม มิได้หมายถึงเฉพาะว่าชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมหรือร่วมในภาวะจำยอมแต่หมายถึง ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนเองมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าปัญหาใดที่ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาได้ ปัญหาใดอยู่นอกเหนือ ความสามารถที่ต้องให้เจ้าหน้าที่รัฐหรือผู้ที่อยู่นอกชุมชนที่สามารถเข้ามีส่วนร่วม ในการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหานั้น ทำให้ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์และระดับการป้องกันอันตรายจากขยะอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ประกอบการ ปี 2562 โดยรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นในทุกปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีระดับความคิดเห็น และการป้องกันมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนากระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษาเพื่อต้องการให้เกิดกระบวนการในการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ควรมีการส่งเสริมกระบวนการจัดการขยะอิเลคทรอนิคส์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่อำเภอม้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ สู่ความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 กรมควบคุมมลพิษ. (2550). ยุทธศาสตร์การจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เชิงบูรณาการ ฉบับที่ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2550. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัดกรมอนามัย.

2 พีรนาฏ คิดดี & โสมสิริ เดชารัตน์ (2559) การปนเปื้อนของโลหะหนักในร้านรีไซเคิลขยะอิเล็กทรอนิกส์บริเวณภาคใต้ของประเทศไทย. รายงายการวิจัยฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.

3 ศศิวิมล มัดจุ (2560). การจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ของกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

4 อนุรัตน์ โมกไธสง. (2555) การศึกษาวิเคราะห์ระบบการจัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์จากร้านรับซื้อของเก่าในจังหวัดกำแพงเพชร. การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

5 คู่มือการจัดการซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์. http://www.pcd.go.th/public/publications/print_haz.cfm?task=HdElect ค้นเมื่อ เมษายน 2562

การพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา 2 ราย

Case study: Nursing care in head injury patient in Kalasin Hospital

จริยา พันธุ์โสภณ [1]

Jariya Pansophon [1]

(Received: September 5,2018; Accepted: November 20,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และ 2) เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ: กรณีศึกษา 2 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล จากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสอบถามปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติและการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาของผู้ป่วยที่เหมือนกันคือ 1) เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง 2) มีความปวดศีรษะเนื่องจากศีรษะได้รับบาดเจ็บ 3)วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น 4) ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ปัญหาผู้ป่วยที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดติดเชื้อเนื่องจากมีรอยเปิดของผิวหนัง กรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยในชีวิตกลับไปอยู่ในสังคมได้ ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลเรื่องโรคและการรักษา ผู้ป่วยผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ

Abstract

This study aim to 1) keep patients safe form complications during treatment at the hospital. 2) Care empowerment of head injury patient and caregiver could care after discharge fore hospital. Study with 2 case of head injury patient in accident and emergency surgery department kalasin hospital . Data were collected by patient history , physical examination, laboratory, medical treatment, medical record, interrogation form patient and relative and observation.

Result ; Problem of patients as well 1) Headache from the arrow the risk of pressure on the skull is high due to bleeding in the brain 2) Headache from head injury 3) Fear about own disease 4) Lack of practice comprehension when discharge form hospital. Form this studied finding after the holistic nursing applied with patient safe form complications nursing theory while admitted in hospital. Patient and caregiver anxiety reduce about disease and caregiver could self care

Keywords : Nursing care in head injury patient

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะนับวันจะพบได้มากขึ้นทั้งนี้เนื่องจากเทคโนโลยีที่ทันสมัยได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับยานพาหนะ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดบาดเจ็บที่ศีรษะทุก 16 วินาที และพบว่า ร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บต่างๆเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ50เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากอุบัติเหตุพบได้เสมอเพิ่มขึ้นตามความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ การสัญจรไปมาสะดวกรวดเร็วทำให้ การใช้รถยนต์ จักรยานยนต์เพิ่มขึ้น ทำให้มีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเพิ่มมากขึ้น การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุสำคัญก่อให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนส่งผลกระทบต่อประเทศชาติด้วย การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดเป็นภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจราจรที่มีความรุนแรงมาก และพบได้เสมอที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญและน่าสนใจอย่างยิ่ง มีลักษณะที่แสดงถึงความยุ่งยากของการศึกษา โดยที่พยาบาลผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะ ความชำนาญ มีประสบการณ์ ในการให้การพยาบาลเป็นพิเศษในการสังเกตอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา โดยนำกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) มาวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาให้การวินิจฉัยการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคม ประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการตกเลือดในโพรงกะโหลกศีรษะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองบวม โดยใช้ Glasgow Coma Score ในการตัดสินใจรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดในกะโหลกศีรษะ ตลอดจนเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งผ่าตัด และรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ตลอดจนให้การพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ในที่สุด

จากข้อมูลการให้บริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พ.ศ.2559-2561 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับการรักษา ดังนี้ 1,912 2,036 และ 1,964 และพบว่าร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเสียชีวิต ดังนี้ 2.24 3.53 และ 5.14 ตามลำดับ และพบว่าประมาณ 90% เป็นเพศชาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นภาพรวมของปัญหาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2 ราย โดยเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีพยาบาลเป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมแผนการจำหน่าย มีการทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความพิการหลงเหลือน้อยที่สุด มีการประสานการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ครอบครัวของผู้ป่วย สามารถดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย เกิดการยอมรับและการสร้างสายใยรักระหว่างกันเกิดการดูแลด้วยความรัก ความใส่ใจ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความพิการเหลืออยู่ หรือหลงเหลือความพิการน้อยที่สุด และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินของโรค การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ มีเลือดออกในสมอง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมอง และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้มีเลือดออกในสมองกรณีศึกษา 2 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

กรณีศึกษารายที่ 1 ศึกษาช่วง วันที่ 26 พ.ค.62- 8 มิ.ย.62 กรณีศึกษารายที่ 2 ศึกษาช่วงวันที่ 29 พ.ค.62- 30 มิ.ย.62

วิธีการศึกษา

เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาแบบเจาะจงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลครอบครัว อุปนิสัยส่วนตัว ข้อมูลสุขภาพอนามัย การอยู่ในสังคม เศรษฐกิจครอบครัว ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสังเกตและสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อประกอบการดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะราย ตามสภาพปัญหาผู้ป่วย มีการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 53 ปี อาชีพทำนา อาการสำคัญ ขับรถจักยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกกันน็อค ก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน 6 ชั่วโมง ก่อนมาผู้ป่วยขับรถจักยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ สลบ ไม่สวมหมวกกันน็อค มีอาการแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ลุกไม่ได้ ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ Intracerebral hemorrhage การวินิจฉัยสุดท้าย Rt.basal ganglia hemorrhage with Acute IVH การรักษา ด้วยการผ่าตัดทำ canicetomy with remove clot

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 51 ปี อาชีพรับราชการ อาการสำคัญขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข ไม่สลบ สวมหมวกกันน็อค ก่อนมาโรงพยาบาล 5 ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 5 ชั่วโมงก่อนมาผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข ไม่สลบ สวมหวกกันน็อค ปวดศีรษะมาก หน้าอกกระแทกพื้น แน่นหน้าอกหายใจไม่สะดวก เจ็บมาก on ICD No.36 ขีด ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน วินิจฉัยเมื่อแรกรับ Minld head injury with pneumothroax การวินิจฉัยสุดท้าย Acute Subarchnoid hemorrhage with Pneumohemothorax Rt. การรักษา รักษาด้วยเรื่องเลือดออกในสมองให้ conservative

2. ผลการตรวจพิเศษ ผลการถ่ายภาพรังสี CT scan กรณีศึกษารายที่ 1 พบ Rt.basal ganglia hemorrhage with Acute IVH กรณีศึกษารายที่ 2 พบ Acute Subarchnoid hemorrhage with Pnemohemothorax

3. การรักษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤติที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการปวดศีรษะมาก

กรณีศึกษารายที่1 มีอาการปวดศีรษะมาก และมีแขนขาอ่อนแรงด้านซ้ายร่วมด้วย และชาแขนขาซ้ายมาก ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Cranicetomy with remove clot

กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการปวดศีรษะมาก แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก รักษาด้วยการรักษาด้วยเรื่องเลือดออกในสมองให้ conservativeอาการปวดศีรษะลดลง

4. ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ตาราง 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
กรณีศึกษาที่ 1	**กรณีศึกษาที่ 2**
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง	1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะปวดแผล	2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะปวดแผลICD

3. เสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเนื่องจากมีรอยเปิดของผิวหนัง 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 6. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล	3.เสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ 5. ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

5. กิจกรรมการพยาบาล

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
<u>กรณีศึกษาที่ 1</u> 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1.ผล CT brain พบRt.basal ganglia hemorrhage with Acute IVH 2. motor power ข้างซ้าย grad 0 , ข้างขวา grad 5	<u>วัตถุประสงค์</u> 1.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง <u>การประเมินผล</u> 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่เปลี่ยนแปลง GCS = 15 , รูม่านตาเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 min. มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้างเท่ากัน	1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ว่ามีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น จากอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที 2. บันทึกและ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง 3. ประเมิน และ บันทึกการตรวจทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอาการเลวลงของสมอง
	2. สัญญาณชีพปกติ - อัตราการหายใจปกติ อยู่ในช่วง 16 – 24 ครั้ง / นาที - อุณหภูมิกายปกติ ไม่มีไข้ อยู่ในช่วง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส - ความดันโลหิตปกติ อยู่ในช่วง 90 / 60 - 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท - pulse pressure อยู่ในช่วง 30-50 มิลลิเมตรปรอท - อัตราการเต้นชีพจรปกติ อยู่ในช่วง 60 – 100 ครั้ง / นาที 3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ 4. ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง 5. การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ ไม่มีอ่อนแรง ทำงานประสานกัน	4. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนในท่าที่ผ่อนคลาย สุขสบาย โดยจัดให้นอนในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อช่วยลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ 5. ดูแล ควบคุม อัตราการไหลและจำนวนสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ได้รับตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm. vein ทุก 6 hr Augmentin 1.2 gm vein ทุก 8 hr เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา คือ dilantin 100 mg. vein ทุก 8 hr เพื่อป้องกันอาการชัก 8. บันทึกปริมาณสารน้ำและของเหลวที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกาย เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 9. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 10. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ ปวดแผล ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย Pain score = 10 2. พักผ่อนได้น้อย คืนไปมา	วัตถุประสงค์ 1.เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ และปวดแผล ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด 2.เพื่อผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้ การประเมินผล 1.ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score 2-3 2.พักผ่อนนอนหลับได้มากขึ้น	1.ประเมินอาการปวดตามความรุนแรง ความถี่ 2.อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และการดูแลบาดแผล การรักษาพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล 3.ให้การพยาบาลต่างๆแก่ผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เพื่อลดการกระตุ้นให้ปวด 4.พลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง หรือจัดบริเวณที่มีพยาธิสภาพให้อยู่นิ่งในแนวราบที่ถูกต้อง 5.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น ระยะแรก ปวดมาก ให้ Morphine 5 mg vein prn. for pain ทุก 6 hr หรือ ระยะปวดลดลง ให้ Paracetamal (500) 1 tab oral prn 6.ให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด แนะนำการทำสมาธิ 7. ดูแลให้ประคบศีรษะด้วย Cold pack เพื่อลดอาการบวมและลดการออกของเลือดใต้หนังศีรษะบริเวณท้ายทอย พร้อมทั้งประเมินผลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
3. เสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเนื่องจากมีรอยเปิดของผิวหนัง ข้อมูลสนับสนุน มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ seal with radivac drain 1 ขวด	วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อที่แผล 2. ดูแลสาย ท่อระบาย (radivac drain) ให้เป็นระบบปิด ไม่ให้ดึงรั้ง ดูแลทำความสะอาดบาดแผลวันละ 1 ครั้งหรือแผลซึม. สังเกตการติดเชื้อที่แผล โดยดูลักษณะขอบแผล การมีแผลบวมแดง มี discharge ซึม มีกลิ่นเหม็น ถ้ามีอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป
	การประเมินผล 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. แผล ขอบแผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม ไม่มีกลิ่นเหม็น	3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผน การรักษาของแพทย์ คือ cefazolin 1 gm vein ทุก 6 hr พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ไข้ ผื่นคัน และหลอดเลือดดำอักเสบตรงตำแหน่งฉีดยา 4. แนะนำการดูแลแผล ไม่ให้แกะหรือเกาแผล เพื่อเป็นการลดการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย 5. แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเน้นอาหารพวก เนื้อ นม ไข่ เพื่อช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และส่งเสริมการหายของแผล 6. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย ถ้าอุณหภูมิสูงแสดงว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย โดยแยกจาก reactionary fever 7. แนะนำการรักษาความสะอาด ของร่างกาย การทำความ

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		สะอาดร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ควรอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีฝุ่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ร่างกาย
4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1.มีการคาสายสวนปัสสาวะไว้ 2.ระยะแรกให้งดน้ำงดอาหารทางปาก	<u>วัตถุประสงค์</u> ไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการตรวจ urine analysis WBC 0 -1	1.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการคาสายสวนปัสสาวะ 2.ทำการสวนปัสสาวะด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ 3.ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวกดี และเป็นระบบปิด 4.ดูแลระวังเรื่องการอุดกั้นที่จะทำให้เกิดการคั่งในกระเพาะปัสสาวะ และการไหลย้อนกลับของสายปัสสาวะจากถุงรองรับเข้าสู่ผู้ป่วย 5.ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ใช้ปลาสเตอร์ติดสายสวนปัสสาวะไว้ที่หน้าขา หรือท้องน้อย 6.ดูแลไม่ให้มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะนานเกินไป เทปัสสาวะทิ้งเวรละ 1 ครั้ง 7.สังเกตสี กลิ่น และลักษณะผิดปกติของปัสสาวะ 8.ดูแลให้ได้รับน้ำตามแผนการรักษา และบันทึกจำนวนน้ำเข้าและจำนวนปัสสาวะทุกครั้ง
5.วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> สีหน้าวิตกกังวล บางครั้งร้องไห้	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินของโรค คลายความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษาพยาบาล <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ คลายความวิตกกังวลลงบ้าง แต่ยังกลัว ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ โดยพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ให้เวลารับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าด้วยความเต็มใจ 2.อธิบายพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ แผนการรักษาพยาบาล เหตุผลในการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับอาการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 3.ให้กำลังใจในการเผชิญต่อความเจ็บปวด 4.ตรวจเยี่ยมและสอบถามอาการความต้องการและให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ถ้าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ และอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีกำลังใจมากขึ้น 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ รบกวนผู้ป่วยเฉพาะจำเป็นเท่านั้น 6.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งรบกวน 7.เมื่อจะให้การพยาบาลใดๆต้องแจ้งผู้ป่วยทราบและบอกรายละเอียดกิจกรรมให้เข้าใจ
6.ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล <u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	<u>วัตถุประสงค์</u> 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2.เพื่อให้ญาติสามารถดูแลช่วยเหลือ	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ญาติ ในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2.แนะนำวิธีการดูแลบาดแผล ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย/ญาติ ให้เข้าใจสามารถปฏิบัติได้ ก่อนจำหน่าย

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
1.ผู้ป่วย มีแผล suture ที่ศีรษะ 2.เมื่อสอบถามพบว่าไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน 3.ญาติมั่นใจในการดูแล	ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2. ญาติสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้	3.แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งผู้ป่วย/ญาติสามารถปฏิบัติได้ เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกล้ามเนื้อ การระวังอุบัติเหตุ 4.แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมากขึ้น แขนขาอ่อนแรง มีอาเจียนพุ่ง และเน้นถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด 5.ให้คู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถทบทวนได้หากหลงลืม
กรณีศึกษาที่ 2 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง ข้อมูลสนับสนุน 1.ผล CT brain พบ Acute SAH 2.Motor power แขนขาข้างซ้ายและข้างขวา grad 5	วัตถุประสงค์ 1.เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง การประเมินผล 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่เปลี่ยนแปลง GCS = 15 , รูม่านตาเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 min. มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้างเท่ากัน 2. สัญญาณชีพปกติ - อัตราการหายใจปกติ อยู่ในช่วง 16 – 24 ครั้ง / นาที - อุณหภูมิกายปกติไม่มีไข้อยู่ในช่วง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส - ความดันโลหิตปกติอยู่ในช่วง 90 / 60 - 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท - pulse pressure อยู่ในช่วง 30-50 มิลลิเมตรปรอท - อัตราการเต้นชีพจรปกติ อยู่ในช่วง 60 –100 ครั้ง /นาที 3.ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ 4.ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง 5. การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ ไม่มีอ่อนแรง ทำงานประสานกัน	1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ว่ามีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น จากอาการและอาการแสดง การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันท่วงที 2. บันทึกและ วัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง 3. ประเมิน และ บันทึกการตรวจทางระบบประสาททุก 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและสังเกตอาการเลวลงของสมอง 4. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนในท่าที่ผ่อนคลาย สุขสบาย โดยจัดให้นอนในท่าศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อช่วยลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ 5. ดูแล ควบคุม อัตราการไหลและจำนวนสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ โดยให้ได้รับตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา คือ dilantin 100 mg. vein ทุก 8 hr เพื่อป้องกันอาการชัก 7. บันทึกปริมาณสารน้ำและของเหลวที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกาย เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย 8. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 9. ดูแลให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ ปวดแผล ICD ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยบ่น ปวดศีรษะ	วัตถุประสงค์ 1.เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ และปวดแผล ลดความทุกข์ทรมานจากอาการปวด	1.ประเมินอาการปวดตามความรุนแรง ความถี่ 2.อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และการดูแลบาดแผล การรักษาพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
2.ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย Pain score = 10 3.พักผ่อนได้น้อย ดิ้นไปมาสีหน้าไม่สดชื่น ไม่มีความสุขสบาย	2.เพื่อผู้ป่วยสุขสบายพักผ่อนได้ <u>การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยปวดลดลง Pain score 2-4 2.พักผ่อนนอนหลับได้มากขึ้น	3.ให้การพยาบาลต่างๆแก่ผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เพื่อลดการกระตุ้นให้ปวด 4.พลิกตะแคงทุก 2 ชั่วโมง หรือจัดบริเวณที่มีพยาธิสภาพให้อยู่นิ่งในแนวราบที่ถูกต้อง 5.ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น ระยะแรก ปวดมาก ให้ Morphine 5 mg vein prn for pain ทุก 6 hr หรือ ระยะปวดลดลง ให้ Paracetamal (500) 1 tab oral prn 6.ให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด แนะนำการทำสมาธิสภาพให้อยู่นิ่งในแนวราบที่ถูกต้อง 7. ดูแลให้ประคบศีรษะด้วย Cold pack เพื่อลดอาการบวมและลดการออกของเลือดใต้หนังศีรษะบริเวณท้ายทอย พร้อมทั้งประเมินผลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง
3.เสี่ยงต่อภาวะพร่อง ออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วย on ICD No.36 ขีด 6 ต่อแบบ 2 ขวด	<u>วัตถุประสงค์</u> 1.เพื่อไม่เกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนผู้ป่วย <u>การประเมินผล</u> . สัญญาณชีพปกติ - อัตราการหายใจปกติ อยู่ในช่วง 16 – 24 ครั้ง / นาที	1.ประเมินสภาพผู้ป่วย จัดให้ในท่าศีรษะสูง 30 องศา 2. ดูแลสอนเทคนิคการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ 3.แนะนำให้ผู้ป่วยดูด Tri-flow 20 ครั้ง /วัน 4.ดูแลให้ผู้ป่วย on O_2 canular 3 LPM 5.แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกตและรายงานเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
	-ผู้ป่วยไม่มีหายใจหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น - ICD อยู่ในระบบปิด	6.ประเมินสัญญาณชีพบ่อยๆทุก 15-30 นาที หรือตามแผนการรักษา 7.ดูแลให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยความระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ขวด ICD แตก
4.วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> สีหน้าวิตกกังวล	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการดำเนินของโรค คลายความวิตกกังวลและร่วมมือในการรักษาพยาบาล <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ คลายความวิตกกังวลลงบ้าง แต่ยังกลัว ให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาพยาบาล นอนหลับพักผ่อนได้	1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย/ญาติ โดยพูดคุยด้วยความเป็นกันเอง ให้เวลารับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าด้วยความเต็มใจ 2.อธิบายพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการ แผนการรักษาพยาบาล เหตุผลในการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับอาการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 3.ให้กำลังใจในการเผชิญต่อความเจ็บปวด 4.ตรวจเยี่ยมและสอบถามอาการความต้องการและให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ถ้าผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ และอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีกำลังใจมากขึ้น 5.ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ รบกวนผู้ป่วยเฉพาะจำเป็นเท่านั้น

ตาราง 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวินิจฉัยการพยาบาลและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และการประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล
		6.จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งรบกวน 7.เมื่อจะให้การพยาบาลใดๆต้องแจ้งผู้ป่วยทราบและบอกรายละเอียดกิจกรรมให้เข้าใจ
5.ขาดความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล	<u>วัตถุประสงค์</u> 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ตารางที่ 2 <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> 1.เมื่อสอบถามพบว่าไม่ทราบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน 2.ญาติไม่มั่นใจในการดูแล	2.เพื่อให้ญาติสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง <u>การประเมินผล</u> 1.ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2.ญาติสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้	2.สอนและสาธิตการเดิน การนั่ง การก้มหยิบของ ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ ก่อนจำหน่าย 3.แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งผู้ป่วย/ญาติสามารถปฏิบัติได้ เช่น การรักษาความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกล้ามเนื้อ การระวังอุบัติเหตุ 4.แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะมากขึ้น แขนขาอ่อนแรง และเน้นถึงความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด 5.ให้คู่มือคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติสามารถทบทวนได้หากหลงลืม

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รักษาด้วยยา และการผ่าตัด บทบาทของพยาบาลจึงเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คลายความวิตกกังวลและเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีปัญหาที่วิกฤติเสี่ยงต่อความพิการและการเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องมีองค์ความรู้และทักษะความชำนาญ มีความสามารถในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย โดยสามารถประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ถูกต้อง วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินผลการพยาบาลทุกครั้ง เพื่อปรับปรุงแผนการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

ตลอดจนมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันหรือลดโอกาสในการเกิดภาวะ การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมดูแลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1 ขวัญใจ ลือเมือง,ขนิษฐา นาคะ, หทัยรัตน์ แสงจันทร์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะเล็กน้อย

2 จันทร์เพ็ญ เจริญศิลป์. สมรัตน์ ภาคีชีพ, และดวงจันทร์ วงษ์สุวรรณ ประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2557:39(1):33-40

3 ดวงกมล ดีทองคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต).ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

4 รุ่งนภา เขียวชอ่ำ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.Journal of Nursing Science 2553; 29(1) :18-25

5 วิราวัณย์ พานทอง. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บเล็กน้อยที่ศีรษะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2556;24(1):44-56

6 วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม : พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์ ; 2553

7 สถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับ 17 สถาบันวิชาการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา. 2554

8 สวิง ปันจัยสีห์,นครชัย เผื่อนปฐม และกุลพัฒน์ วีรสาร. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ.เข้าถึงได้จาก http://pni.go.th/pnigoth/wpeontent/uploads//2013/10/Clinical-Practice.pdf.2556

9 อินทิรา ทาเอื้อ. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนกับภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต).กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2553.

10 Wilberger.J.,Ortega, J., Slobounov. S. Chapyer 2: Concussion Meehanisms and Pathophysiology.Foundation of Sport-Related Brain Injury, 45-63. Retrieved July 2, 2014

11 World Health Organization (WHO). Road traffic injurt. Retrieved August 18,2014, from http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/2013

รูปแบบการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of Drinking water/Ice factory product contamination surveillance Namon district Kalasin province

พรพัฒน์ ภูนากลม[1], อรรถวิทย์ เนินชัด[1] ทักษนัย พัสดุ[1]

Pornpat Poonaklom, Attawit Noenchat, Taksanai Passadu

(Received: September 5,2018; Accepted: November 17,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 แห่ง เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์และสังเกตประเมินระบบเฝ้าระวังในโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง สำหรับผู้ประกอบการ โรงโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็งวิเคราะห์ข้อมูล โดย สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และร้อยละ (Percentage)

ผลการศึกษาพบว่า โรงน้ำดื่ม/น้ำแข็ง จำนวน 11 แห่ง สามารถปฏิบัติตามแนวทางในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 100 ประกอบด้วย มาตรการเฝ้าระวังสถานประกอบการโรงน้ำแข็ง มาตรการเฝ้าระวังกระบวนการผลิตและขนส่งน้ำดื่ม/น้ำแข็ง และมาตรการเฝ้าระวังด้านบุคลากรผลิตและผู้บริโภค

คำสำคัญ : โรงน้ำดื่ม/น้ำแข็ง, การเฝ้าระวัง

Abstract

This research was action research aimed to studied model of Drinking water/Ice factory product contamination surveillance Namon district Kalasin province. Sample size were 11 Drinking water/Ice factory. Data were collected by interview and evaluation form of Drinking water/Ice factory surveillance for Drinking water/Ice factory trader. Data were analyzed by descriptive statistics namely frequency and percentage.

The study indicated that 11 of Drinking water/Ice factory could follow the guidelines for Drinking water/Ice factory product contamination surveillance Namon district Kalasin province 100% consisted of measures to monitor ice factories , measures to monitor the production and transportation of drinking water / ice and measures to monitoring of production and consumer personnel.

Keywords : Drinking water/Ice factory , surveillance

[1] โรงพยาบาลนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภูมิอากาศแบบร้อนชื้น ทำให้ประชากรมีการบริโภคน้ำแข็งกันมาก นอกจากนี้ ยังมีการนำน้ำแข็งไปใช้ในการลดอุณหภูมิและแช่อาหาร เช่น อาหารทะเล เครื่องดื่ม และใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมอาหาร หากน้ำแข็งที่ใช้บริโภคโดยตรงไม่สะอาด มีจุลินทรีย์ที่เป็นโทษต่อร่างกายปนเปื้อนจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคป่วยและอาจเสียชีวิตได้ ในกรณีที่บริโภคทางอ้อม เช่น นำน้ำแข็งไปแช่อาหารต่างๆ ซึ่งเป็นวัตถุดิบในอุตสาหกรรมอาหาร ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านความปลอดภัยในห่วงโซ่อาหาร เมื่อนำวัตถุดิบนั้นไปผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ต่อไป จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า น้ำแข็งที่ผลิตภายในประเทศทั้งน้ำแข็งซองและน้ำแข็งหลอด มีการปนเปื้อนจากเชื้อจุลินทรีย์ เช่น โคลิฟอร์ม (Coliforms) เอสเชอร์รีเชีย โคไล (Escherichia coli) หรือเรียกสั้นๆ ว่า อี โคไล (E.coli) และคลอสตริเดียม เพอฟริงเจนส์ (Clostridium perfringens) (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2560)

จากข้อมูลสถิติการสุ่มตรวจการปนเปื้อนในอาหารของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ในปี 2554 มีน้ำแข็งบริโภคปนเปื้อนจุลินทรีย์มากกว่าร้อยละ 64.5 ซึ่งในปี 2558 พบว่า มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,164,902 ราย เสียชีวิต 38 ราย เป็นโรคที่พบมากอันดับ 1 กว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 1 ล้านกว่าราย เสียชีวิต 37 ราย รองลงมา คือ โรคอาหารเป็นพิษ พบผู้ป่วยประมาณ 98,000 ราย เสียชีวิต 1 ราย และโรคบิด จำนวน 5,645 ราย เนื่องจากเชื้อโรคหรือจุลินทรีย์ที่พบนี้ก่อให้เกิดโรค อีโคไล ท้องร่วง ท้องเสีย และโรคอาหารเป็นพิษอีกด้วยซึ่งจากการตรวจสอบพบว่าสาเหตุส่วนหนึ่งจากการบริโภคน้ำแข็ง[1]

ในปี พ.ศ. 2560 อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบการระบาดของโรคโรต้าไวรัส ซึ่งรายงานว่าปัจจัยเสี่ยงในน้ำแข็ง จากการสอบสวนผู้ป่วยรายแรกมาด้วยอาการของอาหารเป็นพิษ จำนวน 5 รายในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีประวัติการรักประทานอาหาร คือ เมนูไข่ น้ำดื่ม และน้ำแข็ง ซึ่งจากการบริโภคอาหารของผู้ป่วยทำให้พบประเด็นที่สงสัยคือน้ำดื่มและน้ำแข็ง จากนั้นพบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษเพิ่มขึ้นจำนวน 26 ราย โดยจากการสวบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษมีการดื่มประกอบน้ำแข็งทุกราย และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ตรวจด้วยวิธี RT-PCR เป็นโรต้าไวรัสทั้งสิ้น 7 ตัวอย่าง โดบพบในอุจจาระเด็ก 3 ตัวอย่าง และในผู้ใหญ่ 4 ตัวอย่าง[2]

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ผลิตภัณฑ์น้ำหรือน้ำแข็งยังพบปัญหาอันตราย มีผลกระทบต่อผู้บริโภคโดยตรงและเป็นปัญหาทางอ้อมแก้ผู้ผลิตอาหารบางประเภท และจากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พบว่า สาเหตุของปัญญาหาส่วนหนึ่งมาจากสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ปัญหาจากกระบวนการผลิตที่ไม่ถูกต้อง การสุขาภิบาลและกาจัดการด้านความสะอาดยังไม่ถูกวิธี ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา ผลของแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง
2. ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง
3. ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง และศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนกันยายน 2560 – กันยายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ที่เข้ามาจำหน่ายในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 แห่ง

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ที่เข้ามาจำหน่ายในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด จำนวน 11 แห่ง โดยเก็บตัวอย่าง ดังนี้

2.1 โรงงานน้ำ/น้ำแข็งที่เข้ามาจำหน่ายในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด จำนวน 11 โรงงาน

2.2 ตัวอย่างน้ำในการตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดตรวจ อ.๑๑

2.3 พนักงานโรงงานน้ำดื่ม ที่เข้ามาจำหน่ายในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด จำนวน 11 โรงงาน จำนวน 30 คน

2.4 พนักงานโรงงาน น้ำแข็งที่เข้ามาจำหน่ายในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด จำนวน 11 โรงงาน จำนวน 30 คน

2.5 ตัวแทนครัวเรือน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 381 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การประชุมโดยกระบวนการกลุ่มในการกำหนดมาตรการ/กิจกรรมในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็งเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ประกอบการสถานประกอบการโรงน้ำดื่มน้ำดื่ม/น้ำแข็ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการตรวจสถานที่ผลิตอาหาร (ตส.๑ (๕๐)) ของสำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2555)[3]

2.2 บันทึกการตรวจสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ตส.๓(๕๐)) ของสำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2555)[3]

2.3. แบบประเมินระดับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของพนักงานโรงงานน้ำ/น้ำแข็ง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมในการบริโภคน้ำดื่มของผู้บริโภค เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.5 แบบประเมินระดับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของพนักงานโรงงานน้ำแข็ง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

2.6 แบบประเมินพฤติกรรมในการบริโภคน้ำแข็งของผู้บริโภค เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาค้นคว้าดำเนินการเก็บรวบข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ที่จำหน่ายในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ วางระบบเฝ้าระวังโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ที่จำหน่ายในอำเภอนามน (กันยายน 2560)

2. กำหนดมาตรการ วางระบบเฝ้าระวังโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ที่จำหน่ายในอำเภอนามน (ตุลาคม 2560)

3. ดำเนินการตามมาตรการ/กิจกรรม (ตุลาคม 2560– กันยายน 2561)

4. สรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข (กันยายน 2561)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) และร้อยละ (Percentage) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

1. โรงงานที่ผ่านมาตรฐานการผลิตของโรงงานน้ำ/น้ำแข็ง ปี 2560 จำนวน 3 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 27.3 ปี

2561 โรงงานที่ผ่านมาตรฐานการผลิตของโรงงานน้ำ/น้ำแข็ง ปี 2561 จำนวน 11 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 100.0

2. การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่ตรวจด้วยชุดตรวจ อ.๑๑ ปี 2560 พบว่า น้ำจากก๊อกบรรจุถังใหญ่ 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 6 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 54.5 น้ำจากก๊อกบรรจุขวดเล็ก ผ่าน จำนวน 3 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ น้ำจากถัง 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 1 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ปี2561การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่ตรวจด้วยชุดตรวจ อ.๑๑ พบว่า น้ำจากก๊อกบรรจุถังใหญ่ 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 11 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 100.0 น้ำจากก๊อกบรรจุขวดเล็ก ผ่าน จำนวน 11 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ น้ำจากถัง 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 9 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 81.8

3. ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของพนักงานโรงงานน้ำดื่ม ปี 2560 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง ปี 2561 อยู่ในระดับมากที่สุด และดีกว่า ปี 2560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงาน น้ำแข็ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของพนักงานโรงงาน น้ำแข็งปี 2560 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง ปี 2561อยู่ในระดับมากที่สุด และดีกว่า ปี 2560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ระดับพฤติกรรมในการบริโภคน้ำดื่ม ของผู้บริโภค ปี 2560อยู่ในระดับปานกลาง ปี2561อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และดีกว่า ปี 2560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับพฤติกรรมในการบริโภค น้ำแข็ง ของผู้บริโภค ระหว่างตำบล ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งสองปี

6. ระดับพฤติกรรมในการบริโภคน้ำแข็ง ของผู้บริโภค อยู่ในระดับปานกลาง ปี2561อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และดีกว่า ปี 2560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับพฤติกรรมในการบริโภค น้ำแข็ง ของผู้บริโภค ระหว่างตำบล ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งสองปี

สรุปและอภิปรายผล

โรงงานที่ผ่านมาตรฐานการผลิตของโรงงานน้ำ/น้ำแข็ง ปี 2560 จำนวน 3 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่ตรวจด้วยชุดตรวจ อ.๑๑ พบว่า น้ำจากก๊อกบรรจุถังใหญ่ 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 6 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 54.5 น้ำจากก๊อกบรรจุขวดเล็ก ผ่าน จำนวน 3 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ น้ำจากถัง 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 1 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 9.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกอบกับระดับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็งอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ของพนักงานโรงงานน้ำดื่ม โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง และระดับพฤติกรรมในการบริโภคน้ำดื่ม/น้ำแข็งของผู้บริโภค อยู่ในระดับปานกลาง จึงได้จัดให้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำ/น้ำแข็ง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยและกำหนดมาตรการ/กิจกรรมในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็งโดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ประกอบการสถานประกอบการโรงน้ำดื่มน้ำดื่ม/น้ำแข็ง เกิดเป็นมาตรการ ได้แก่ มาตรการเฝ้าระวังสถานประกอบการ โรงน้ำดื่ม มาตรการเฝ้าระวังกระบวนการผลิตและขนส่งน้ำดื่ม และ มาตรการเฝ้าระวังด้านบุคลากรผลิตและผู้บริโภค ซึ่งเป็นไปตาม มาตรฐาน [4,5] ส่งผลให้ปี 2561 มีโรงงานผ่านมาตรฐานการผลิตของโรงงานน้ำ/น้ำแข็ง ทั้งหมด สอดคล้องกับการศึกษาของการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่ตรวจด้วยชุดตรวจ อ.๑๑ พบว่า น้ำจากก๊อกบรรจุถังใหญ่ 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 11 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 100.0 น้ำจากก๊อกบรรจุขวดเล็ก ผ่าน จำนวน 11 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 100.0 และ น้ำจากถัง 20 ลิตร ผ่าน จำนวน 9 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 81.8 ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ปี 2561 อยู่ในระดับมากที่สุด และดีกว่า ปี 2560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับพฤติกรรมในการบริโภคน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ของผู้บริโภค ปี2561อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และดีกว่า ปี 2560อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับพฤติกรรมในการบริโภค น้ำแข็ง ของผู้บริโภค ระหว่าง

ตำบล ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งสองปี เนื่องจากมีระบบการจัดการการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็ง ในอำเภอที่เป็นเอกภาพ สอดคล้องกันกับการศึกษาของมาริสา ไก่แก้วกาญจนา (2558)[6] ได้ทำการศึกษา การเสริมสร้างความเข้มแข็งของมาตรการคาบคุมการผลิตน้ำแข็งหลอดในจังหวัดชัยนาท มีวัตถุประสงค์ เพื่อค้นหาแนวทางเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิธีการกำกับดูและน้ำแข็งหลอดทั้งในช่วงก่อนและหลังออกสู่ตลาด ของนำสักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท และศึกษาปัจจัยที่ทำให้น้ำแข็งหลอดตกมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ ผลการศึกษาพบว่า มาตรการในการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ก่อนและหลังออกสู่ตลาดที่ควรปรับปรุง คือ การเรียกเอกสารผลการตรวจวิเคราะห์ด้านเคมีของแหล่งน้ำผิวดินที่ใช้ในการผลิตน้ำแข็งหลอด และผลการตรวจวิเคราะห์น้ำที่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพก่อนเข้าสู่กระบวนการผลิต นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจประเมินควรได้รับการพัฒนาในความรู้เรื่องกระบวนการผลิตและเครื่องมืออุปกรณ์ในการผลิต และการศึกษายังพบอีกว่า หลักเกณฑ์ GMP สุขลักษณะทั่วไปที่ใช้ประเมินสถานที่ผลิตน้ำแข็งหลอดขาดความจำเพาะและครอบคลุม โดยเฉพาะหัวข้อการควบคุมกระบวนการผลิต และสุขลักษณะส่วนบุคคลที่ดีของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการผลิตเป็นปัจจัยหลักข้อหนึ่งที่ทำให้ผลิตภัณฑ์น้ำแข็งหลอดตกมาตรฐานด้านจุลินทรีย์ สำหรับมาตรการที่ควรใช้ คือ การร่วมมือกับผู้ประกอบการเพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตตามหลักเกณฑ์ GMP

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม/น้ำแข็งร่วมกันโดยกระบวนการกลุ่มระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ประกอบการสถานประกอบการโรงน้ำดื่ม เพื่อร่วมกันกำหนดข้อตกลงที่นำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง

2. ควรจัดให้ระบบเฝ้าระวังการปนเปื้อนผลิตภัณฑ์ของโรงงานน้ำดื่ม โดยความร่วมมือระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ประกอบการสถานประกอบการโรงน้ำดื่มและผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก นพ.ประวิตร ศรีบุญรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่เอื้อเฟื้อให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนามนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.ความรู้สุขภาพ, บริโภคน้ำแข็งผ่านมาตรฐาน GMP ลดเสี่ยงปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์. 2561. URL<http://www.anamai.moph.go.th/..> สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2561

1. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา .คู่มือการตรวจสถานที่ผลิตน้ำแข็งตามหลัก GMP สุขลักษณะทั่วไป, นนทบุรี. 2546.

2. โรงพยาบาลนามน. รายงานการสอบสวนโรติดเชื้อไวรัสโรต้า งานยุทธศาสตร์และควบคุมโรค. โรงพยาบาลนามน, 2561

3. สำนักอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. การผลิตอาหารและสุขลักษณะที่ดีเกี่ยวกับของสถานที่ผลิต (GMP). URL< http://www.fda.moph.go.th/sites/food/SitePages/gmp.aspx> สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2561.

5. กองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แนวทางการป้องกันปัญหาการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในการผลิตน้ำบริโภคบรรจุขวด, กรุงเทพฯ, 2543.
6. มาริสา ไก่แก้วกาญจนา. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของมาตรการควบคุมการผลิตน้ำแข็งหลอดในจังหวัดชัยนาท. วารสารเภสัชกรรมไทย. 7(2) 2558

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of elderly care model by caregivers and partnership Kuchinarai district Kalasin province

นัฐวุฒิ ไผ่ผาด[1] บุญรอด ดอนประเพ็ง[2]

Nattawut phaiphad[1] Boonrod Donprapeng[2]

(Received: September 5,2018; Accepted: November 20,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้มีวัตถุประสงค์ 1)เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 280 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) และแบบสอบถามระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) ค่าต่ำสุดสูงสุด สถิติ F – test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Duncan และ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) รายข้อ ของ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559 – 2562 ด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) และ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ส่วนระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 , ปี 2560 , ปี 2561 และปี 2562 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ระหว่างตำบล โดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ , ผู้ดูแล

Abstracts

This research was research and development aimed to 1) studied elderly care model by caregivers and partnership Kuchinarai district Kalasin province. 2) development of elderly care model by caregivers and partnership Kuchinarai district Kalasin province. Sample size were 280 caregivers. Data were collected by Barthel Activities of Daily Living (ADL) and questionnaire for level of elderly care ability by caregivers according to Barthel Activities of Daily Living (ADL). Data were analyzed by percentage , mean , standard deviation , minimum , maximum , F – test by technique One – way ANOVA multiple comparison by Duncan method and F – test by technique Repeated Measurement multiple comparison by LSD.

The results of the research showed that assessment results of most problematic item of Barthel Activities of Daily Living (ADL) Kuchinarai district Kalasin province were Transfer , Bladder and Stairs. As for level of elderly care ability by caregivers according to Barthel Activities of Daily Living (ADL) between year 2016, year 2017, year 2018 and year 2019 had statistically significant differences at the .05 level. And between sub-district total and most aspect had statistically significant differences at the .05 level.

Key word: elderly care model **,** caregivers

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

[2] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

บทนำ

สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 5 ที่มีสุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุ 1 ใน 2 คน อ้วน และเป็นโรคอ้วน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 46 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว จำนวน 6 แสนคน หรือร้อยละ 7.7 อยู่ลำพังกับคู่สมรส จำนวน 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 16 [1]

จากการสำรวจการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 6,394,022 คนในปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 79 (5 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ยังช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ และอีกร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือ เรียกว่า กลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือภาวะทุพพลภาพ ที่ต้องการการดูแลระยะยาว [2]เมื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2550 กับปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ที่เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) มีประมาณ ร้อยละ 78 กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีร้อยละ 20 ขณะที่กลุ่มพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเอง (กลุ่มติดเตียง) มีร้อยละ 2 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี [2]

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอกุฉินารายณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ เห็นรูปแบบการดูแลระยะยาวที่มีความชัดเจน และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในจังหวัดกาฬสินธุ์และพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาระหว่าง เดือนกันยายน 2559 – กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หมู่บ้านละ 2 คน 140 หมู่บ้าน คิดเป็น จำนวน 280 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

2.2 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกิจกรรม อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกิจกรรม อยู่ระดับ มาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกิจกรรม อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกิจกรรม อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกิจกรรม อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

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

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเขาวง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.979 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ทบทวนกระบวนการดำเนินงานและกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปี 2559 เพื่อกำหนดกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปี 2560

3. การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2560

4. การปรับปรุงและกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปี 2560 เพื่อกำหนดกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปี 2561

5. การดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561

6. การปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ปี 2561 เพื่อกำหนดกำหนดรูปแบบการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ปี 2562

7. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562

8. สรุปถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F – test ด้วย

เทคนิค One – way ANOVA โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ Duncan และ สถิติ F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement โดยเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีของ LSD การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วยการกำหนดผู้ดูแล การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับภาคีเครือข่าย และการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2. ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) รายข้อ ของ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559 – 2562 พบว่า ด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) และ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กำหนดให้มีผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมหมู่บ้านละ 2 คน เป็นผู้ติดตามดูแล แบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 การดูแลกันเองของคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ชั้นที่ 2 การดูแลโดยให้ผู้ดูแลเข้ามาช่วยดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ที่มีปัญหาสุขภาพบ้างและผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)ในกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง และชั้นที่ 3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามดูแล ซึ่งพบในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)โดยเฉพาะ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสน ทางสมอง และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ทั้ง 2 ประเภท ซึ่งเป็นภาระงานยากต่อการดำเนินงานให้สำเร็จได้ จึงได้ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้แลผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับภาคีเครือข่ายดังต่อไปนี้

แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด ติดตามเยี่ยม การลดภาวะแทรกซ้อน ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ดูแล ญาติ และผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกเยี่ยมบ้านตรวจดูความต้องการของผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ วางแผนการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ตามคำแนะนำของ แพทย์/พยาบาล/เภสัชกร/นักกายภาพบำบัด ร่วมกับภาคีเครือข่ายผู้ดูแล ญาติ และตัวผู้สูงอายุเอง

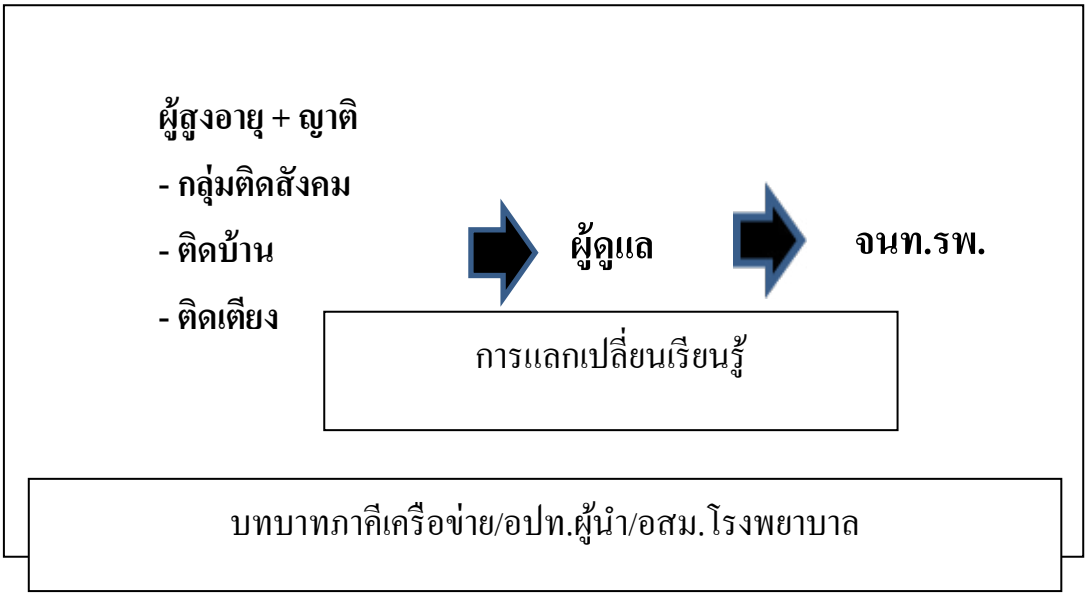
ผู้ดูแล ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ร่วมกันส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ส่งเสริมสิทธิผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล ญาติ และตัวผู้สูงอายุเอง ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานภาครัฐและให้กำลังใจ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ติดตามการขึ้นทะเบียนผู้พิการ ส่งเสริมสิทธิผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน ช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวันและให้กำลังใจ

ผู้นำชุมชน ติดตามจัดให้ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก ส่งเสริมสิทธิผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน ช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน วางแผนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานภาครัฐ และให้กำลังใจ

อาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามจัดให้ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก ส่งเสริมสิทธิผู้สูงอายุขั้นพื้นฐาน ช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ดูแล ญาติ และตัวผู้สูงอายุเอง ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานภาครัฐ และให้กำลังใจ

โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งสามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 ได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562

4. ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่า ในปี 2559 – 2560 อยู่ในระดับน้อย ในปี 2561 อยู่ในระดับปานกลาง และในปี 2562 อยู่ในระดับมากที่สุด ดังตาราง 1-4

ตาราง 1 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2559

ADL	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	2.24	0.39	น้อย
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่	2.26	0.42	น้อย

ตาราง 1 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2559

ADL	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ผ่านมา)			
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	2.43	0.43	น้อย
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	2.40	0.43	น้อย
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	2.34	0.37	น้อย
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	2.32	0.40	น้อย
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	2.31	0.40	น้อย
8. Bathing (การอาบน้ำ)	2.41	0.43	น้อย
9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	2.33	0.40	น้อย
10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	2.36	0.41	น้อย
รวม	**2.34**	**0.42**	**น้อย**

จากตาราง 1 พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2559 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ น้อย

ตาราง 2 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2560

ADL	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	2.35	0.43	น้อย
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	2.43	0.46	น้อย
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	2.57	0.39	น้อย
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	2.57	0.41	น้อย
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	2.45	0.36	น้อย
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	2.46	0.40	น้อย
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	2.46	0.40	น้อย
8. Bathing (การอาบน้ำ)	2.55	0.39	น้อย
9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	2.48	0.41	น้อย
10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	2.52	0.40	น้อย
รวม	**2.49**	**0.42**	**น้อย**

จากตาราง 2 พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2560 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ น้อย

ตาราง 3 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2561

ADL	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	2.66	0.48	ปานกลาง
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	2.63	0.48	ปานกลาง
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	2.72	0.39	ปานกลาง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	2.65	0.42	ปานกลาง
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	2.60	0.40	ปานกลาง
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	2.56	0.42	ปานกลาง
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	2.62	0.40	ปานกลาง
8. Bathing (การอาบน้ำ)	2.68	0.46	ปานกลาง
9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	2.68	0.40	ปานกลาง
10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	2.72	0.47	ปานกลาง
รวม	**2.65**	**0.43**	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2561 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง

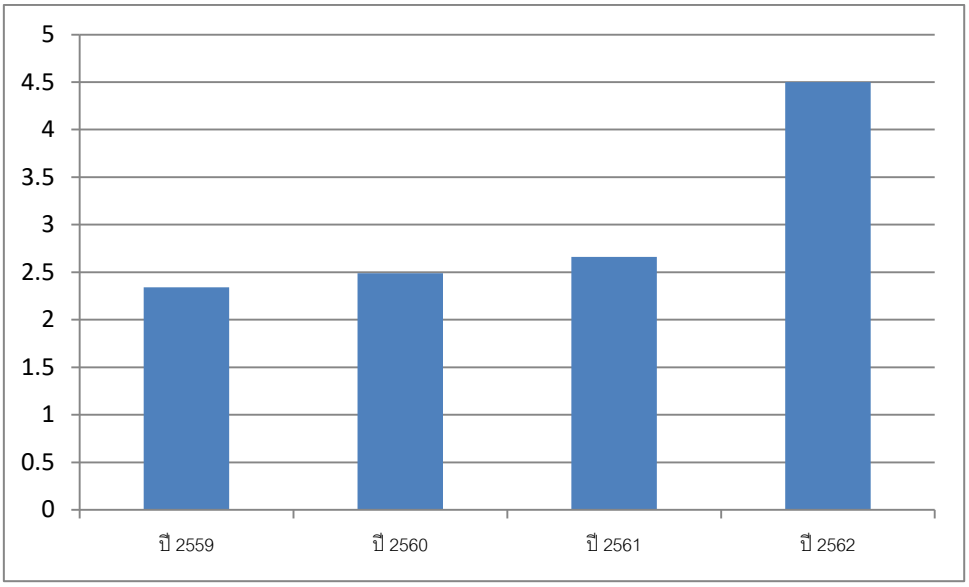
ตาราง 4 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2562

ADL	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)	4.58	0.45	มากที่สุด
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	4.51	0.48	มากที่สุด
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)	4.46	0.39	มากที่สุด
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)	4.42	0.41	มากที่สุด
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)	4.57	0.36	มากที่สุด

ตาราง 4 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2562

ADL	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)	4.49	0.42	มากที่สุด
7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)	4.50	0.43	มากที่สุด
8. Bathing (การอาบน้ำ)	4.48	0.40	มากที่สุด
9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	4.48	0.41	มากที่สุด
10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	4.47	0.40	มากที่สุด
รวม	**4.50**	**0.42**	มากที่สุด

จากตาราง 4 พบว่า ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ปี 2559 โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มากที่สุด



แผนภูมิ 1 ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวม ระหว่างปี 2549-2562

จากแผนภูมิ 1 พบว่าระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

5. การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

5.1 การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 , ปี 2560 , ปี 2561 และปี 2562 ระหว่างตำบล โดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 การเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 , ปี 2560 , ปี 2561 และปี 2562 โดยรวมและรายด้านส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 5 และ 6

ตาราง 5 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 – 2562

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p - value	Epsilon[b]		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	.719	91.523	5	.000	.847	.856	.333

ตาราง 6 เปรียบเทียบรายคู่ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 – 2562

ปี(I)	ปี(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p - value	95% CI	
					Lower Bound	Lower Bound
ปี 2559	ปี 2560	-.148*	.015	.000	-.178	-.119
	ปี 2561	-.316*	.019	.000	-.354	-.278
	ปี 2562	-2.161*	.020	.000	-2.201	-2.121
ปี 2560	ปี 2559	.148*	.015	.000	.119	.178
	ปี 2561	-.168*	.013	.000	-.194	-.142
	ปี 2562	-2.012*	.015	.000	-2.042	-1.983
ปี 2561	ปี 2559	.316*	.019	.000	.278	.354
	ปี 2560	.168*	.013	.000	.142	.194
	ปี 2562	-1.845*	.017	.000	-1.878	-1.811
ปี 2562	ปี 2559	2.161*	.020	.000	2.121	2.201
	ปี 2560	2.012*	.015	.000	1.983	2.042
	ปี 2561	1.845*	.017	.000	1.811	1.878

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) รายข้อ ของ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2559 – 2562 พบว่าด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) และ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ซึ่งเป็นปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่(5,6) สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ ชมภูเขา (2561)(7) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า 1) บริบทของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและสภาพปัญหา พบว่า ไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่

สอดคล้องกับตัวผู้สูงอายุ และบริบทของชุมชน ขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ร้อยละ 2.81 รองลงมาคือ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ร้อยละ 2.73 และ Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ร้อยละ 2.42 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 2.1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) โดยการส่งเสริมสุขภาพดียืดระยะเวลาการเจ็บป่วย 2.2) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) 2.3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) 3) ผลของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ภายใต้ 10 บัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยบัญญัติสร้างสุขผู้สูงวัย ระหว่าง ปี 2558 ถึง ปี 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ผลการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ ระหว่าง ปี 2558 ถึง ปี 2560 (Repeated measurement) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2560 มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 4) ผลการประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ภายหลังรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์) ปี 2559 มีกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) และDressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ปี 2560 (n = 1,280) มีกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นจาก ปี 2559 คือ Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) และ Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) Mobility และการศึกษาของ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ และคณะ (2551)(8) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรัง รวมทั้งมีภาวะทุพลภาพ เมื่อการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 , ปี 2560 , ปี 2561 และปี 2562 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ปี 2562 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เป็นเพราะมีการติดตามประเมินผลเป็นรายปี โดยในปี 2559 มีการกำหนดผู้ดูแล การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้พบว่า การดูแลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นที่ 1 การดูแลกันเองของคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ชั้นที่ 2 การดูแลโดยให้ผู้ดูแลเข้ามาช่วยดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) ที่มีปัญหาสุขภาพบ้างและผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)ในกลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง และชั้นที่ 3 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามดูแล ซึ่งพบในกลุ่ม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)โดยเฉพาะ กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ทั้ง 2 ประเภท ซึ่งนำมาใช้เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี2560

แต่ยังพบปัญหาเนื่องจาก ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย และในแต่ละตำบลมีการดำเนินการที่แตกต่างกัน ทำให้ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ เวชพานิช (2562)(9) ได้ศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ผลการศึกษา พบว่า 1) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่า สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้ทุกเรื่อง แต่ก็มีบางคนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในบางเรื่อง 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 ไม่แตกต่างกันดังนั้น ในปี 2561 จึงส่งเสริมการมีส่วนร่วม การกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับภาคีเครือข่ายให้มีการขับเคลื่อน รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุก้าวไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (Active aging) ซึ่งหมายถึงสามารถพึ่งพาตนเองได้ (Self-reliance) ดูแลตนเองได้ (Self-care) สามารถทำสิ่งต่าง ๆได้ตามศักยภาพของตนเอง(10) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2542) ทำให้ค่าระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) พบว่า ปี 2559 – 2560 อยู่ในระดับน้อย ในปี 2561 อยู่ในระดับปานกลาง และในปี 2562 อยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังพบปัญหาการขาดความเข้าใจในการสื่อสารซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการบูรณาการงานให้สอดรับการอย่างมีประสิทธิภาพ จึงจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งสามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2562 ขึ้น ส่งผลให้ ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในระดับมากที่สุด และระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 , ปี 2560 , ปี 2561 และปี 2562 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวภร เงินราง (2562)(11) ได้ศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ระหว่างปี 2559 -

2561 ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและกลุ่มติดบ้าน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองกลุ่ม โดยที่ ในปี 2561 มีค่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล(Barthel Activities of Daily Living : ADL) มากที่สุด พฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน ปี 2561 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสม ยกเว้น Smart Eat อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และ ดีกว่าปี 2560 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนาอกจากนี้ ถึงแม้ ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยรวมและรายด้าน ระหว่างตำบล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความแตกต่างนั้นส่งผลให้เกิดนวตกรรมในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยการกำหนดผู้ดูแล การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การกำหนดบทบาทหน้าที่ให้กับภาคีเครือข่าย และการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

2. ผู้ดูแลนอกจากจะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลแล้วควรกำหนดให้มีการติดตามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตามแนวทางการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)และผลลัพธ์จากการดูแล

3. ควรศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน อาจารย์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำจนโครงการวิจัยลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. **แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย.** 2560. URL:https://www.thaihealth.or.th/Content/38223-แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”. html

2. นงลักษณ์ พะไกยะ. ระบบการดูแลระยะยาวและ กำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย.2551.

3. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981

4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, บรรณาธิการ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ ชัยยศ คุณานุสนธิ์ วิพุธ พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2542

5. สุภาวดี พุฒิหน่อยและคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพกับผู้อื่นกับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . 2547

6. ฉวีวรรณ ชมภูเขา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11(1) ม.ค.-พ.ค., 2562

7. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ ลินจง โปธิบาล จิตตวดี เหรียญทอง. การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. พยาบาลสาร 35(1) 36-45, 2551.

8. จุฑามาศ เวชพานิช. ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 12(2) พ.ค.-ก.ย., 2562
9. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “ปัจจัยที่มีผลต่อการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ”. วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการศึกษา ฯ สหประชาชาติ. ปีที่ 31 ฉบับที่ 1-2 (ม.ค.-มิ.ย. 2542) .2542.หน้า 32-36.
10. ศิวภร เงินราง. ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี . วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 12(2) พ.ค.-ก.ย., 2562

ภาพลักษณ์องค์กรและการรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทรปราการ

Corperate Image and Perception of Service Associated with the Service Quality of Tambon Health Promoting Hospital: A Case Study of Tambon Bangchalong Health Promoting Hospital, Samutprakarn Province

นิลาวรรณ งามขำ[1], ปัทมาวรรณ์ แก้วสาย[2], ยุพาพรรณ ชาภักดี[3], ประธาน สัมฤทธิ์รินทร์[4]
จุฑามาศ พรมเทศ[5], ชลิตา จิตสวา[6], ธัญชนก สีสังข์[7]
Nilawan Ngamkham[1], Pattamawan Kaewsai[2], Yupapan Chapakdee[3], Pratan Sumrithrin[4],
Juthamad Promtes[5], Chalita Jitsawa[6], Thanchanok Seesang[7]

(Received: August 15,2018; Accepted: September 11,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง และเพื่อศึกษา ภาพลักษณ์องค์กร การรับรู้ต่อการบริการ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ โดยสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยจากแนวคิดคุณภาพการบริการของกลอสและเดวิส กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 426 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.958 เก็บข้อมูลเดือนพฤศจิกายน 2561 ได้รับแบบสอบถามคืนร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน ข้อค้นพบของการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =4.13, S.D.=0.54) ตัวแปรการรับรู้ต่อการบริการ และภาพลักษณ์องค์กร ส่งผลต่อคุณภาพการบริการตามลำดับ และตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง ได้ร้อยละ 64.0 (R^2=0.640, p-value<0.001) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงสามารถนำข้อค้นพบไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง โดยมุ่งเน้นภาพลักษณ์องค์กรและการรับรู้ต่อการบริการ

คำสำคัญ: คุณภาพการบริการ, ภาพลักษณ์องค์กร, การรับรู้ต่อการบริการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง

Abstract

This research was aimed to study the level to service quality of Tambon Bangchalong Health Promoting Hospital and to study the corporate image and perception of services that Associated with the Service Quality. This research is a survey -research. The theoretical framework of service quality of Goetsch & Davis (2000) were used as a guide to construct the conceptual framework of this study. The samples were patients of Tambon Bangchalong Health Promoting Hospital. The samples of 426 patients were selected by simple random sampling technique. The research instrument was a questionnaire. The content validity of questionnaires were proved by three experts. The Item–Objective Congruence Index (IOC) of all questions was 0.67-1.00. The Cronbach's alpha co-efficiency reliability test of questionnaires were 0.958. Data was

[1] อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University, E-mail: nilawan_ngamkham@yahoo.com
[2-7] นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University

collected from November 2018 and questionnaires were returned which was 100 percent. The data were analyzed by the stepwise multiple regression analysis. The findings of the study showed that the service quality of Tambon Bangchalong Health Promoting Hospital was at a high level ($\overline{X}$ =4.13, S.D.=0.54). Perception of services and the corporate image associated with the Service Quality, respectively and they could predicted the service quality at 64.0 percent (R^2=0.640, p-value<0.001). Tambon Bangchalong Health Promoting Hospital can use the results of this research as a guide to develop service quality and emphasize on corperate image and perception of services.

Keywords: Service Quality, Corperate Image, Perception of Services, Tambon Bangchalong Health Promoting Hospital

บทนำ

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีความเจริญกาวหน้ามากขึ้นกว่าเดิม สามารถขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ
โดยมีการสร้างโรงพยาบาลอำเภอและสถานีอนามัยครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ปัจจุบันสถานีอนามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการเพิ่มมากขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูรวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ถึงแม้ว่ามี รพ.สต. ครอบคลุมทุกพื้นที่และสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกมากขึ้น แต่จากสถานการณ์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระยะที่ผ่านมา (ช่วงระยะ 2547-2558) พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. และคุณภาพบริการในการให้บริการรักษาบางโรคยังไม่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุขระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำไปสู่วิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุขคือ เป็นองคกรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดีในที่สุด โดยมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้านต่อไปนี้ คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ระบบบริการ การพัฒนาคน และระบบบริหารจัดการ ดังนั้น จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต.ขึ้น คือเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการ กระบวนการบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอย่างใกล้ชิดและมีความต่อเนื่อง ในระดับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการบริหารจัดการที่ทำให้เกิดพัฒนาคุณภาพการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นมาตรฐานหนึ่งในเกณฑ์การประเมินรพ.สต.ติดดาว เป็นแผนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในประเทศไทยได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวซึ่งเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาตนเอง[1] คุณภาพการบริการจึงมีความสำคัญที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องให้ความสนใจ อีกทั้งภาพลักษณ์องค์กรซึ่งเป็นตัวสะท้อนการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการรับรู้ต่อการบริการมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ โดยภาพลักษณ์เป็นข้อเท็จจริงบวกกับการประเมินตนเอง ซึ่งเป็นภาพที่ถูกฝังอยู่ในความรู้สึกของบุคคล ยากต่อการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้ต่อการบริการ เป็นการแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจของความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล[2] ภาพลักษณ์องค์กรและการรับรู้ต่อการบริการเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงระดับของคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หากภาพลักษณ์และการบริการดีจะเกิดการรับรู้ต่อการบริการที่ดี เป็นการยกระดับคุณภาพการบริการที่ดีทำให้มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นหรือการบอกต่อถึงคุณภาพการบริการ ซึ่งการบริการเป็นตัวกำหนดคุณภาพการบริการการที่จะกำหนดคุณภาพการบริการนั้นถือเป็นเรื่องที่ยากเพราะขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ ได้แก่ ชื่อเสียงองค์กร ภาพพจน์ พฤติกรรมของผู้ให้บริการที่ไม่เหมือนกัน

โดยจะถูกประเมินจากผู้มารับบริการตั้งแต่เข้ามารับบริการจนกระทั่งสิ้นสุดในการมารับบริการ[3]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

ภายใต้แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข คือ การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ด้านการป้องกันควบคุมโรค และด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ รวมถึงการออกหน่วยให้บริการตามบ้านเรือน การป้องกันควบคุมโรคขั้นพื้นฐาน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า การให้ความรู้ในคลินิกการฟื้นฟู รวมถึงการให้บริการคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกทันตกรรม คลินิกเบาหวานความดัน คลินิกแม่และเด็กตามวันเวลาที่กำหนด การบริการดังกล่าวข้างต้นต้องมีคุณภาพการบริการที่ดี[1] คุณภาพบริการเป็นการรับรู้การบริการในมุมมองของผู้มารับบริการ ดูจากการประเมินในรูปแบบของการเปรียบเทียบระหว่างความต้องการหรือความคาดหวังของผู้มารับบริการว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ให้บริการหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าผู้ให้บริการจะทำให้ผู้มารับบริการเห็นถึงความสามารถในการให้บริการมากน้อยเพียงใด เช่น การจัดระบบบริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย มีระบบการบริการและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม การพัฒนางานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นหน่วยบริการด่านหน้าสามารถให้บริการขั้นพื้นฐานให้ได้ตามมาตรฐาน ครบทุกมิติทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟู การพัฒนาบริการเชิงรุกในพื้นที่ มีระบบการดูแลต่อเนื่อง[4] กรอสและเดวิสกล่าวว่า คุณภาพการบริการ เป็นตัวกำหนดการให้บริการที่แตกต่างจากคุณภาพในการผลิตสินค้าและผลิตภัณฑ์ การที่จะกำหนดคุณภาพการบริการนั้นถือเป็นเรื่องที่ยากพอสมควร เนื่องจากการบริการนั้นมีข้อจำกัดในการควบคุมและการจัดการน้อย แต่กลับมีความสำคัญมากต่อการให้บริการของบุคลากร คุณภาพการบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการ ได้แก่ ชื่อเสียงองค์กร ภาพพจน์ พฤติกรรมของผู้ให้บริการที่ไม่เหมือนกัน โดยจะถูกประเมินจากผู้มารับบริการตั้งแต่เข้ามารับบริการจนกระทั่งสิ้นสุดในการมารับบริการ[3] ซึ่งจากการสัมภาษณ์ นายอภิรัตน์ กกก่อเส้ง และวราภรณ์ เฉลิมเกียรติพิกุล (18 กันยายน 2561) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์องค์กร ตั้งแต่เดินเข้ามาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง สถานที่บริการต้องสะอาด เรียบร้อย บุคลากรต้องมีความพร้อม และมีความกระตือรือร้นในการให้บริการด้วยความเต็มใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มารับบริการทุกครั้ง บุคลากรต้องแต่งกายสะอาด เหมาะสม และมีกริยาที่สุภาพในการให้บริการ ภาพลักษณ์องค์กรจะเป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าหากบุคลากรขาดความกระตือรือร้น ไม่ใส่ใจในการให้บริการอาจส่งผลให้เกิดภาพลักษณ์องค์กรในทางลบ และทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงยังให้ความสำคัญกับคุณภาพการบริการ และปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการให้เกิดการบริการที่ดีมากขึ้น สิ่งสำคัญที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงกำลังผลักดันให้ได้รับรองเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพตามพันธกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง และตามนโยบายการผลักดันของกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพบริการอาทิเช่น ภาพลักษณ์องค์กร การรับรู้ต่อการ

บริการซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการโรงพยาบาล [5,6,7] และไม่พบการศึกษาภาพลักษณ์องค์รที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพการบริการ และไม่พบการ ศึกษาการรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ชัดเจนขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา

ภาพลักษณ์องค์กรและการรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ ได้นำข้อค้นพบจากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทรปราการ

2. เพื่อศึกษาภาพลักษณ์องค์กร และการรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบางโฉลง

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่1 ภาพลักษณ์องค์กรส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง

สมมติฐานที่2 การรับรู้ต่อการบริการส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้มารับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาง โฉลง จำนวน 12,844 คน ตาม
ข้อมูลของโรงพยาบาลส่ง เสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงเดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2561 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการของโรงพยา บาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง ซึ่งประ กอบด้วย ผู้รับบริการที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและผู้มารับบริการตามสถานที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงออกหน่วยบริการ คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษาคือ เป็นผู้ที่สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ เป็นผู้ที่ยินยอมทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ที่ไม่ยินยอมกรอกแบบสอบถาม เป็นผู้ที่ตอบแบบสอบ ถามไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน่ (Yamane)[8] ที่ระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 388 คน และคณะ ผู้วิจัยได้คำนวนเก็บข้อมูลเพิ่มเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ สูญหายเพิ่มอีก 10% รวมเป็นขนาดตัวอย่างทั้งหมด 426 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยเลือกตามลำดับการมารับบริการของผู้มารับบริการ โดยการจับสลากแบบหยิบไม่คืนที่ (sampling without replacement)[9] และหากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้เป็นผู้รับบริการอายุน้อยกว่า 20 ปี จะเก็บข้อมูลและขอความยินยอมให้ข้อมูลจากผู้ปกครองแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบบ
สอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งต่อปีที่มาใช้บริการ จำนวน 7 ข้อ ดัดแปลงปรับใช้เครื่องมือของทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม [7] ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาพลักษณ์องค์กร ประยุกต์ใช้เครื่องมือของอภิชาติ วาปีโส [5] เนื่องจากข้อคำถามมีความสอด คล้องกับตัวแปรที่ศึกษา ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิท โดยคะแนน 5 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นๆ คะแนน 4 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ คะแนน 3 หมายถึง ผู้มารับบริการไม่แน่ใจกับข้อความนั้นๆ คะแนน 2 หมายถึง ผู้มารับบริการไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นๆ และคะแนน 1 หมายถึง ผู้มารับบริการไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นๆ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ต่อการบริการดัดแปลงปรับใช้เครื่องมือของทิพย์สุคนธ์ ศรี

ลาธรรม[7] เนื่องจากคำถามมีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษาและใช้กับข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิท โดย คะแนน 5 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยมาก คะแนน 3 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยน้อย และคะแนน 1 หมายถึง ผู้มารับบริการเห็นด้วยน้อยที่สุด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพการบริการ ดัดแปลงปรับใช้เครื่องมือของทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม[7] เนื่องจากคำถามมีความสอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษาและใช้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลักษณะคำถามเป็นคำถามเชิงบวก 26 ข้อแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับของลิเคิท โดยความหมายของแต่ละคะแนนเป็นแบบเดียวกันกับแบบสอบถามส่วนที่ 2 เกณฑ์การแปลค่าคะแนนเฉลี่ยภาพลักษณ์องค์กร การรับรู้ต่อบริการ และคุณภาพการบริการ ใช้เกณฑ์การแปรผลของเบสท์และคานส์[10] มีดังนี้

4.50-5.00 หมายถึง ระดับดีมาก
3.50-4.49 หมายถึง ระดับดี
2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง
1.50-2.49 หมายถึง ระดับพอใช้
1.00-1.49 หมายถึง ระดับปรับปรุง

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่านและหาความสอดคล้องของข้อ
คำถามและวัตถุประสงค์เพื่อวัดความตรงของเนื้อหารายข้อคำถาม โดยการคำนวณค่า IOC พบว่าแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปลา จำนวน 30 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.958 คณะผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยและแบบสอบ ถามเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งได้ผ่านการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ อ.742/2561 ซึ่งข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้มารับบริการ วิเคราะห์และเสนอผลในภาพรวม เก็บข้อมูลโดยได้รับการยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ปราศจากการบังคับ กรณีเป็นผู้รับบริการที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมให้ข้อมูลแทน ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถบอกเลิกหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการขอเข้าเก็บข้อมูลทำการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรง
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลจึงประสานงานกับตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง เพื่อทำการเข้าเก็บข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจ้งวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกราย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 4 สัปดาห์ในเดือนพฤศจิกายน 2561คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบ สอบถามกลับคืน และตรวจสอบความถูกต้องและความ สมบูรณ์ของแบบสอบ ถามทุกชุดซ้ำอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ด้วยจำนวน ร้อยละ ตัวแปรอายุ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนครั้งต่อปีที่มาใช้บริการวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ระดับคุณภาพการบริการ ภาพลักษณ์องค์กร และการรับรู้ต่อการบริการใช้ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติอนุมานทดสอบสมมติฐานการวิจัยในการวิเคราะห์ตัวแปรภาพลักษณ์องค์กร การรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ ใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ แบบขั้นตอน (stepwise) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติดังกล่าว คือ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติโดยพิจารณาจากค่า Kolmogorov–Smirnov ซึ่ง p-value มากกว่า 0.05 ทุกตัวแปร โดยตัวแปรคุณภาพการบริการp-value=0.244 ภาพลักษณ์องค์กร p-value= 0.805 และการรับรู้ต่อการบริการ p-value =0.160 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรต้น โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Tolerance ไม่อยู่ในช่วง 0.15-0.00 ซึ่งจากงานวิจัยนี้ค่า Tolerance=0.467 ค่าสถิติ VIF<10 ซึ่งจากงาน วิจัยนี้ค่าสถิติ VIF=2.142 เมื่อพิจารณาจากกราฟ P-P Plot of Regression Standardized Residual ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ และเมื่อพิจารณาจากการทดสอบ One-Sample Test ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 เนื่องจาก p-value =1.000 ซึ่งมากกว่า 0.05 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ และเมื่อพิจารณาค่า Durbin-Watson =2.008 ค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กัน (No-auto correlation)[11]

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.73 มีอายุมากกว่า 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.8 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ
47.14 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 19.71 อายุน้อยที่สุด คือ 5 ปี และมีอายุมากที่สุด คือ 92 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 64.79 และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 47.20 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 41.78 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.79 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10,256.81 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.06 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด คือ 500 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ 70,000 บาท และจำนวนครั้งที่มาใช้บริการต่อปีส่วนใหญ่ มาใช้บริการต่อปีน้อยกว่า 4 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 89.91 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.98 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.70 มีจำนวนครั้งที่มาใช้บริการต่อปีน้อยที่สุด คือ 1 ครั้ง และจำนวนครั้งที่มาใช้บริการต่อปีมากที่สุดคือ 14 ครั้ง

คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่ง เสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =4.13, S.D.=0.54) เมื่อ
พิจารณารายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นรูปธรรมของการให้บริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และด้านการรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการ($\overline{X}$ =4.20, S.D.=0.58; $\overline{X}$ =4.15, S.D. =0.62; $\overline{X}$ =3.89, S.D.=0.89; $\overline{X}$ =4.28, S.D.= 0.58; $\overline{X}$ =4.12, S.D.=0.63 ตามลำดับ)

ภาพลักษณ์องค์กรโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =3.99, S.D.=0.49) เมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน ได้แก่ ด้าน
ชื่อเสียงของโรงพยาบาล ด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ด้านราคาค่าบริการที่เป็นธรรม ด้านคุณภาพของบุคลากร ด้านประชาสัมพันธ์ ด้านการยอมรับและความรับผิดชอบต่อสังคม ($\overline{X}$ =3.90, S.D.=0.65; $\overline{X}$ =3.90, S.D.=0.65; $\overline{X}$ =4.36, S.D. =0.66; $\overline{X}$ =4.16, S.D.=0.58; $\overline{X}$ =3.83, S.D.= 0.90; $\overline{X}$ =3.55, S.D.=0.84 ตามลำดับ)

การรับรู้ต่อการบริการโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =4.02, S.D.=0.60) เมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับดีทุกด้าน ได้แก่ ด้าน
ทักษะในการให้ บริการ ด้านทักษะในการแก้ไขปัญหา ด้านการเข้า ถึงการบริการได้ง่าย ด้านความไว้วางใจและความซื่อสัตย์ของผู้ให้บริการ ด้านการให้บริการของผู้ให้บริการสามารถเชื่อถือได้ ($\overline{X}$ =3.95, S.D.=0.68; $\overline{X}$ =3.93,

S.D.=0.70; $\overline{X}$ =4.15, S.D.=0.69; $\overline{X}$ =4.11, S.D.=1.08; $\overline{X}$ =3.99, S.D.=0.78; ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ภาพลักษณ์องค์กร การรับรู้ต่อการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยไม่ปรับมาตรฐาน		ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยปรับมาตรฐาน(β)	ค่าสถิติทดสอบ (t)	p-value
	B	Std. Error			
ค่าคงที่ (Constant)	0.754	0.128		5.870	<0.001
ภาพลักษณ์องค์กร	0.409	0.038	0.460	10.775	<0.001*
การรับรู้ต่อการบริการ	0.434	0.046	0.400	9.362	<0.001*
R=0.800; Adjusted R^2=0.638; R^2=0.640; SEE=0.322; F=375.942; p-value of F <0.001; Durbin-Watson=2.008					

*ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บางโฉลง โดยตัวแปรที่ส่งผลมากที่สุดคือ การรับรู้ต่อการบริการ (p-value<0.001) รองลงมาคือ ภาพลักษณ์องค์กร (p-value<0.001) จากผลการศึกษาสามารถนำมากำหนดเป็นสมการถดถอยพหุเชิงพหุ ซึ่งเป็นสมการทำนายคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทร ปราการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ Y=0.754+0.434(การรับรู้ต่อการบริการ)+ 0.409(ภาพลักษณ์องค์กร) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อคะแนนของตัวแปรการรับรู้ต่อการบริการ และภาพลักษณ์องค์กร เพิ่มขึ้นด้านละ 1 หน่วย จะทำให้คุณภาพการบริการ(Y) เพิ่มขึ้น 0.434 และ 0.409 ตามลำดับ โดยมีค่าคงที่ของสมการทำนายเท่ากับ 0.754 ทั้งนี้ตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัวส่งผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่ง เสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทรปราการได้ร้อยละ 64.0

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 กล่าวคือ ภาพลักษณ์องค์กรส่งผลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบางโฉลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจากการที่ภาพลักษณ์องค์กรส่งผลต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเนื่องจาก ภาพลักษณ์ขององค์กรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจ ไม่ว่าจะเป็นภาพลักษณ์ของเจ้าหน้าที่ ผู้บริหารองค์กร การดำเนินงานขององค์กร อีกทั้งช่วยเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการและสะท้อนคุณภาพบริการ เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการจับต้องได้สัมผัสได้ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าคุณภาพการบริการขึ้นอยู่กับชื่อเสียง ภาพพจน์ ซึ่งผู้มารับบริการจะทำการประเมินทุกครั้งที่ได้รับการบริการ[3] นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากผลการศึกษาข้างต้นของผู้วิจัยที่พบว่า ในมุมมองของผู้รับบริการที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง จังหวัดสมุทรปราการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า โรงพยาบาลแห่งนี้ภาพลักษณ์ดีในด้านชื่อเสียงของโรงพยาบาล ด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ด้านราคาค่าบริการที่เป็นธรรม ด้านคุณภาพของบุคลากร ด้านประชาสัมพันธ์ และด้านการยอมรับและ

ความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งผู้รับบริการจับต้อง สัมผัสด้วยตนเองขณะรับบริการรักษาทำให้เกิดการรับรู้ถึงคุณภาพบริการได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อภิชาติ วาปีโส ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ภาพลักษณ์ขององค์กร และความพึงพอใจที่มีต่อคุณภาพการบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภาพลักษณ์องค์กรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการ[5] รวมถึงการศึกษากมลมาส จั่นเพชร ได้ศึกษาอิทธิพลของภาพลักษณ์องค์กร การมีส่วนร่วมทางสังคม และความประทับใจในการบริการที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่า ภาพลักษณ์งค์กรมีผลต่อคุณภาพบริการ[12] และการศึกษาของเชา จัน วู [13] ได้ศึกษาภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและความภักดีของผู้ป่วยไต้หวันต่อคุณภาพการบริการโรงพยาบาลไต้หวัน พบว่า ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพบริการ อีกทั้ง โอมาร เดอราช คามาล อาลี และอัลเมด ทาฮา คาวา ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์โรงพยาบาลกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลจอร์เดน พบว่า ภาพลักษณ์โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการ[14]

อีกทั้งผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 เช่นกัน กล่าวคือ การรับรู้ต่อการบริการส่งผลต่อคุณภาพการบริการของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากคุณภาพการบริการขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ให้บริการซึ่งประเมินได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการ[3] ซึ่งการประเมินของผู้มารับบริการจะพิจารณาตามความคาดหวังและความต้องการของตนเองว่าสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ได้รับจากการบริการหรือไม่ หากโรงพยาบาลมีการบริการดีจะส่งผลต่อคุณภาพการบริการที่ดีตาม[4] รวมถึงคุณลักษณะของผู้รับบริการของโรงพยาบาลแห่งนี้มีการศึกษาน้อย รายได้น้อย การมาใช้บริการเฉลี่ยอยู่ที่ 2 ครั้ง ทำให้เกิดการคาดหวังในการมารับบริการโดยเฉพาะมารักษาเบื้องต้น เป็นโรงพยาบาลใกล้บ้าน ไม่สะดวกในการไปรับบริการโรงพยาบาลอื่นๆที่มีราคาสูง เมื่อโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยได้ตามที่เขาต้องการ ผู้ป่วยจะประเมินว่าโรงพยาบาลบริการดี ซึ่งเป็นไปตามผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า การบริการของโรงพยาบาลแห่งนี้ตามการรับรู้ของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับดี เช่น ทักษะในการให้บริการ ทักษะในการแก้ไขปัญหา การเข้าถึงการบริการได้ง่าย เกิดความไว้วางใจและมีความซื่อสัตย์ของผู้ให้บริการ การให้บริการของผู้ให้บริการสามารถเชื่อถือได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งที่ผ่านมาของทิพย์สุดนธ์ ศรีลาธรรม ได้ศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบว่า การรับรู้ต่อการบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[7] และการศึกษาของ จาง เชง ลาน[15] ได้ศึกษาคุณภาพการบริการ ความไว้วางใจของผู้ป่วย การให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า การให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการรับรู้ต่อการบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีอิทธิพลกับคุณภาพการบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งอื่นในประเทศไทย สามารถนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการทำนโยบายและแผนการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและกิจกรรมโครงการต่างๆ โดยมุ่งเน้นภาพลักษณ์องค์กรและการรับรู้ต่อการบริการของผู้รับบริการ โดยเน้นการรับรู้ต่อการบริการเป็นเรื่องแรก เนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ต่อการบริการส่งผลต่อคุณภาพการบริการมากที่สุด เนื่องจากคุณภาพการบริการขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ให้บริการซึ่งประเมินได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการ และคุณภาพการบริการขึ้นอยู่กับชื่อเสียง ภาพพจน์ ซึ่งผู้มารับบริการจะทำการประเมินทุกครั้งที่ได้รับการบริการ[3] ทั้งนี้จะนำไปสู่การยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว รวมถึงกำหนดแผนการปฏิบัติงานการพัฒนางานอย่าง

ต่อเนื่องเกี่ยวกับการสร้างการบริการและภาพลักษณ์องค์กรให้มีคุณภาพการบริการที่ดีในระยะยาวอย่างยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปรที่มีอิทธิพลกับคุณภาพบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทยในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Model) เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ชัดเจนขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย และควรทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับตัวแปรต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้นในการนำมาพัฒนาเครื่องมือวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ คุณอภิรัตน์ กกก่อเส้ง พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง อาจารย์ภัทรพร ยุบลพันธ์ อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม และอาจารย์วิไล ธรรมวาจา อาจารย์ประจำคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลง และเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางโฉลงทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและประสานงานในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2561. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ส.ค. 2561]. จาก:http://www.ylo.moph.go.th/webssj/file2018/d261260-1.pdf

2.Gronroos C. Service Management and Marketing. Massachusetts-USA: Lexington Books; 1990.

3.Goetsch LD, Davis SB. Quality Management: introduction to total quality management for production processing and services. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 2000.

4.Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and It Implication for Future Research. Journal of Marketting. 1985;(49):41-50.

5.อภิชาติ วาปีโส. ภาพลักษณ์องค์กรและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการโรงพยาบาลเอกชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. [Corperate image and customer's satisfaction toword service quality of private hospital in nakonrachasima province] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [นครราชสีมา]: มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2556.

6.นันทพร อารมณ์ชื่น. ประสิทธิภาพการให้บริการและภาพลักษณ์องค์กรที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการสถานพยาบาลเอกชนของพนักงานบริษัท MOCAP ในการใช้สิทธิประกันสังคม. [Efficiency in providing services and organization image impacting the decision to use private hospitals by employees at MOCAP when using social security benefits] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [ชลบุรี]: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

7.ทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม. คุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. [Quality service of tambon health promoting hospitals in banmi district lopburi province] [สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต] [ปทุมธานี]: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2559.

8.รัตนา ทรัพย์บำเรอ. ระเบียบวิธีวิจัยทางสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:โอเดียนสโตร์; 2559.

9.ถาวร มาต้น. ระเบียบวิจัยทางสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก:โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2560.

10.Best JW, Kahn JV. Research in education. 8th ed. Boston: A & B/Pearson; 1998.

11.กรมอนามัย สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ. [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2561. สถิติ Multiple Regression Analysis การวิเคราะห์การถดถอยพหุ. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ก.ย. 2561]; [ประมาณ 57 น.]. จาก: http://oec.anamai.moph.go.th/download/OEC_2016/MEETTING2561/APRIL2561/2_5April2561/5-Multiple%20Regression%20Analysis.pdf

12.กมลมาส จั่นเพชร. อิทธิพลของภาพลักษณ์ การมีส่วนร่วมทางสังคม และความประทับใจในการบริการ ที่ส่งผลต่อคุณภาพการบริการ: กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับบริการจากบุคลากรกลุ่มสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ส่วนสนับสนุนบริการโรงพยาบาลเลิดสิน. [The impact of corporate image, corporate social responsibility and service mind affecting service quality: a case study of patients in personal group of a multidisciplinary services and staff in supporting units in lerdsin hospital] [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต] [ปทุมธานี]: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2559.

13.Wu CC. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. African Journal of Business Management. 2011;5(12):4873-4882.

14.Durrah O, Allil K, Kahwaji A. Impact of service quality dimensions on hospital image: The mediating role of patient satisfactions. International Journal of Applied Business and Economic Research. 2016 March 17;13(9):6937-6951.

15.Chang CS, Chen SY, Lan YT. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. 2013 January 16: 2-11.

การพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

Development of the investigation report system Adverse Event Following Immunization (AEFI) Contracting Unit of Primary Care Phon district Khonkaen Province

วัฒนา นิลบรรพต[1] ,วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2]

Wattana Ninbanphot , Veena Isarangkura na Ayudhya

(Received: October 5 ,2018; Accepted: November 30, 2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยมีองค์ประกอบในการพัฒนาระบบ คือ 1) ด้านนโยบาย 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านความรู้ในด้านการเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 4) ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร

การศึกษานี้ พบว่า ด้านนโยบายระดับจังหวัด ขาดการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับผู้ปฏิบัติระดับตำบล ทั้งที่มีนโยบายที่ชัดเจนและมีกฎหมายรองรับ บุคลากรมีการสับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ไม่มีการถ่ายถอดทอดความรู้ด้านการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมและการบันทึกข้อมูลลงใน แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1)

กระบวนการพัฒนา องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ใช้ช่องทางโซเชียล เน็ตเวิร์ก ในการถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับปฏิบัติควบคู่กับการสั่งการในระบบราชการ พัฒนาบุคลากรด้านความรู้แนวทางการรายงานสอบสวนการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และช่องทางการรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

ผลการพัฒนาระบบ พบว่าบุคลากรมีความรู้ในเรื่องการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการประชุมมากกว่าก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) ความครอบคลุมการส่งรายงานของสถานบริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.29 ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากที่สุด ร้อยละ 31.94

คำสำคัญ การสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

Abstract

The purpose of this action research was to develop a reporting system for adverse events following immunization (AEFI).Four areas were taken into account for the development of this system including 1) policy,2) personnel, 3) knowledge related to surveillance and investigation of adverse events following immunization, and 4) information and communications.

The study revealed that at the provincial policy level, there was a lack of policy transfer to health operatorsat the sub-district level even though clear policies and legal support are in place. Frequent rotation of supervisory personnel was

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] อาจารย์คณะบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

also noted. In addition, it was found that there was a lack of knowledge transfer on surveillance and investigation related to adverse events following immunization as well as a common failure to enter data into the AEFI 1 Summary Form.

For all four areas in this development process, social networking was employed for transferring policy to the operational level, throughout the command system in the bureaucracy, as well as improving employees knowledge and guidelines for the surveillance and investigation of adverse events following immunization. Moreover , social networking was used as the reporting channels of the epidemiological surveillance systems.

The results showed that personnel are aware of the need for and understand the methods of surveillance and investigation of an adverse event following immunization. Average post-test scores were significantly higher than pre-test scores (p-value <0.001).The coverage of public health service reports has increased to 64.29%. The Phon Hospital primary care unit reported the highest incidence of adverse events, 31.94 percent.

Keywords: Investigation of Adverse Events Following Immunization

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน เป็นกลวิธีป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูงและมีความคุ้มค่าในการลงทุนมากที่สุด ประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทยได้ใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญอย่างได้ผลดียิ่ง ในอดีตประเทศไทยมีการให้บริการวัคซีนส่วนใหญ่เป็นไปอย่างเฉพาะหรือตามสภาพปัญหายังไม่ได้มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ในปี 2520 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ริเริ่มการขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค(Expanded Program On Immunization :EPI)โดยการแนะนำและสนับสนุนวิชาการขององค์การอนามัยโลก เริ่มต้นด้วยวัคซีน 4 ชนิด ได้แก่ วัคซีน BCG , DTP , OPV สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ปัจจุบันงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีวัคซีนพื้นฐานให้บริการจำนวน 8 ชนิด ซึ่งมี Antigen ที่กระตุ้นภูมิคุ้มกันโรค รวม 10 ชนิด และมีการผลิตวัคซีนชนิดใหม่ๆเพื่อใช้ในการป้องกันโรคต่างๆและได้รับการพัฒนาจนถือว่ามีความปลอดภัยสูงสุด และอัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนลดลงอย่างมาก[4]

ในขณะเดียวกันประชาชนก็เริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับวัคซีนมากขึ้น เพราะเป็นความผิดปกติที่สังเกตได้ทันที ผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาคือ ประชาชนขาดความเชื่อถือ ศรัทธาและไม่ให้การยอมรับในการให้บริการวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ (EPI) เนื่องจากอาการข้างเคียงภายหลังที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับวัคซีน รวมถึงประชาชนอาจปฏิเสธการรับวัคซีน ทำให้ความครอบคลุมของวัคซีนลดลง อาจจะเกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประชาชนบางกลุ่ม บางพื้นที่ หรือกระจายในหลายพื้นที่ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ประเทศไทยจึงได้เริ่มจัดตั้งระบบเฝ้าระวังภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมาตั้งแต่ปี 2540 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามสถานการณ์ ตรวจจับความผิดปกติและตอบสนองต่อปัญหาการเกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำกับติดตามความปลอดภัยของวัคซีนและการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

จากรายงานระบบฐานข้อมูลรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในประเทศไทย เริ่มมีการรายงานรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ตั้งแต่ปี 2547 -2558 มีการรายงานจำนวน 81 ,110 ,107 ,325 ,899 ,630 ,1,487 , 791 ,1,363,789 , 850, 908 ราย ตามลำดับ (ฐานข้อมูล AEFI สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีปริมาณที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ประเทศไทยมีการให้วัคซีนกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัดจนไปถึงระดับตำบล โดยเฉพาะในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปกติในแต่ละปีมีการให้บริการวัคซีนรวมแล้วประมาณ 10 ล้านโด๊ส ส่วนมากรายงานอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ส่วนใหญ่จะเกิดจากการได้รับวัคซีนในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติ (EPI) ซึ่งเป็นโปรแกรมวัคซีนพื้นฐานที่ ประเทศไทยให้บริการฉีดในเด็กแรกเกิด ถึง 12 ปี [1] ซึ่งป้องกันโรค 10 โรค ได้แก่ วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบบีและไข้สมองอักเสบเจอี

จากการตรวจสอบฐานข้อมูลการรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในปี 2547 ถึงปี 2558 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล (CUP) จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่งและศูนย์สุขภาพ (PCU) จำนวน 1 แห่ง ได้มีการรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตั้งแต่ ปี 2547 ถึง 2558 จำนวน 0 , 0 , 0 , 0 , 0 , 0 , 0 , 1 , 8 , 0 และ 12 ราย ทั้งที่สถานบริการทุกแห่งมีการให้บริการการสร้างภูมิคุ้มกันโรค EPI ทุกเดือน ในปี 2558 มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายคือเด็กอายุต่ำกว่า 13 ปีลงมา ที่ได้รับวัคซีนพื้นฐาน (EPI) จำนวน 6,376 ครั้ง (ฐานข้อมูล Data Center สสจ.ขอนแก่น) แต่มีรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพียง 12 ราย ซึ่งมีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง และอาจจะมีผลกระทบต่อระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของอำเภอพล ในด้านการรายงานความผิดปกติที่เกิดขึ้นและอัตราการเกิดอาการภายหลังได้รับหลังจากวัคซีนแต่ละชนิด การตอบสนองและการแก้ไขปัญหาต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ทันเวลา ด้านฐานข้อมูลความปลอดภัยทางด้านวัคซีนของอำเภอ เพื่อประกันความมั่นใจของประชาชน หากพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน และด้านการกำกับติดตามความปลอดภัยด้านวัคซีนและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อพัฒนาและแก้ไขบริหารจัดการวัคซีนและมาตรฐานการผลิตให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัยมากที่สุดมาก ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอพล

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัย ซึ่งดูแลงานระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ในระดับจังหวัด มีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ดังกล่าว ให้เข้มแข็ง สามารถดำเนินงานได้จริงและมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทกับเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพล ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออื่นต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

2. ศึกษากระบวนการพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

3. ศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 16 แห่งในอำเภอพล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เ ป็ น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาลพล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล 2) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาลพล หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล 3) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงาน

จริงในระหว่างดำเนินการวิจัย (เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2560) 4) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จากการเลือกตามคุณสมบัติดังกล่าว ได้ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง ในเขตอำเภอพล จำนวน 26 คน 2) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของโรงพยาบาลพล จำนวน 2 คน 3) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จำนวน 2 คน 4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ชุดที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิคการระดมสมองของ กลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26 คน ,ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จำนวน 2 คน , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จำนวน 2 คน และโรงพยาบาลพล จำนวน 2 คน รวมทั้งหมดเป็น 32 คน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้มาตรฐาน เกี่ยวกับอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากคู่มือหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2558 สถาบันวัคซีนแห่งชาติ โดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

2. แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2560 ถึงเดือน เมษายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่า ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลแบบทดสอบความรู้มาตรฐานเกี่ยวกับอาการภายหลังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากคู่มือหลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2558 ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้สถิติ Pair T-test

ผลการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาสภาพปัจจุบันของระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เป็นกิจกรรมหนึ่งในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จะต้องมีการมีการดำเนินการหลังจากการให้บริการ เพื่อเป็นการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการบริการวัคซีน โดยมีการเฝ้าระวังจากการรวบรวมรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากสถานบริการทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพล จากระบบฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2560) ในปีงบประมาณ 2559 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แก่กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน จำนวน 6,376 ครั้ง และในปีงบประมาณ 2560 ไตรมาสแรก (1 ตค. 59 – 31 ธค. 59) มีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน มารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในสถานบริการ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล จำนวน 641 ครั้ง และเมื่อเทียบกับรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จากข้อมูล สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปีงบประมาณ 2560 ไตรมาส แรก พบว่า สถานบริการสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล ไม่มีการรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผู้วิจัยได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิคการระดมสมองของกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยนำเข้า 4 องค์ประกอบ เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาปัจจุบัน พบว่า

1.1 องค์ประกอบด้านนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า ขาดการถ่ายทอดนโยบายจากระดับจังหวัดลงไปสู่ระดับปฏิบัติในระดับตำบล คือ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบงานบ่อย ไม่มีการส่งมอบงานให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่ ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ทั้งที่มีนโยบายชัดเจน พร้อมทั้งมีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงาน

1.2 องค์ประกอบด้านบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับตำบล ไม่รู้ว่าเป็นงานที่ ต้องทำ ไม่เคยได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ขาดการนิเทศติดตามจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทำให้ไม่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ไม่มีการส่งมอบงาน และที่สำคัญคือไม่มีการมอบหมายงานจากผู้บังคับบัญชาที่เป็นลายลักษณ์อักษร

1.3 องค์ประกอบด้านความรู้ในด้านรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับ ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล ไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และเมื่อมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบไม่มีการส่งมอบงานและถ่ายทอดความรู้ให้ผู้รับผิดชอบงานใหม่

1.4 องค์ประกอบด้านสารสนเทศและการสื่อสาร ไม่มีรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผู้รับผิดชอบงานไม่เคยได้รับการฝึกอบรม ทำให้ไม่มีความรู้ในการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม AEFI1 ที่ถูกต้อง และยังไม่มีระบบฐานข้อมูลรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของอำเภอ

2. กระบวนการพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยมีแนวทางการพัฒนาครอบคลุมปัจจัยนำเข้า 4 องค์ประกอบ โดยใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and MaTaggart ในการพัฒนาดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยเทคนิคการระดมสมอง เพื่อศึกษาปัญหา/สาเหตุ/แนวทางการแก้ไข ของระบบการรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน พบว่าองค์ประกอบด้านนโยบาย ขาดการถ่ายทอด นโยบายจากระดับจังหวัดลงไปสู่ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ตำบล จากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล ขาดการรับรู้นโยบาย การเปลี่ยนแปลงของนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากส่วนกลาง ด้านองค์ประกอบด้านบุคลากร มีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดขอบงาน บ่อยครั้งและไม่มีการส่งมอบงานและแนวทางปฏิบัติทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ องค์ประกอบด้านความรู้ ทำให้เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการในพื้นที่ระดับตำบล ขาดการฝึกอบรม ชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในกรณีที่มีการเปลี่ยนตัวเจ้าหน้าผู้รับผิดชอบงาน ขาดการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ได้สนใจในการดำเนินงานดำเนินการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และปัญหาขาดอัตรากำลังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีภาระงานที่มาก องค์ประกอบด้านการสื่อสารและสารสนเทศ ขาดการฝึอบรมด้านการเขียนรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และยังไม่มีระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคระดับอำเภอ จากขั้นตอนการวางแผนผู้เข้าร่วมประชุมจึงได้วางแผนการการดำเนินงานพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจำนวน 3 กิจกรรมดำเนินการแก้ไขปัญหาใน 4 องค์ประกอบดังนี้

1. กิจกรรมการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางปฏิบัติงานผ่านระบบ Application Line ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

2. กิจกรรมการประชุมปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพทางวิชาการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล

3. กิจจกรมการประชุมเชิงปฏิบัติการ ฟื้นฟูความรู้การรายงานการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินการตามแผนงานกิจกรรมที่กำหนดไว้ 3 กิจกรรม โดยครอบคลุมองค์ประกอบปัจจัยนำเข้า 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านนโยบาย มีการถ่ายทอดนโยบายทั้งที่เป็นทางการ ตามสายการบังคับบัญชา และแบบไม่เป็นทางการ โดยใช้ช่องทาง โซเชียล เน็ตเวิร์ก ได้แก่น การสร้างกลุ่มใน application Line เพื่อสื่อสารนโยบายระดับจังหวัดลงไปถึงผู้ปฏิบัติ

2. ด้านบุคลากร มีการมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์อักษร และเมื่อมีการโยกย้าย สับเปลี่ยนต้องมีการถ่ายทอดงานและมอบหมายงานอย่างเป็นทางการ

3. ด้านความรู้ มีการพัฒนาบุคลากร ด้านความรู้เรื่อง การเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ จัดทำแนวทางการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและพัฒนาทักษาการใช้โปรแกรมรายงาน

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบการวัดความรู้ก่อนและหลังการประชุมอบรม เรื่อง การเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค

แบบทดสอบ	N	M	S.D.	t	p-value
ก่อนการประชุม	32	11.00	3.65	-8.27	.00*
หลังการประชุม	32	15.38	1.98		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า คะแนนการทดสอบความรู้ก่อนการประชุมเรื่องเรื่อง การเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค มีค่าเฉลี่ย M=11.00 (S.D. = 3.65) และคะแนนการทดสอบความรู้หลักการประชุมเรื่องเรื่อง การเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรคมีค่าเฉลี่ย M=15.38 (S.D.=1.98) แสดงให้เห็นว่าการทดสอบความรู้เรื่อง การเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรค สูงกว่า ก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

4. ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ จัดทำแนวทางการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและพัฒนาทักษาการใช้โปรแกรมรายงานการบันทึกรายงาน ลงใน Web online เพื่อจัดทำฐานข้อมูล พัฒนาทักษะด้านการบันทึกข้อมูลลงในแบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI 1) เพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้

ขั้นตอนการสังเกต (Observation) ผลการส่งรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของอำเภอพล ในช่วงเวลาการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์ 2560 – เมษายน 2560 พบว่า ความครอบคลุมการส่งรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในช่วงเดือน พย.59 – มค.60 มีความครอบคลุมร้อยละ 0.00 หลังจากมีกระบวนการการปฏิบัติตามแผน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 – เมษายน 2560 มีความครอบคลุมของสถานบริการที่ส่งรายงานร้อยละ 67.29 มากกว่าก่อนการพัฒนาระบบ

ตาราง 2 แสดงจำนวนสถานบริการสาธารณสุข อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่ส่งรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2560

สถานบริการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	จำนวน	อุบัติการณ์เกิด AEFI
	จำนวนรายงาน (ราย)	จำนวนรายงาน(ราย)	ผู้รับบริการEPI	ร้อยละ
PCU รพ.พล	0	23	72	31.94
รพ.สต.โจดหนองแก	0	11	88	12.5
รพ.สต.เก่างิ้ว	0	0	47	0
รพ.สต.หนองมะเขือ	0	10	42	23.81
รพ.สต.หนองแวงโสกพระ	0	1	65	1.54
รพ.สต.พ็กใหญ่	0	2	63	3.17

ตาราง 2 แสดงจำนวนสถานบริการสาธารณสุข อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ที่ส่งรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2560

สถานบริการ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	จำนวน	อุบัติการณ์เกิด AEFI
	จำนวนรายงาน (ราย)	จำนวนรายงาน(ราย)	ผู้รับบริการEPI	ร้อยละ
รพ.สต.โคกสง่า	0	0	79	0
รพ.สต.หนองแวงนางเบ้า	0	3	75	4.00
รพ.สต.บ้านฮ่องหอย	0	2	18	3.51
รพ.สต.ลอมคอม	0	0	36	0
รพ.สต.โนนข่า	0	0	78	0
รพ.สต.โสกนกเต็น	0	0	114	0
รพ.สต.หัวทุ่ง	0	4	18	11.11
รพ.สต.เมืองพล	0	1	110	0.91
รวม	0	57	929	6.14

** ข้อมูลจากระบบรายงานข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น (http://mx.kkpho.go.th/aefi/index.php)

จากตาราง 2 สถานบริการที่ส่งรายงานมากที่สุดคือ ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.พล จำนวน 23 ฉบับ ของรายงานทั้งหมด รองลงมาคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโจดหนองแก จำนวน 11 ฉบับในส่วนสถานบริการที่ไม่มีรายงานจำนวน 5 แห่ง ไม่พบผู้ที่มีอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามนิยามที่กำหนดไว้ สถานบริการที่พบอุบัติการณ์เกิดอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากที่สุดคือ ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล พบอุบัติการณ์ร้อยละ 31.94

ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Refection) ดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และสรุปผลการดำเนินงานโดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

ผลลัพธ์ (Output) ของการพัฒนาระบบรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พบว่า ความครอบคลุมของการส่งรายงานของสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพล มีความครอบคลุมร้อยละ 64.29 จากเดิมมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 0.00 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบาดวิทยาและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมีความรู้เรื่องการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีจำนวนรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบจากก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา จำนวน 57 ฉบับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลวิจัยพบว่า ด้านนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นขาดการถ่ายทอดลงไปสู่ผู้ปฏิบัติระดับตำบล เนื่องจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบงานบ่อยและไม่มีการส่งมอบงานถ่ายทอดความรู้ในด้านการเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ผู้ปฏิบัติงานใหม่ ซึ่งผู้รับผิดชอบระดับอำเภอเป็นตัวหลักที่สำคัญที่จะขับเคลื่อนถ่ายทอดนโยบายจากระดับจังหวัดลงไปสู่ระดับตำบลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติในพื้นที่ เมื่อผู้รับผิดชอบระดับอำเภอมีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนงานรับผิดชอบทำให้การดำเนินงานถ่ายทอดนโยบายไม่ต่อเนื่อง ขาดการนิเทศติดตามประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิชัย ถามูลเลศ (2560)[3] กล่าวว่า ควรมีการถ่ายทอดความรู้ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อทดแทนในกรณีผู้รับผิดชอบไม่อยู่หรือโยกย้ายสถานที่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สันติ ธรณี (2557)[2] กล่าวว่า ขาดการถ่ายทอดนโยบายเป็นลำดับขั้นลงสู่ระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ทุกระดับควรเข้าใจนโยบายตรงกัน ด้านบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับตำบล ไม่รู้ว่าเป็นงานที่ต้องทำ ไม่เคยได้รับการชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ไม่เคยได้รับการ

ฝึกอบรม ในเรื่องความรู้รายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ขาดการนิเทศติดตามจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทำให้ไม่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผลมาจากผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอมีการโยกย้ายและเปลี่ยนงานบ่อยทำให้ไม่ได้จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรในด้านวิชาการเรื่องการสร้างเสริมภูมคุ้มกันโรคและการเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคซึ่งจะต้องมีการทบทวนฟื้นฟู ทุกปี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมล แซ่ปึง (2557)[1] กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงาน ไม่ทราบว่ามีระบบการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) หรือเคยทราบแต่นานมากแล้วและไม่มีการทบทวนหรือชี้แจงเกณฑ์การเฝ้าระวัง ทำให้ไม่ทราบ จึงไม่ได้มีการรายงานเมื่อเจอผู้ป่วย ไม่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาไม่อยู่ ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถดำเนินการแทนได้ ด้านความรู้ในด้านรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับ ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล ไม่เคยได้รับการอบรมในเรื่องการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และเมื่อมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบไม่มีการส่งมอบงานและถ่ายทอดความรู้ให้ผู้รับผิดชอบงานใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา ดวงสิน (2558)[5] พบว่ามีความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยทั้งในรายงาน 506 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง รายงาน AEFI1 อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จึงควรมีการชี้แจงแนวทางและให้องค์ความรู้เรื่องการรายงาน AEFI ด้านสารสนเทศและการสื่อสาร ไม่มีรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และผู้รับผิดชอบงานไม่เคยได้รับการฝึกอบรม ทำให้ไม่มีความรู้ในการบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม AEFI1 ที่ถูกต้อง และยังไม่มีระบบฐานข้อมูลรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของอำเภอเพื่อที่จะนำไปวิเคราะห์สถานการณ์และสื่อสารให้กับประชาชนให้เข้าใจเกี่ยวกับอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Muchekeza et al. (2014)[6] พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับ AEFI และขาดการฝึกอบรมการบันทึกข้อมูลลงในรายงาน

ในส่วนกระบวนการพัฒนาระบบใช้วงจร PAOR ของ Kemmis and MaTaggart ในการพัฒนา และใช้หลักการเทคนิคระดมสมองในการศึกษาปัญหาสภาพการณ์พร้อมแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทบทวนระบบเฝ้าระวังสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อหาข้อบกพร่องและดำเนินการแก้ไขโดยมีกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ จำนวน 3 กิจกรรม จากการระดมสมอง ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา ให้ระบบการรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนความรู้แนวทางปฏิบัติ การเฝ้าระวังและการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ทั้งระดับและพื้นที่ โดยบูรณาการกับงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อเป็นการประหยัดงบประมาณ ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับปฏิบัติ

2 สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานการเฝ้าระวังและสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ ที่จะช่วยขับเคลื่อนประสานนโยบายจากระดับจังหวัดลงมาสู่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ระดับตำบล

3. นำระบบการรายงานการสอบสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของอำเภอพลจังหวัดขอนแก่น ไปใช้ในพื้นที่อำเภออื่นๆในจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้การรายงานการสอบสวนอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค มีความครอบคลุมในการส่งมากขึ้นในภาพรวมจังหวัดขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วีระชัย วรรณสารเมธา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล นายบุญส่ง แสนสุข สาธารณสุขอำเภอพล และขอขอบคุณ นายบุญถม ชัยญวน ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอพล นายสมพงษ์ แสนทอง หัวฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรคและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กมล แซ่ปึง.**การประเมินระบบเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จังหวัด บึงกาฬ ปี พ.ศ.2554-2556.**รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2557;45:353-9
2. สันติ ธรณี,ประจักร บัวผัน(2557).การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา) ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม 2557):89-104
3. สุวิชัย ถามูลเลศ.(2560). **ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้า ระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น** .วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2556)**.ตำราวัคซีนและการสร้าง เสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2556**.นนทบุรี :มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
5. อภิญญา ดวงสิน. 2558. **การประเมินคุณภาพการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. Muchekeza M, Chimusoro A, Nomagugu N, Kufakwanguzvarova WP. **Adverse Event Following Immunization (AEFI) Surveillance in Kwekwe District, Midlands Province,** Zimbabwe, 2009- 2010. **J Vaccine Vaccin** 2014; 5(3).

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ บ้านห้วยยาง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

A Holistic Health Care Promoting Program For Banhuayyang Fging Society, Huayyang Subdistraict ,Kranuan District ,Khonkaen Proninace

สุนิสา ทาสะโก[1], วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา[2], สนใจ ไชยบุญเรือง[3]

Sunisa Thasako , Veena Isarangura Na Ayudhya , Sonjai Chaibunruang

(Received: August 25,2018; Accepted: September 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ บ้านห้วยยาง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมและพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการเรียนรู้จากต้นแบบที่ดีและไม่ดี และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) 4 ขั้นตอน ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุบ้านโคกสูง ต.ห้วยยาง จำนวน 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติและบริบทใกล้เคียงกัน ระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์ เก็บรวมรวบข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.96 ผ่านการทดลองใช้และหาค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78 นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t- test และเปรียบเทียบความแตกต่างภายกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<05

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม (control) 30 คน ผลการทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value >0.05 และหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<05 แต่ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<05 และ หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ด้านการรับประทานอาหาร p-value = .004, ด้านการออกกำลังกาย p-value < .001, และด้านการจัดการความเครียด p-value < .001 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้านมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ด้านการรับประทานอาหาร p-value < .001, ด้านการออกกำลังกาย p-value < .001, ด้านการจัดการความเครียด p-value < .001 หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value = .326

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ, ความรู้ และพฤติกรรม, ผู้สูงอายุ

---

[1] 1นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[2] อาจารย์คณะบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research aimed at studying the effect of a holistic health promotion program in the Aging Society, Huay Yang Sub- district, Kranuan District, Khon Kaen Province. The participants were divided into two groups with thirty people in each by a purposive sampling. The control group was recruited from the Society in Khook Soong Village, Huay Yang Sub-district. The experiment was conducted over a period of 12 weeks. A holistic health promotion program composed of 3 E; Eating, Exercise, and Emotion. The participants need to balance in 3 dimensions in order to be happy. Furthermore, learning from good and bad practice of health behavior and home-visiting program are included. The Gibson's concept (1993) in 4 steps was implemented. Data collection was using an interview form. The content validity index was 0.96 and the reliability index was 0.78. The data was analyzed using descriptive statistics; Percentage, Mean, and Standard deviation. To compare the mean difference between two groups, an independent t-test was analyzed. Paired t-test was also analyzed with a statistical significance at . ($p<.05$).

The findings revealed that level of knowledge and level of positive behavior of elderly, after participating in the holistic health promotion program of experimental group, were significant greater than before receiving the holistic health promotion program ($p<.05$).

Keywords Health Promotion Program, Knowledge and Behavior, elderly people

บทนำ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาจะพบว่าการสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก สะท้อนให้เห็นว่าโลกเราในปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น นโยบายการคุมกำเนิด การใส่ใจดูแลสุขภาพมากขึ้น ความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทำให้คนอายุยืนขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ค่านิยม และทัศนคติภายใต้ยุคแห่งการแข่งขันที่ทำให้ผู้หญิงมีการแต่งงานช้า และปริมาณการแต่งงานลดลง ส่งผลให้อัตราการเกิดของประชากรน้อยลง ขณะที่อายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุกลับสูงขึ้น

ในเรื่องของสุขภาพความเสื่อมโทรมทางสุขภาพที่ปรากฏมากที่สุดในผู้สูงอายุนั้นไม่ใช่โรคติดต่อ โดยผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าจะประสบภาวะด้านโรคภัยไข้เจ็บ และโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรังเกี่ยวกับปอด และโรคที่เป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอย คือ ปวดหลัง ปวดคอ ซึมเศร้า เบาหวาน สมองเสื่อม ข้อเสื่อม เป็นต้น สุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากการสุ่ม แม้ว่าตัวแปรด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมักจะมาจากกรรมพันธุ์ แต่ในกรณีส่วนใหญ่มักเกิดจากสภาวะแวดล้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ในปัจจุบัน ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ได้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเครียด การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง เป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้โดยตรง จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ บ้านห้วยยาง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่นเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง และดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วิธีดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ บ้านห้วยยาง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน โดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ บ้านโคกสูง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม เรื่องความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามหลัง 3 อ. แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมบัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เนื่องจากผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบรายชื่อที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ บ้านห้วยยาง ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเวลาที่ศึกษาทั้งหมด(1 มีนาคม – พฤษภาคม 2561) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในภาพรวมของสรุปผลการวิจัย ที่อยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง

2. ทำหนังสือจากวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเก็บข้อมูล

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4. ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่กลุ่มผู้ร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

5. เมื่อได้โปรแกรมขึ้นมาแล้ว นำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเอง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความร่วมมือ ทำการเก็บข้อมูลพร้อมทั้ง ชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสัมภาษณ์

5.1 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์เรียงลำดับดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้พลังอำนาจและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) ในการอธิบายลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ประกอบด้วย การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ (Paired t- Test) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t- test Independent

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป เพศ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 20) และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.70) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 23.30) อายุ พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยอายุ 62.13 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.96 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 78 ปี กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยอายุ 61.80 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.71 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.3) รองลงมา มาอยู่ในสถานภาพ หม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 26.7) สถานภาพโสด ไม่มี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 68.3) รองลงมามีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 33.3) และน้อยที่สุดคือ สถานภาพโสด (ร้อยละ 3.3) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 6.7) น้อยที่สุด คือ อนุปริญญา และปริญญาตรี ไม่มี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.30) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 6.7) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 3.3) น้อยที่สุด คือ อนุปริญญา และปริญญาตรี ไม่มี อาชีพปัจจุบัน พบว่า กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ56.7) รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 30) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว(ร้อยละ 6.7) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 6.7) และน้อยที่สุดประกอบด้วย ข้าราชการเกษียณ และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และ อื่นๆ ไม่มี กลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมา ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 33.3) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 10) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว(ร้อยละ 6.7) และน้อยที่สุดประกอบอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และข้าราชการเกษียณ ไม่มี รายได้ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 86.7) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,00 บาท (ร้อยละ 10) มีรายได้ มากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 3.3) และน้อยที่สุด มีรายได้ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ไม่มี ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 90) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 10,001 – 20,00 บาท (ร้อยละ 10) และน้อยที่สุดมีรายได้ ระหว่าง 20,001-30,000 บาท และ มีรายได้ มากกว่า 30,000 บาท ไม่มี

2. ระดับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.33) คะแนนความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 26.67)ส่วนคะแนนความรู้ในระดับสูงไม่มี มีระดับคะแนนเฉลี่ย 12.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43 คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.33) คะแนนความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 10) และคะแนนความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 6.67) มีระดับคะแนนเฉลี่ย 13.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน

กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) รองลงมามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 16.67) ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 13.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 17 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.67) รองลงมามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.67) ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 13.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.56 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ก่อนและหลัง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	n	$\overline{X}$	S.D	Mean difference	t	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	12.47	1.43	-1.10	-2.37	-2.03 - -0.17	.021
กลุ่มควบคุม	30	13.57	2.10				
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	13.77	1.48	0.17	0.41	-0.64 – 0.98	.682
กลุ่มควบคุม	30	13.60	1.65				

จากตารางพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 หลังทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ก่อนและหลัง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	n	$\overline{X}$	S.D	Mean difference	t	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	30	12.47	1.43	-1.30	-5.90	-1.75 - -0.85	.000
หลังทดลอง	30	13.77	1.48				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนทดลอง	30	13.57	2.10	-0.03	-0.24	-0.32 - 0.25	.813
หลังทดลอง	30	13.60	1.65				

จากตารางพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ส่วนผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรู้มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลัง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	n	$\overline{X}$	S.D	Mean difference	t	95%CI	p-value
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	55.83	6.88	-1.43	-0.82	-4.94 – 2.07	.417
กลุ่มควบคุม	30	57.27	6.69				

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลัง ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	n	$\overline{X}$	S.D	Mean difference	t	95%CI	p-value
หลังทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	62.90	4.91	7.37	5.63	4.75 – 9.99	.000
กลุ่มควบคุม	30	55.53	5.22				

จากตารางพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value >0.05

หลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	n	$\overline{X}$	S.D	Mean difference	t	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนทดลอง	30	55.83	6.88	-7.07	-10.87	-8.40 - -5.74	.000
หลังทดลอง	30	62.90	4.91				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนทดลอง	30	57.27	6.67	1.73	3.55	0.73 – 2.73	.001
หลังทดลอง	30	55.53	5.22				

จากตารางพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ p-value < 0.05

สรุป และอภิปรายผล

หลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ก่อน และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ส่วนผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนความรู้มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05 ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามหลัก3 อ.ที่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหารแลกเปลี่ยน เน้นผัก ผลไม้ การออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน และการจัดการความเครียด รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้ง

เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามที่ Gibson (1991) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นแนวคิดที่จะส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง เกิดแรงบันดาลใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพงษ์ บุหรัน (2557)[6] ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนร่วมกับการควบคุมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่ตำบลโนนราษี อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 52 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 52 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริม พฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของโปรแกรม คือ รูปแบบของการออกกำลังกายที่สามารถ ปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และการให้ความสำคัญต่อการควบคุมการการบริโภคอาหารที่คำนึงถึงรูปแบบ กิจกรรมอย่างเคร่งครัดนอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.025 และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.022 และ สาวิตรี วิชัยศึก (2560)[9] ได้ศึกษาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีระดับความคิดเห็นต่อการทดลองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (x =4.46 S.D = 0.19) ดังนั้นจึงควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่เกณฑ์ปกติ รวมถึงสอดคล้องกับ กษม ชนะวงศ์ และคณะ (2555)[2] ได้ศึกษาผลของการบำบัดกลุ่มเล่าเรื่องความสุขของตนเองเพื่อลดความเครียด และเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ บ้านหนองหิน ตำบลศิลาอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง มี2กลุ่ม วัดก่อน-หลัง ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเมืองจังหวัดขอนแก่น กลุ่มละ30 คน ผลการวิจัย การเปรียบเทียบความเครียด และความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดน้อยกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value< 0.001) ผลของการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความภาคภูมิใจ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความภาคภูมิใจมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value< 0.001)

หลังการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ในภาพรวม เป็นไปตามสมมุติฐาน เมื่อพิจารณารายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ข้อเสนอแนะจึงควรจัดให้มีบริการเชิงรุกในชุมชนที่มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น มีความสม่ำเสมอของการปฏิบัติงาน และเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลหรือ อสม. ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างทั่วถึง

2. สร้างแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีการติดตามผลการส่งเสริมสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

3. รูปแบบการส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson,1993) ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับชมรมผู้สูงอายุ ทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านั้น เกิดแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ควรมีการใช้ระยะเวลาในการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวาน ให้มากขึ้น เพื่อให้ได้ผลการทดลองที่มีชัดเจนมากขึ้น

3. ควรให้มีการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุไปใช้กับพื้นที่อื่น หรือกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ด้วยเพื่อเป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนี้มีประสิทธิอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุทิน ชนะบุญอาจารย์ภาควิชาสาธาณสุขชุมชนวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ดร.อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์ รองศาสตราจารย์วีณา อิศรางกูร ณ อยุธยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สนใจ ไชยบุญเรือง ดร.กุหลาบ ปุริสาร และ รองศาสตราจารย์นฤมล สินสุพรรณ ที่ได้กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำ รวมทั้งตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้การศึกษามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ดร.อุ่นใจ เครือสถิตย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร คุณบุญเลิศ โพธิ์ชัย สาธารณสุขอำเภอกระนวน คุณอัญชนาภูโชคศิริ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และรองศาสตราจารย์ นฤมล สินสุพรรณที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณคุณบุญเลิศ โพธิ์ชัย สาธารณสุขอำเภอกระนวน และผู้อำนายการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. กษม ชนะวงศ์ และคณะ **ได้ศึกษาผลของการบำบัดกลุ่มเล่าเรื่อง ความสุขของตนเองเพื่อลดความเครียด และเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ บ้านหนองหิน ตำบลศิลา อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น.**บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย**.** 2555.
2. จักรพงษ์ บุหรัน. **ผลของการออกกำลังกายแบบแกว่งแขนร่วมกับการควบคุมการบริโภคอาหารต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลโนนราษี อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2557**.**
3. สาวิตรี วิชัยศึก **ได้ศึกษาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น.**บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย. 2560.
4. Che, H. L., Yeh, M. L., & Wu, S. M. The self-empowerment process of primary Caregivers : A study of caring for elderly with dementia. Journal of Nursing Research, . 2006 ;14(3), 209-217.
5. Chung, J. C. Empowering individuals with early dementia and their carers: An Exploratory study in the Chinese context. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementia, 2001; 16(2), 85-88.
6. Conger, J. A., & Kanungo, R. N. The empowerment process: Integrating theory and practice. Academy Management Review, 1988 ; 13(3), 471-482.

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น บ้านท่าลาด ตำบลหัวนาคำ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น.

Community Participation in the Prevention of Adolescent Smoking Ban Talad. Huanakham Subdistrict, Kranuan District, KhonKaen Province.

นันท์ธนภัค พุฒิรัศมิ์ทองคำ[1], นฤมล สินสุพรรณ[2], อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์[3]

(Received: August 25,2018; Accepted: September 21,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนโดยใช้การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน 2) ประเมินความต้องการและศักยภาพของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ของกลุ่มวัยรุ่น 3) ศึกษาวิธีการ ความคิด ความเชื่อของชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ และ 4) ศึกษาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น

จากการวิจัยพบว่า แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น ได้แก่ 1) การสร้างเครือข่ายการทำงานผ่านการจัดเวทีร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น 2) การเผยแพร่ความต้องการในการป้องกันและลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น 3) การรวมกลุ่มผู้มีจิตอาสา และความรับผิดชอบของผู้นำถอดบทเรียนจากประสบการณ์ และสร้างแรงจูงใจในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ 4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน วัด บ้าน ครอบครัว 5) การประชาสัมพันธ์ กิจกรรมผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน และในโรงเรียน 6) การนำมาตรการทางกฎหมายมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมคือ ร้านค้า ในชุมชนติดป้าย ไม่จำหน่ายบุหรี่แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่น โดยชุมชนมีส่วนร่วมได้ในระดับหนึ่ง และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : วัยรุ่น ,การมีส่วนร่วมของชุมชน, การสูบบุหรี่ , การป้องกัน

Abstract

This study was of a participatory action research using the participatory Rural Appraisal, PRA method with the aims to 1) investigate smoking behaviors among Adolescents in the community, 2) assess the community needs related to adolescent smoking as well as the community capacity in the prevention of adolescent smoking, 3) study thoughts, Beliefs, and methods of smoking cessation of the community, and 4) explore means to promote Community participation in the prevention of smoking behaviors among adolescents. Results revealed various techniques to promote community participation in the prevention of adolescent smoking also emerged. These involved 1) creation of networking through provision of stages for teen smoking situational analyses to minimize physical 2) publicizing the needs to prevent and reduce problems resulting from teen smoking, 3) gathering of volunteers and responsible community leaders in transferring of experience and motivations from the group that succeeded in smoking cessation, 4) promoting the participation of schools, temples, and families 5) announcing through the village and school, and 6) enforcing the laws of local stores to put up the signs that signs that forbid the selling of cigarettes to persons under the age of 18. From the results of this study, it can be concluded that the application of Participatory Rural Appraisal, PRA model in the prevention of adolescent smoking led

[1] นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ

[2] อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

[3] อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

to a certain level of success. Lessons learned from this project and the use of PA could be applied in the planning of guidelines for the prevention of adolescent smoking in the community in the future.

Keywords : Adolescents **,** Community participation **, smoking ,** the prevention

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้สุขภาพ ทรุดโทรม รวมถึงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย ทั้งนี้เนื่องจากในบุหรี่มีสารพิษกว่า 4,000 ชนิด มีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก 1,100 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 5 ล้านคน (WHO, 2007) ในประเทศไทย พฤติกรรมการบริโภคยาสูบของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป จากสถิติของประเทศไทย พบว่า อัตราการเลิกสูบบุหรี่ในปี 2544, 2547 และ 2549 ของคนไทย คิดเป็นร้อยละ 18.29, 17.94 และ 24.83 ตามลำดับ [1] ที่สำคัญประชากรไทยได้รับควันบุหรี่ในบ้านสูงถึงร้อยละ 39.1 [2]สารนิโคตินในบุหรี่เป็นสารเสพติดที่เกิดอันตรายต่อการเป็นมะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด และถุงลมโป่งพอง เป็นต้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สหรัฐอเมริกาประกาศว่า ร้อยละ 35 ของมะเร็งทั้งหมด เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง [3]ในด้านสภาพแวดล้อมถ้าในที่ทำงานมีผู้สูบบุหรี่จำนวนมากจะกระตุ้นให้คนอื่นอยากสูบ และเลิกสูบได้ยาก [4] การเฝ้าระวังพฤติกรรมการบริโภคยาสูบของคนไทยจึงยังต้องดาเนินการอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อกลุ่มสตรีและเด็กวัยรุ่น ที่อาจเป็นทั้งผู้สูบรายใหม่ และผู้รับควันบุหรี่มือสอง ดังนั้น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด และเด็กในครอบครัวไทย จึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่มือสองของคนในครอบครัว หญิงตั้งครรภ์ทั้งที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ ควันบุหรี่ที่มีต่อมารดาและทารก ในครรภ์ เช่น ทารกน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด สำหรับเด็กที่ได้รับควันบุหรี่จะมีโอกาสเกิดภาวะไหลตาย (Sudden Infant Death Syndrome : SIDS) ปอดอักเสบ ติดเชื้อ ภูมิแพ้ หอบหืด ได้มากกว่าเด็กทั่วไป [5]

การสูบบุหรี่นับว่าเป็นปัญหาของสังคมในระดับชาติ เพราะส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของสังคม เนื่องจากในควันบุหรี่จะประกอบด้วยสารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสารก่อให้เกิดมะเร็งได้ ปัจจุบันทั่วโลกมีคนตายจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 10 ล้านคนซึ่งมากกว่าจำนวนคนตายจากสงครามร่วมกับอุบัติเหตุ โรคอื่นๆ ทุกโรค และเป็นสาเหตุเดียวที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ ในด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ผู้สูบบุหรี่และครอบครัวยากจนลง เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่มาสูบ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ นอกจากนั้นการเจ็บป่วยยังทำให้ขาดงาน ขาดรายได้ รวมถึงการสูญเสียอื่นๆ ที่ไม่สามารถนับเป็นตัวเลขได้ อีกทั้งยังเป็นภาวะของประเทศที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ให้กับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ [6] ก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น และเป็นด่านแรกที่จะนำไปสู่การใช้ยาเสพติดอื่นๆ [7]ซึ่งการติดยาเสพติดชนิดร้ายแรงจะนำมาซึ่งปัญหาสังคมอีกมากมาย

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าอายุที่เริ่มทดลองบุหรี่คือ 13 – 14 ปี [8]เนื่องจากยังมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้การสูบบุหรี่เป็นที่นิยม เช่น ความอยากลองซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่น มองเรื่องการสูบบุหรี่เป็นเรื่องที่ท้าทาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนานถึงแม้จะทราบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีต่อสุขภาพก็ตาม [9] และวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา อันเป็นผลจากการเจริญเติบโต และพัฒนาการตามวัย เพื่อพัฒนาตนเองเข้าสู่การเป็นผู้ใหญ่ [10] มีความเป็นตัวเองสูง ต้องการแสวงหาความรู้ และทดลองทำให้สิ่งที่แปลกใหม่ที่ไม่เคยทำ มักมีความขัดแย้งในตนเองตลอดเวลา เนื่องจากไม่รู้ว่าบทบาทหน้าที่ที่แท้จริงของตนคือเด็ก หรือผู้ใหญ่ [11]เด็กจะสับสนในการปรับตัวทำให้ปรับตัวได้ยากและมีปัญหามาก

ส่งผลให้เด็กต้องหาทางออกด้วยวิธีการต่างๆ เช่น หันไปพึ่งพาบุหรี่ สุรา และสารเสพติด [12]ซึ่งจากระยะพัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลายมักหลีกเลี่ยงที่จะขอความช่วยเหลือจากบิดามารดา มีการแสดงตนว่าเป็นผู้ใหญ่ด้วยการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ [13]การบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ เช่น มีปัญหาการบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี คือกว่าร้อยละ 90 ของร้านค้า มีการบายบุหรี่ให้แก่เยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และงานวิจัยในเรื่องบุหรี่มีจำนวนไม่มากนัก ทำให้ขาดข้อมูลจำเป็นที่จะช่วยให้การผลักดันเพื่อการลดการบริโภคบุหรี่ [8]

ชุมชนบ้านท่าลาด ตำบลหัวนาคำ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นชุมชนชนบทที่พบว่าสมาชิกในชุมชนมีความสัมพันธ์กันแน่นแฟ้นแบบเครือญาติ มีความห่วงหาอาทรรักใคร่ดูแลซึ่งกันและกัน เดิมในอดีตหมู่บ้านนี้ปลูกยาสูบสำหรับใช้กันเองในครัวเรือนกันอย่างแพร่หลายและสูบบุหรี่เกือบทุกหลังคาเรือน แต่เนื่องด้วยในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาสังคมไทยได้มีการผลักดันมาตรการในการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งด้านนโยบายห้ามสูบบุหรี่ การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ขึ้นภาษีสรรพสามิตบุหรี่ การห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารและสถานที่สาธารณะและการบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ส่งผลให้ค่านิยมในการสูบบุหรี่เปลี่ยนไป และอัตราการสูบบุหรี่ของคนในชุมชนลดลง โดยเฉพาะปัจจัยผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ที่สูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้สูบบุหรี่จำนวนไม่น้อยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ [14]

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ความรู้จากประสบการณ์ที่ใช้ในการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ที่เลิกสูบได้ กระตุ้นให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ด้วยทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน โดยการร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหา พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวิเคราะห์สิ่งที่แต่ละคนรู้ ตรวจสอบข้อมูลร่วมกัน รับฟังเหตุผลของกันและกัน และหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และค้นพบด้วยตนเอง บนพื้นฐานของความเคารพและเสมอภาค ซึ่งจะช่วยให้ตระหนักถึงปัญหา นำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ปัญหา สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่ถ่ายทอดสู่ลูกหลาน โดยใช้กระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม ในการค้นหาสถานการณ์สูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน ศึกษาถึงความคิด ความเชื่อ ความต้องการและศักยภาพชุมชน รวมถึงแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน เพื่อสกัดกั้นนักสูบหน้าใหม่ในชุมชน และสามารถลดการใช้บุหรี่ในชุมชนลงได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน
2. ประเมินความต้องการและศักยภาพชุมชนในการมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น
3. ศึกษาวิธีการ ความคิด ความเชื่อของชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่
4. ศึกษาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ของวัยรุ่น

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research, PAR) โดยใช้กระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) ซึ่งเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ ข้อคิดเห็นซึ่งกันและกันผ่านกระบวนการสะท้อนคิดของวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การเสวนากลุ่ม (Group dialogue) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และร่วมประชุมสนทนาแลกเปลี่ยน ค้นหาศักยภาพ วางแผนร่วมกัน มองหาทางเลือกหาข้อตกลงร่วมกัน เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นด้วยพลังของชุมชน

ประชากรและผู้ร่วมวิจัย

ประชากร (population) หมายถึง วัยรุ่น อายุ 10 – 19 ปี ที่อาศัยอยู่ในบ้านท่าลาด เขตตำบลหัวนาคำ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ผู้ร่วมวิจัย (participants) หมายถึง ประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทข้างต้นสมัครใจ เข้าร่วม จำนวน 34 คน โดยเลือกจาก 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู พระสงฆ์ ตัวแทนร้านค้าชุมชน จำนวน 17 คน ซึ่งในการศึกษา เรียกกลุ่มนี้ว่า “กลุ่มแกนนำในการป้องกันการสูบบุหรี่” 2) กลุ่มผู้สูบบุหรี่และผู้มีประสบการณ์ในการสูบและเลิกสูบบุหรี่ และตัวแทนกลุ่มแกนนำเยาวชน จำนวน 17 คน ซึ่งในการศึกษาเรียกกลุ่มนี้ว่า “กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วม” โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ สามารถสื่อสารได้ เป็นผู้ที่เข้าใจหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจและเต็มใจ หลังจากที่ได้รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมของโครงการทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม ที่เก็บรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยผู้ศึกษาทำการบันทึกข้อมูลที่เป็นจริงจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การแสวนากลุ่ม และระบุ วัน เวลา สถานที่ วัตถุประสงค์ของการสังเกตกิจกรรม เหตุการณ์ รวมทั้งลักษณะของคนในกิจรรมนั้น ความคิด ความเห็น (impression) สมมติฐาน แผนการเก็บข้อมูลขั้นต่อไป คำถามหรือประเด็นใหม่ๆ ที่ควรสังเกตหรือสัมภาษณ์รวมทั้งความหมายของเหตุการณ์ในมุมมองของผู้สังเกตและการสังเกตตนเอง (Self observation) หรือการสะท้อนตนเอง (self reflection)

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก ความสมบูรณ์ตามแนวคำถามที่ใช้เกี่ยวข้องกับการศึกษา ในประเด็นที่ต้องการความลึก ความสมบูรณ์ ตามแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ และเลิกบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน วิธีการ ความคิด ความเชื่อในการเลิกสูบบุหรี่

3. แนวคำถามเสวนากลุ่ม นำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างของแต่ละคนเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ ศักยภาพของวัยรุ่นและชุมชน

4. แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ใช้เป็นแนวทางการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมทุกช่วงเวลาที่มีการสัมภาษณ์และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามวิธีการและแนวทางการดำเนินการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

5. เวทีชุมชน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการศึกษา นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการเสวนากลุ่ม เกี่ยวกับสถานการณ์ ความคิด ความเชื่อ วิธีการ และร่วมหาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น ขยายเครือข่ายในการดูแลร่วมกัน ตามบริบทของชุมชนที่สามารถดำเนินการได้ ตามแนวทางการจัดเวทีชุมชน

6. อุปกรณ์เสริม ได้แก่ เครื่องบันทึกเทปขนาดเล็ก กล้องถ่ายรูป ซึ่งในการบันทึกเทปและถ่ายภาพผู้ศึกษาต้องได้รับอนุญาตจากผู้ถูกบันทึกก่อน

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้โดยใช้กระบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) ผู้ศึกษาและชุมชนต้องมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดกระบวนการ ผู้ศึกษาจึงต้องตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างมาก โดยทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลการศึกษาทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการศึกษา โดยยึดหลักจริยธรรมในการทำงานศึกษาดังนี้[15]

1.หลักการเคารพในบุคคล (Respect of autonomy)

2. หลักผลประโยชน์ (Beneficence)

3.หลักความยุติธรรม (Justice)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ดำเนินไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้นั้นมาแยกประเภท จัดหมวดหมู่เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ในแต่ละวัน และในแต่ละครั้งที่เก็บข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลอย่างละเอียด พร้อมจัดหมวดหมู่ แยกประเภทข้อมูล แล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ทำเช่นนี้จนเสร็จสิ้นกระบวนการศึกษา ตามกรอบประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล [16] เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเกี่ยวกับในชุมชน ความต้องการและศักยภาพของชุมชนในการมีส่วนร่วมป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นวิธีการ ความคิดความเชื่อของชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.ตรวจสอบข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้มีหลักการ [17] คือ 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล 2) ตรวจสอบความตรงของข้อมูล

2.การจัดระเบียบข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาจัดระเบียบโดยการแบ่งประเภทข้อมูลตามวัตถุประสงค์ คัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ขัดแย้งกันออกไป

3.การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่จัดระเบียบหรือแบ่งประเภทแล้วมาเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่างๆ หาคำตอบและข้อสรุปทั้งหมด

4.การแปลความหมายของพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ประมวลคำสำคัญ (Keyword) และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลมาระบุหัวเรื่อง (Theme) [18] โดยพิจารณาเชิงเหตุผลและนำมาอภิปรายร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาอิสระ และเพื่อนผู้ศึกษาในกลุ่มเดียวกัน ทำให้สามารถนำเสนอผลการศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น รวบรวมข้อมูลที่เก็บมาได้คำต่อคำนำมาวิเคราะห์แจกแจงตามความเห็นของผู้เกี่ยวข้องและหลักการทางทฤษฎี สรุปประเด็นหลักวิเคราะห์พรรณนาข้อความอย่างละเอียด โดยข้อมูลดิบที่บ่งชี้ถึงตัวผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และผู้เข้าร่วมศึกษาทั้งหมดยืนยันและยินดีให้ข้อมูล

สรุปและอภิปรายผล

1. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน พบว่า 1) กลุ่มปฏิเสธและไม่คิดที่จะลองสูบบุหรี่เลย เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กกลุ่มนี้เป็นวัยรุ่นชายที่เข้าเรียนต่อระดับมัธยมและอุดมศึกษาในเขตตัวเมืองจังหวัดขอนแก่น และเป็นวัยรุ่นหญิงเกือบทั้งหมดที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย 2) กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แล้วไม่เห็นประโยชน์จึงเลิกสูบ

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน พบว่า เยาวชนเหล่านี้ส่วนใหญ่ ที่สูบบุหรี่เพราะมีสาเหตุปัจจัยมาจาก 1) มีความเข้าใจว่าบุรี่มีประโยชน์ เนื่องจากเด็กเหล่านี้เห็นพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ใหญ่ 2) จากวัฒนธรรมการใช้บุหรี่ของคนในชุมชนที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งจะเห็นได้จากการที่ผู้ปกครองไม่ห้ามปราม เมื่อพบเด็กสูบบุหรี่ เพราะมองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา ไม่ผิดกฎหมาย มีการหยิบยื่นบุหรี่ให้กับเด็กโดยไม่รู้ตัวด้วยการใช้ให้จุดบุหรี่ และการที่วัยรุ่นเห็นภาพการสูบในบ้านมาตั้งแต่เด็กจึงคิดว่าเป็นเรื่องปกติ ซึ่งวัยรุ่นมองว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ และความเป็นชาย 3)ความอยากลอง ซึ่งเป็นธรรมชาติของวัยรุ่น ที่มองการสูบบุหรี่เป็นการที่ท้าทาย น่าตื่นเต้น และสนุกสนาน 4) การตามอย่างเพื่อน วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มสูบบุรี่เพราะเพื่อนชักชวน การเลียนแบบเพื่อนรุ่นพี่ และมีทัศนคติว่าถ้าไม่สูบบุหรี่ จะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เพื่อนจะไม่ยอมรับเข้ากลุ่ม 5)ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า ในชุมชนมีร้านจำหน่ายบุหรี่ 3 ร้าน ที่วัยรุ่นสามารถซื้อได้ง่ายและสะดวก มี 1 ร้าน ที่สามารถซื้อได้ตลอดเวลา และผู้จำหน่ายมิได้ปฏิเสธการจำหน่ายบุหรี่ไม่ว่าผู้ซื้อจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ มีการจำหน่ายบุหรี่ให้แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เหมือนกับการจำหน่ายสินค้าไปภายในร้าน และ 6) ปัจจัยทางสังคมและประเพณีวัฒนธรรม เนื่องจากมีการฉายภาพให้เด็กเห็นการใช้บุหรี่ในพิธีกรรมต่างๆ ในชุมชนที่ต้องใช้บุหรี่ส่วนหนึ่งในเครื่องเซ่นไหว้ ที่สืบทอดกันมายาวนานตามประเพณีนิยม

3. การสร้างแรงจูงใจของชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ 1) การสร้างแรงจูงใจจากความห่วงใยในสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว เป็นการสร้างแรงจูงใจด้วยตนเอง เกิดจากความต้องการภายในบุคคล 2) การสร้างแรงจูงใจจากความต้องการปรับปรุงภาวะเศรษฐกิจให้ดีขึ้นจากการมีภาวะหลายอย่าง มีหนี้สิน 3) การสร้างแรงจูงในการเลิกบุหรี่ด้วยความภาคภูมิใจเมื่อได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำ 4) การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่จากการแสดงความรังเกียจต่อการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน 5) การสร้างแรงจูงใจจากสื่อโฆษณาและมาตรการตามกฎหมายที่มีการรณรงค์ให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่ 6) การสร้างแรงจูงใจจากคำตักเตือนของผู้นำทางศาสนา ด้วยการนำหลักคำสอนมาเป็นเครื่องชี้นำในการปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ และ 7) การสร้างแรงจูงใจจากความรู้สึกเต็มกับการใช้บุหรี่มาเป็นระยะเวลานาน จากความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของตนเองที่รู้สึกว่าอิ่มแล้วพอแล้ว เต็มที่แล้ว จึงทำให้คิดและตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง

4. แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น จากการวิจัย พบวิธีการที่จะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชนที่สามารถทำได้ โดยเริ่มต้นจากการทำแผนที่ครัวเรือนผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยกลุ่มแกนนำ และผู้นำในชุมชน ครั้งที่1 พบผู้มีจิตอาสาที่จะเข้ามามีส่วนร่วม ในการปกป้องลูกหลานไม่ให้ก้าวเข้าสู่เส้นทางการใช้บุหรี่ จนได้รับผลเสียจากการสูบบุหรี่เหมือนอย่างตนเอง เกิดการร่วมค้นหาอาสาสมัครผู้ที่มีประสบการณ์ในการสูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ และร่วมยืนยันข้อมูลผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ผ่านแผนที่ครัวเรือนครั้งที่ 2 จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนของสมาชิกในชุมชนและผู้มีจิตอาสาถึงการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น พบว่า ควรให้กลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 3 ผลของการร่วมค้นหา ร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ช่วยให้เกิดกระบวนการในการแก้ไขปัญหาสู่กลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ผ่านสื่อกลาง คือ กลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเอง ช่วยให้เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่กล้าที่จะเปิดตัวและช่วยลดช่องว่างระหว่างวัย ครั้งที่ 4 ทำให้แผนที่ครัวเรือนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีความสมบูรณ์ สามารถนำมาใช้ในการประกอบการวางแผนลดการใช้บุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบ และร่วมค้นหาศักยภาพของชุมชนจากผู้ที่มีประสบการณ์เลิกสูบบุหรี่ในชุมชน พบแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นและกลุ่มเสี่ยง คือ การสร้างเครือข่ายการทำงานผ่านการจัดเวทีชุมชน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น

จากข้อค้นพบทำให้ชุมชนมองเห็นผลกระทบจากการสูบบุหรี่ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการถูกรังเกียจจาก คนในครอบครัว คนในชุมชน และสังคม เกิดเครือข่ายในการช่วยดูแลและป้องกันการใช้บุหรี่ในชุมชน ดังนี้ 1) เครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน ด้วยกลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเอง ที่จะช่วยตักเตือนกันในกลุ่มเพื่อนและช่วยป้องกันการใช้ในกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนในชุมชน 2) เครือข่ายครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ปู่ย่า ตา ยาย ของผู้ที่สูบบุหรี่ มีความต้องการและยินดีที่จะให้สมาชิกในครอบครัวเลิกบุหรี่ คอยให้กำลังใจ ตักเตือนและเฝ้าระวังร่วมกัน ด้วยการร่วมประเมินผลพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวทางการแก้ไขปัญหาตลอดระยะเวลาดำเนินการ 3) เครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัคร โรงเรียน วัด องค์การบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัยร่วมเฝ้าระวังติดตามผลการดำเนินงานพูดคุยแลกเปลี่ยน ร่วมกับเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและเครือข่ายครอบครัวตลอดระยะเวลาดำเนินการ

การเผยแพร่ความต้องการในการป้องกันและลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ด้วยการรวบรวมความต้องการในการป้องกันและลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้ดังนี้1) ผู้นำครอบครัว และวัยรุ่น ต้องการกระตุ้นให้วัยรุ่นเล็งเห็นความเจ็บป่วยในอนาคตข้างหน้าที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ 2) ชุมชนต้องการร่วมฝึกวินัยให้วัยรุ่น มีวินัย เห็นความสำคัญในการใช้จ่ายที่เหมาะสม 3) ต้องการให้

วัยรุ่นใช้การผ่อนคลายทางอื่นๆ ไม่ใช้หรือคุ้นเคยกับยาเสพติดต่อไป

การรวมกลุ่มผู้มีจิตอาสาและความรับผิดชอบของผู้นำถอดบทเรียนประสบการณ์สร้างแรงจูงใจในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ ในการส่งเสริมชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น คือ 1) ผู้มีจิตอาสา จากการศึกษาชุมชนประชุมผู้ร่วมอาสามาร่วมงาน เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้เฒ่าผู้แก่ ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ที่สั่งสมและมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้ดี กลุ่มผู้นำชุมชน มีความเข้มแข็ง มีความเห็นตรงกันกับประชาชน มีความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรม กล้าแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย และมีความต้องการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชนของตนเอง 2) ความรับผิดชอบของผู้นำด้วยการสร้างแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ในบทบาทของหัวหน้าครอบครัวและผู้นำชุมชนที่อยากตัดวงจรการสูบบุหรี่ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ลูกหลาน คอยดูแลตักเตือนคนที่สูบให้เลิกสูบ

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน วัด บ้าน ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น และประชาชนทั่วไปด้วยวิธีการดังนี้ 1) การเสริมความรู้เรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ โดยการให้ความรู้เรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น โปสเตอร์ หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน หอกระจายข่าวในโรงเรียนเพื่อให้ทั้งผู้ปกครองและเยาวชน ตระหนักถึงโทษและพิษภัยจากบุหรี่ เป็นการเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้ทั้งในกลุ่มวัยรุ่นเองและสมาชิกในชุมชนรวมถึงสกัดกั้นนักสูบหน้าใหม่ในชุมชน 2)การส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ด้วยการสนับสนุนให้วัยรุ่นใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เช่น การเล่นกีฬา เล่นดนตรี ฟังเพลง อ่านหนังสือ และการทำงานอดิเรกต่างๆ ด้วยกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE และกลุ่มเยาวชนอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่มีการทำกิจกรรมร่วมกันในโอกาสต่างๆ 3)การนำคำสอนของผู้นำทางศาสนามาใช้ ผลการศึกษาพบว่าชุมชนมีหลวงพ่อเจ้าอาวาสประจำหมู่บ้านเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของประชาชน มีความสนใจ และให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวกโดยอนุญาตให้ใช้สถานที่ในการประชุม ให้ใช้เครื่องเสียงในการประชาสัมพันธ์และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในชุมชนในการไม่สูบบุหรี่ และช่วยกระตุ้นผู้กำลังสูบบุหรี่อยู่ให้เลิกสูบและลดการใช้บุหรี่

การประชาสัมพันธ์กิจกรรมผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านและโรงเรียน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้รับทราบโดยทั่วกัน โดยเฉพาะวัตถุประสงค์การดำเนินโครงการ เชิญชวนเข้าร่วมโครงการ และช่วยสอดส่องดูแลควบคุมกำกับตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่วางไว้

การนำมาตรการกฎหมายมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมที่เกิดจากความร่วมมือของร้านค้าในชุมชนด้วยการติดป้ายไม่จำหน่ายบุหรี่แก่เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และกำหนดเขตปลอดบุหรี่ หรือที่ห้ามสูบบุหรี่ เพื่อจำกัดบริเวณในการสูบบุหรี่ คือ ที่วัด ศาลากลางบ้าน และโรงเรียน เพื่อให้มีพื้นที่ในการสูบบุหรี่ได้น้อยลง

สรุปและอภิปรายผล

2.1 สถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน พบว่าชุมชนแห่งนี้อยู่ในบริบทปัญหาที่มีการใช้บุหรี่สืบทอดกันมายาวนาน เนื่องจากเดิมมีการปลูกยาสูบไว้ใช้กันเองในครัวเรือน มีการใช้บุหรี่ในชีวิตประจำวันระหว่างการพักผ่อน เป็นของใช้เช่นไหว้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ การแต่งแก้ (สะเดาะเคราะห์) การจัดดอกไม้ธูปเทียนขันห้า ขันแปด การถวายพระในพิธีงานบุญประเพณีของหมู่บ้าน และใช้ประโยชน์จากควันบุหรี่ในการหาอาหารจำพวกแมลง เช่น ผึ้ง ต่อ แตน รวมถึงการใช้ให้เด็กซื้อบุหรี่ การเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับศูนย์ข้อมูลและเผยแพร่มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2548) [19] จากสถานการณ์จำนวนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น และเริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุยังน้อยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย ที่พบว่ากำลังลุกลามมาสู่กลุ่มเยาวชน [9] ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการทดลองสูบบุหรี่ในวัยเด็ก [20]และเยาวชนไทยลองสูบบุหรี่มวนแรกตั้งแต่อายุ 13 – 14 ปี [21] นอกจากนี้ยังสามารถ

จำแนกกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ ตามเส้นทางการใช้บุหรี่ได้ดังนี้ 1) กลุ่มปฏิเสธและไม่คิดที่จะลองสูบบุหรี่เลย เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กกลุ่มนี้เป็นวัยรุ่นชายที่เข้าเรียนต่อระดับมัธยมและอุดมศึกษาในเขตตัวเมืองจังหวัดขอนแก่น และเป็นวัยรุ่นหญิงเกือบทั้งหมดที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย เพราะทราบถึงโทษและพิษภัยจากการสูบบุหรี่ ไม่ชอบกลิ่นควันบุหรี่ รังเกียจคนที่สูบบุหรี่ มองว่าการสูบบุหรี่ทำให้ดูไม่ดี เสียบุคลิกภาพ เพื่อนในกลุ่มไม่สูบบุหรี่ และพ่อแม่รวมถึงคนในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ สอดคล้องกับสายรุ้ง โพธิ์เชิด, (2538) [22] ที่กล่าวถึงเหตุผลของการไม่สูบของนักเรียน ชายระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร คือ กลัวอันตรายจากการสูบบุหรี่ ห่วงภาพพจน์ของตัวเองกลัวบุคลิกภาพไม่ดี และการสูบบุหรี่ทำให้มีกลิ่นเหม็นติดตัว 2) กลุ่มที่เคยสูบบุหรี่แล้วไม่เห็นประโยชน์จึงเลิกสูบ ส่วนมากเป็นวัยรุ่นชายที่เคยลองสูบบุหรี่กับกลุ่มเพื่อนในชุมชน เมื่อแยกตัวไปเรียนหนังสือที่อื่น โดยเฉพาะกลุ่มที่เข้าไปเรียนต่อมัธยมในเขตตัวเมืองจังหวัดขอนแก่น และเรียนมหาวิทยาลัย เพื่อนกลุ่มใหม่ไม่สูบบุหรี่และถูกรังเกียจจากสังคมกลุ่มเพื่อน และคนรอบข้างจึงเลิกสูบบุหรี่ และเป็นกลุ่มที่ลองเพียงต้องการทราบถึงรสชาติ ลองเพื่อให้รู้ว่าอย่างไรที่ได้ทดลองสูบครั้ง สองครั้งแล้วไม่สูบ ในกลุ่มนี้มีวัยรุ่นหญิงที่เคยลองสูบรวมอยู่ด้วยหนึ่งคน กลุ่มที่ทำงานประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมใกล้บ้าน และเป็นกลุ่มที่ชอบความสนุกสนานและมีความสุขกับการได้ทำงาน ได้กิน ได้เที่ยวในสถานบันเทิง เช่น ดิสโก้เทค คาราโอเกะ และเป็นเด็กกลุ่มที่เรียนต่อในโรงเรียนสายอาชีพที่มีเพื่อนในกลุ่มเดียวกันสูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่หรือว่างไม่มีอะไรทำ เมื่อพบปะเจอกันหรือรวมกลุ่มกัน และเมื่อมีการสังสรรค์กัน รวมถึงการสูบบุหรี่ที่บ้านโดยที่พ่อแม่ ผู้ปกครองไม่ได้ห้าม วัยรุ่นกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดมีเพื่อนในกลุ่มเดียวกันและคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นกลุ่มนี้ คือ ด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial component) จากคนรอบข้างคือเพื่อนและคนในครอบครัวจึงมองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดาของผู้ชาย หรือจากความเข้าใจผิดของวัยรุ่นเองที่เห็นพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ใหญ่ คิดว่าสามารถช่วยให้หายเหนื่อย หรือคลายเครียดจึงทดลองเพื่อพิสูจน์ ซึ่งในที่สุดจึงทำให้ติดและกลายเป็นพฤติกรรมประจำวัน [23]

2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชน พบว่าเยาวชนเหล่านี้ส่วนใหญ่ที่สูบบุหรี่เพราะมีสาเหตุปัจจัยมาจาก 1) มีความเข้าใจว่าบุหรี่มีประโยชน์ 2) จากวัฒนธรรมการใช้บุหรี่ของคนในในชุมชนที่มองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา หรือจากความเข้าใจผิดของวัยรุ่นเองที่เห็นพฤติกรรมการใช้บุหรี่ของผู้ใหญ่

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า เยาวชนเหล่านี้สูบบุหรี่เพราะส่วนใหญ่ของชุมชนมีความเข้าใจว่าบุหรี่มีประโยชน์ จากวัฒนธรรมการใช้บุหรี่ ดังนั้นชุมชนจึงมองว่าการสูบบุหรี่เป็นเรื่องธรรมดา นอกจากปัจจัยที่พบจากการศึกษา ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นที่ควรนำมาพิจารณาร่วมคือ ความวิตกกังวลของตัววัยรุ่นเอง การที่วัยรุ่นมีครอบครัวที่แตกแยกครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และจะมีลักษณะเฉพาะที่ผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน และเกิดในวัยรุ่นที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

2.2 การสร้างแรงจูงใจของชุมชนในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าในชุมชนที่ศึกษามีการสร้างแรงจูงในการเลิกบุหรี่หลายวิธี ซึ่งมีผลมาจากการที่บุคคลเกิดความตะหนัก แล้วส่งผลให้มีความตั้งใจ โดยวิธีการสร้างแรงจูงใจที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การเรียนรู้ ความเชื่อ ในแต่ละบุคคล ศรัทธาเชื่อถือที่ตนมีต่อพ่อ แม่ และคนในครอบครัวมาสร้างเป็นเกราะในการป้องกันตนเองไม่ให้สูบบุหรี่ สร้างความตระหนักและเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) การสร้างแรงจูงใจจากความห่วงใยในสุขภาพตนเอง และสมาชิกในครอบครัว 2) การสร้างแรงจูงใจจากความต้องการปรับปรุงภาวะเศรษฐกิจให้ดีขึ้นจากภาระหลายอย่าง มีหนี้สิน 3) การสร้างแรงจูงใจจากความภาคภูมิใจ เมื่อได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำ เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้อง เพื่อการเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ในบทบาท

ของหัวหน้าครอบครัว และผู้นำชุมชน 4) การสร้างแรงจูงใจจากการแสดงความรังเกียจของสมาชิกครอบครัวและชุมชนจะมีชาวบ้านแสดงความรังเกียจ ดังนั้น จึงสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ให้แก่ตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเหตุผลของการงดสูบบุหรี่ของนักศึกษาชายระดับประถมประกาศนียบัตรวิชาชีพ วิทยาลัยเทคนิค [22]

2.3 แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น จากการศึกษา พบวิธีการที่จะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในชุมชนสามารถทำได้ โดยเริ่มต้นจากการทำแผนที่ครัวเรือนผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ โดยกลุ่มแกนนำและผู้นำในชุมชนครั้งที่ 1 จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่มีประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 2 จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนของสมาชิกในชุมชนและผู้มีจิตอาสาถึงการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น พบว่า ควรให้กลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา จึงเกิดการพูดคุยระหว่างกลุ่มแกนนำ ผู้อาสาที่จะช่วยเหลือ และแกนนำเยาวชนถึงประเด็นปัญหา สถานการณ์การสูบบุหรี่ ครั้งที่ 3 ผลของการร่วมค้นหา ร่วมวิเคราะห์ร่วมวางแผน ช่วยให้เกิดกระบวนการในการแก้ไขปัญหาสู่กลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ผ่านสื่อกลาง ครั้งที่ 4 ทำให้แผนที่ครัวเรือนวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มีความสมบูรณ์ สามารถนำมาใช้ในการประกอบการวางแผนลดการใช้บุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบ และร่วมค้นหาศักยภาพของชุมชนจากผู้ที่มีประสบการณ์เลิกสูบบุหรี่ในชุมชน พบแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่นและกลุ่มเสี่ยง 6 ประเด็น คือ 1) การสร้างเครือข่ายการทำงานผ่านการจัดเวทีชุมชน ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น 2) การเผยแพร่ความต้องการในการป้องกัน และลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น 3) การร่วมกลุ่มผู้มีจิตอาสา และความรับผิดชอบของผู้ถอดบทเรียนจากประสบการณ์ และสร้างแรงจูงใจในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ 4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของโรงเรียน วัด บ้าน ครอบครัว เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นและประชาชนทั่วไป 5) การประชาสัมพันธ์กิจกรรมผ่านหอกระจายข่าวของหมู่บ้านและในโรงเรียน แก่ผู้ปกครองไม่ใช้เด็กและพระใช้เณรไปซื้อบุหรี่ 6) นำมาตรการทางกฎหมายมาใช้อย่างเป็นรูปธรรมคือร้านค้า ในชุมชนติดป้ายไม่จำหน่ายบุหรี่แก่เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี และกำหนดเขตห้ามสูบบุหรี่ในชุมชน

สรุปได้ว่ากระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมหรือ PAR เป็นหนึ่งในกระบวนการที่สร้างเสริมศักยภาพให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ และเข้าใจปัญหาของตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพ สามารถวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา สร้างความตระหนักต่อปัญหาและดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นำไปสู่กระบวนการมีส่วนร่วมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ภาคภูมิใจ และนำไปสู่การพึ่งตนเองในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ระยะที่ 1 ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ทำให้เข้าถึงวิธีคิด ความเชื่อ แนวทางในการป้องกันการใช้บุหรี่ในวัยรุ่น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่ได้จากการศึกษา ไปปฏิบัติใช้ในชุมชนต่อไปและควรมีการศึกษาถึงผลที่ได้จากการนำวิธีการเลิกสูบบุหรี่ไปใช้ในชุมชนเพื่อพัฒนาแนวทางในการป้องกันการใช้บุหรี่ในชุมชนต่อไป

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาความต้องการของชุมชน พบว่าชุมชนต้องการแก้ไข ปัญหาการสูบบุหรี่โดยการตัดวงจรการสูบบุหรี่ เพื่อไม่ให้เด็กเข้ามาเป็นสมาชิกผู้สูบรายใหม่ เพื่อเป็นการยืนยันผลการศึกษาควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนบนวิถีชีวิตและภูมิปัญญาที่ชุมชนสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม

3. การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ชุมชนเริ่มตื่นตัว และเกิดความตระหนักถึงปัญหาการสูบบุหรี่ของชุมชน ซึ่งประเมินได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ แสดงความคิดเห็นที่

หลากหลายจึงน่าจะมีการศึกษาเพื่อพัฒนาชุมชนในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ โดยการขยายวงกว้างออกไปทั้งตำบล

3.4 ควรพัฒนาคู่มือการเสริมกำลังใจให้สมาชิกครอบครัวโดยคนในชุมชน

3.5 การทำแผนที่ครัวผู้ที่มีการสูบบุหรี่และผู้ที่มีประสบการณ์ในการสูบบุหรี่ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นได้ โดยการฉายภาพการใช้บุหรี่ของสมาชิกในชุมชน เพื่อให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาร่วมค้นหาศักยภาพ และทนทางสังคมจากมุมมองของชุมชน สู่ครอบครัว จนเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายระดับตัวบุคคล คือ กลุ่มวัยรุ่น ซึ่งการนำแผนที่ครัวเรือนการสูบบุหรี่ไปใช้ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ในการศึกษา

3.6 ในการแก้ไขปัญหาในวัยรุ่น จำเป็นต้องเข้าใจถึงพัฒนาการของความเป็นวัยรุ่น เพื่อที่จะช่วยส่งเสริม ดูแลให้เด็กเจริญเติบโตไปในทางที่ดีต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นฤมล สินสุพรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจารย์อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำรวมทั้งเสียสละเวลาในการตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนฝึกฝนผู้วิจัยให้มีกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา และขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ลักขณา เติมศิริกุลชัย. รายงานการประเมินสมรรถนะด้านประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายควบคุมยาสูบของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.(2553).
2. เติมศิริกุลชัย, ล., เบญจกุล, ศ., & เก่งการพานิช, ม. อัตราการเลิกบุหรี่. ประเทศไทย. (2552).
3. ประกิต วาทีสาธกกิจ. สารานุกรมไทยสำหรับเด็กและเยาวชนไทยโดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เล่ม 28. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่. (2547).
4. เดือนทิพย์ เขษมโอภาส และพรทิพย์ ชีวพัฒน์ . ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)สาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553).
5. ฉันชาย สิทธิพันธุ์. โล่งอก--กับปอดสุขภาพดี = Healthy lung. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น. (2553).
6. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2548 ; Murray & Lopez, 1996 ; World Bank, (1999).
7. สมจิต แดนสีแก้ว . การควบคุมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมแบบมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ = Journal of nursing and health care. ห้องสมุดวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (2548) .
8. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อรักษาผู้ติดบุหรี่. กรุงเทพฯ :ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. (2546).
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการสูบบุหรี่. ประเทศไทย. (2544).
10. Needlman.R.D. Growth and development.In Kliegman. R.M., Behrman, R.E., & Arvin, A.M.(Eds), Nelson : Textbook of pediatrics. 15th ed. Philadelphia : W.B. Saunders. (1996).

11. เรณู พุกบุญมี, 2540 อ้างถึงใน สุวรรณี แสงอาทิตย์, บทบาทหน้าที่ที่แท้จริง. (2550).

12. สุชา จันทร์เอม. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพาณิช. (2529).

13. สุชา จันทน์เอม, พัฒนาการของวัยรุ่นตอนปลาย. (2540).

14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนาคำ. ข้อมูลพื้นฐานตำบลหัวนาคำ ประจำปีงบประมาณ 2559. ขอนแก่น : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนาคำ (เอกสารอัดสำเนา). (2559).

15. อมรา พงศาพิชญ์. ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2536).

16. โสภณา เหลืองวนาวัลย์. การวิจัยเชิงคุณภาพ : การวิเคราะห์ข้อมูล. ข่าวสารการศึกษา,14(3), กุมภาพันธ์ – มีนาคม. (2534).

17. ขนิษฐา นันทบุตร และสุวิภา โกสุมวัชราภรณ์ ความสำคัญ และแนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชน. เอกสารการสอนวิชาการพยาบาลชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น :โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. (2546).

18 Jeanne และคณะ . S The Jeanne d'Arc Basin Offshore Canada: Testing the Predictive Capacity of PhaseKinetic Models Using 3D Basin Modeling (2005).

19. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. (2546).

20. นิรุจน์ อุทธา และคณะ. สิ่งกระตุ้นทางพฤติกรรมที่ทำให้อยากสูบบุหรี่. วารสาร Betterthan. 1(ตุลาคม 2547 – มกราคม 2548) (2548) ,14- 15.

21 สุภกร บัวสาย และคณะ. (2541). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. สถานการณ์,18(2) 25- 30.

22. สายรุ้ง โพธิ์เชิต. เหตุผลของการงดสูบบุหรี่ของนักเรียนชาย ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพวิทยาลัยเทคนิคเพชรบูรณ์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.(2538).

23. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือสำหรับทันตบุคลากรวิธีช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. กรุงเทพฯ : สมาคมอนามัยแห่งประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2543).

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ ของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of a Self-efficacy Enhancement Program on the Line Application among Obese Working Population at SiRattana District, SiSaKet Provice

วนิดา อินรัสพงศ์ [1], ดวงกมล ปิ่นเฉลียว [2]

Wanida Inratsapong [1], Daungkamol Pinchaleaw [2]

(Received: August 16,2018; Accepted: September 11 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนระดับ 1 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีรัตนะ จำนวน 44 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (1997) ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับลดน้ำหนัก แผนการสอน และสมุดบันทึกกิจกรรมการลดน้ำหนัก และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แอพพลิเคชั่นไลน์ ภาวะอ้วน ประชากรวัยทำงาน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-efficacy enhancement program on the line application. This study examined food consumption behaviors, physical activity, body mass index, and a waist circumference of obese working population at Srirattana District, Sisaket Province. The sample were 44 working population who lived at Srirattana district, Sisaket Provice, selected by the simple random sampling technique, and they were divided into the experimental (22) and the comparative (22) groups. The research instruments included: 1) the self-efficacy enhancement program which was developed based on the perceived self-efficacy concepts of Bandura (1997), consisting of a handbook of weight reduction method, a lesson plan, and a weight reduction activity record form and 2) the food consumption behaviors and physical activity questionnaires. The reliabilities of these two questionnaires were .83 and .81 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The result revealed as follows. After attending the program, food consumption behaviors and physical activity of obese working population were significantly better than before attending the program, as well as these result were better than the comparative group ($p < .05$). Also, body mass index and the waist circumference of the experimental group were significantly less than before attending the program, as well these results were significantly less than the comparative group ($p < .05$).

Keywords: Self-efficacy, Line Application, Obesity, Working population

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง, อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย $\geq$ 25 กก./ตร.ม.) ประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย $\geq$ 30 กก./ตร.ม.) อย่างน้อย 600 ล้านรายคิดเป็นร้อยละ 39 ของผู้ใหญ่ทั้งหมด (WHO, 2015) [1] สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จะเห็นได้จากผลการสำรวจข้อมูลของสุขภาพคนไทย ปี 2560 พบว่า ในปี พ.ศ. 2548 , 2552 และ 2557 อัตราความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นอัตราร้อยละ 28.1, 36.5 และ 37.7 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2557) [2]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคอ้วนส่งผลต่อสุขภาพหลายประการ โดยมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และมะเร็ง นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของโรคข้อเสื่อม นิ่วในถุงน้ำดี และภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (ฆนัท ครุฑกุล, 2553) [3] นอกจากผลกระทบทางร่างกายแล้วยังส่งผลต่อจิตใจ โดยทำให้เสียความภาคภูมิใจ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และยังส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม และคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วนมีหลายประการ ได้แก่ พันธุกรรม การใช้ยาบางชนิด โรคระบบต่อมไร้ท่อ ปัญหาด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะปัญหาด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดการออกกำลังกาย (Blumenkrantz, 1999) [4] นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานยังสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิง ปัจจัยประการหนึ่งที่ทำให้แนวโน้มผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็วในไทย อาจเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา และมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้คนมีวิถีชีวิตที่มีการใช้พลังงานน้อยลง มีการใช้เครื่องผ่อนแรงต่างๆมากขึ้น มีการใช้แรงหรือออกกำลังกายน้อยลง อีกทั้งมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา,2558) [5]

อำเภอศรีรัตนะ เป็นอำเภอหนึ่งที่ประสบปัญหา ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากการสำรวจสุขภาพประชาชน ในปีพ.ศ.2559-2561 พบ ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากที่สุดในประชากรวัยทำงาน อายุ 35-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.40, 31.19 และ 31.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีรัตนะ ได้กำหนดนโยบายส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งจัดตั้งคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Clinic:DPAC) ตั้งแต่ปี 2553 โดยให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใช้แนวคิดในการดูแลสุขภาพตามหลักการ 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้ โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินยังคงทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังมีปัญหาของผู้รับบริการ คือ ไม่มาตามนัด ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีการติดตามผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ผู้รับบริการจึงไม่สามารถควบคุมหรือลดน้ำหนักได้ ส่งผลให้ภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จได้แก่ ตัวบุคคลเอง การที่จะให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักจะต้องส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจ รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง (ศศิธร อุตสาหกิจ, 2551; วรรัตน์ สุขคุ้ม, 2551; นัฐพร กกสูงเนิน, 2552) [6,7,8] สอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, A,1997) [9] ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชากรในชุมชน จึงนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ

กิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนให้เหมาะสม เพื่อจะช่วยให้สามารถลดค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลง ร่วมกับการนำแอพพลิเคชั่นไลน์มาใช้กับประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน เพื่อติดต่อสื่อสาร ติดตามการปฏิบัติพฤติกรรม สนับสนุนข้อมูลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ได้แก่ พูดชักจูง ชักชวนให้ปฏิบัติกิจกรรมลดน้ำหนัก กระตุ้นเตือน และเป็นการเสริมแรง ผ่านข้อความ รูปภาพ และสติ๊กเกอร์ โดยส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงาน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ ส่งผลให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงตามมาด้วย ทำให้ลดความรุนแรงจากปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะอ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ระภระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest control group design) ดำเนินโปรแกรมอยู่ระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2561 ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคคลวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 18-59 ปีและมีภาวะอ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร2 อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโซนสุขภาพที่ 1 อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชากรวัยทำงานทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี และมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัม/เมตร2 อ่านออกเขียนได้ ไม่เคยลดน้ำหนักด้วยยาภายใน 1 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ อยู่ในพื้นที่โซนสุขภาพที่ 1 และยินดีเข้าร่วมวิจัย คำนวณขนาดของตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ = .58 ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 24 คน ระหว่างการทดลองตัวอย่างขาดหายไป 4 คน เหลือกลุ่มตัวอย่าง 44 คน กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching paired) ตามตัวแปรเพศ อายุและดัชนีมวลกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ โดยจัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งหมด 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1.1 กิจกรรมให้ความรู้และฝึกทักษะ ประกอบด้วยกิจกรรม ดูวิดิทัศน์ ให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก สาธิตการคำนวณพลังงานและสัดส่วน

อาหาร การประเมินภาวะอ้วนของตนเอง การฝึกทักษะการคำนวณพลังงานอาหาร สาธิตและฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยการเดินเร็วและการแกว่งแขน มอบและแนะนำสมุดบันทึกกิจกรรมลดน้ำหนัก

1.1.2 กิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมลดน้ำหนัก มีกิจกรรมดังนี้

1) การชักจูงด้วยคำพูด ให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตนเพื่อลดน้ำหนัก ให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคอ้วน จับคู่หูเพื่อร่วมกันพูดชักจูงเพื่อลดน้ำหนักและตั้งเป้าหมายแต่ละสัปดาห์

2) การใช้ตัวแบบหรือสัญญาลักษณ์ โดยใช้ตัวแบบมีชีวิตที่เคยประสบปัญหาโรคอ้วน แล้วประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค

3) การกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงการปฏิบัติพฤติกรรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เพื่อลดน้ำหนัก แข่งขันลดน้ำหนัก และให้แรงเสริมโดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ และให้รางวัลผู้ที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย

4) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยให้คู่หูที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึกปฏิบัติการคำนวณแคลอรี่ที่ควรได้รับ ฝึกบันทึกปริมาณและชนิดอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ประเมินภาวะอ้วนของตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมาย เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง

1.1.3 กิจกรรมการใช้ไลน์แอพพลิเคชั่น มีกิจกรรมดังนี้คือ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก กระตุ้นเตือนชักชวนทำกิจกรรมลดน้ำหนัก ติดตามและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้ลดน้ำหนัก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ให้กำลังใจ ชมเชย ผ่านทางข้อความและสติ๊กเกอร์และติดตามการปฏิบัติกิจกรรมควบคุมน้ำหนัก โดยกำหนดส่งข้อความอาทิตย์และ 3 ข้อความขึ้นไป

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน

1.3 วีดีทัศน์โรคอ้วนและกิจกรรมทางกาย

1.4 แผนการสอน

2.เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูง สายวัดรอบเอว และสมุดบันทึกกิจกรรมลดน้ำหนัก

3. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงท่ากับ 0.83 และ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรอบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนสิทธิ์ที่จะยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา รวมทั้ง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (M) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired T-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ t-test แบบ Independent t-test

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.90 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยเท่ากันคือ 44.05 ปี และอยู่ในช่วง 45-49 ปีมากที่สุดร้อยละ 40.09 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 90.90 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36.40 และ ร้อยละ 40.09 และมีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทเท่ากันทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 45.45 รายได้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 54.55 และร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 40.90 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่เคยลดน้ำหนัก คิดเป็นร้อยละ 81.80 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และเหตุผลที่ต้องการลดน้ำหนัก คือเพื่อสุขภาพดี ร้อยละ 40.90 และ 54.55 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าดัชนีมวลกายมากที่สุดอยู่ระหว่าง 25-25.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีค่าเฉลี่ยความยาวเส้นรอบเอว เท่ากัน และมีความยาวรอบเอวมากที่สุดอยู่ระหว่าง 85-89 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 54.55

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			t	*p-value*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	30.54	3.72	ปานกลง	30.31	3.82	ปานกลาง	-.20	.843
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	39.27	3.19	มาก	30.50	4.57	ปานกลาง	-7.37	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับกิจกรรมทางกายของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			t	*p-value*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมปรแกรม	28.72	3.25	น้อย	28.50	3.71	น้อย	-.21	.830
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.36	2.12	ดีมาก	29.18	3.85	ปานกลาง	-7.65	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1และ 2 พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n =22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n =22)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมปรแกรม	27.14	1.48	27.13	1.47	-.017	0.986
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	25.89	1.57	27.16	1.49	2.74	0.009*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n =22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n =22)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	87.09	3.95	87.09	3.85	0.000	1.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	83.18	4.05	87.05	3.78	3.26	0.002*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 และ 4 พบว่า ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถช่วยลดน้ำหนักประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนได้ เนื่องจากโปรแกรมนี้ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของBandura (1997) ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลรับรู้หรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลทั่วไปพบว่า ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีแรงจูงในในการลดน้ำหนักเพราะอยากมีสุขภาพดี ไม่อยากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นว่าประชากรวัยทำงานเห็นถึงประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้โรคอ้วน และอันตรายของโรคอ้วน เพื่อให้กลุ่มทดลองเห็นซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากการให้ความรู้เป็นปัจจัยขั้นแรก และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติในขั้นต่อไปได้ (อัจฉรา รัตนวงศ์, 2551) [10] สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 11 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีขนาดพอเหมาะที่จะให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการซักถามข้อสงสัยและผู้วิจัยตอบข้อสงสัยได้อย่างชัดเจนทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการปฏิบัติ ความรู้จึงเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ การตั้งเป้าหมาย โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์สาเหตุของการมีภาวะอ้วน และไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ ตั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว ที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มมากยิ่งขึ้นจากการประสบความสำเร็จในการลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเองตามแนวคิดของBandura (1997) โดยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ทั้งด้านการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย การชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งพบว่า ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์โดยตรงว่า ตนกระทำได้สำเร็จก็จะทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ ยังมีการให้รางวัลแก่กลุ่มตัวอย่างคู่หูที่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักในระดับหนึ่ง เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของผู้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ตัวอย่างยังได้แรงสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่มไลน์ “หุ่นสวย สุขภาพดี” โดยใช้ไลน์ในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับเมนูอาหาร สำหรับลดน้ำหนัก ผ่านทางข้อความ และสติ๊กเกอร์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้น การใช้คำพูดเพื่อชักจูงให้กลุ่มตระหนักต่อโรคอ้วน และการพูดจาโน้มน้าวถึงความสำคัญของการลดน้ำหนัก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยผู้วิจัยสร้างความมั่นใจว่า สามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้อย่างแน่นอน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเห็นคล้อยตาม และนำไปสู่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ(ดวงปรีดา เรืองทิพย์,2552) [11] สอดคล้องกับคำกล่าวของแบนดูรา ที่ว่า การได้รับคำแนะนำหรือการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากผู้ที่มีความรู้และเป็นที่นับถือ ให้เชื่อในความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้บุคคลนั้นหายสงสัย (Self-doubt) และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จตามที่มุ่งหวัง นอกจากนี้ ตัวแบบมีชีวิตที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักและคู่หูที่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ มาเล่าประสบการณ์การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ จะเป็นการกระตุ้นหรือชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ว่า ตนเองก็สามารถจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้

ดังนั้นการพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองจะทำให้ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายเพื่อลดน้ำหนักตามที่ต้องการได้ ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองจึงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้นจากปานกลาง เป็นระดับมาก ส่วนกิจกรรมทางกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเช่นกัน จากระดับน้อย เป็นระดับมาก

อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคและกิจกรรมทางกาย สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวดันแต่สูงขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับ ปานกลาง และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อย เช่นเดิม ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภาวะอ้วนได้รบการดูแลจากเจ้าหน้าที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับความรู้จากแหล่งอื่นเพิ่มเติม เช่น สื่อโทรทัศน์ วารสารต่างๆ อินเตอร์เน็ต ทำให้กลุ่มเปรียบเทียบสามารถพัฒนาความรู้และการดูแลสุขภาพตนเองในการลดน้ำหนักได้เช่นกัน

นอกจากนี้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบด้วย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนัก ได้แก่ การควบคุมอาหาร และเพิ่มกิจกรรมทางกาย อย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายเพื่อลดน้ำหนักได้นั้นต้องมีการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนว่า ตนเองสามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับนัฐพร กกสูงเนิน(2552) [8] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการควบคุมน้ำหนักของประชาชนในกลุ่มต่างๆที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีภาวะอ้วน โดยได้นำการรับรู้ความสามารถตนเองของแบบดูร่ามาใช้จัดกิจกรรมเพื่อลดน้ำหนัก ส่งผลให้หลังทดลองกลุ่มทดลองสามารถลดขนาดเส้นรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายได้ จากผลการจัดกิจกรรมให้ กลุ่มตัวอย่างจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนัก ได้แก่ การควบคุมปริมาณอาหารให้เหมาะสมต่อพลังงานที่ได้รับใน 1วัน และการเพิ่มการทำกิจกรรมทางกายในทุกๆ วัน อย่างน้อย 30-45 นาที อีกทั้งมีแรงสนับสนุนจากเพื่อนคู่หู ชักชวนกันลดน้ำหนัก กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในรูปข้อความ เช่น วันนี้อย่างลืมออกกำลังกายนะคะ""กินน้อย ลดโรค ลดอ้วน" รูปภาพ และสติ๊กเกอร์ทางกลุ่มไลน์ เช่น "สู้ๆๆ""สุดยอด" สอดคล้องกับสุดาสินี สุทธิฤทธิ์ (สุดาสินี สุทธิฤทธิ์ ,2560) [12] ที่นำแอพพลิเคชั่นไลน์มาใช้ในการลดน้ำหนักในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขลดลง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การที่ให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักทุกสัปดาห์ ประเมินภาวะอ้วนของตนเอง โดยชั่งน้ำหนักและเส้นรอบเอวในทุกวันอาทิตย์ บันทึกลงในสมุดบันทึกกิจกรรมลดน้ำหนัก กล่าวชมเชย และให้รางวัลสำหรับผู้ที่ลดน้ำหนักได้มากที่สุด จึงเป็นแรงกระตุ้นอารมณ์ทางด้านบวก ที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น เกิดความมั่นใจทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน สามารถนำเอาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ ไปปฏิบัติต่อเนื่องและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปแนะนำ เผยแพร่แก่ประชากรที่มีภาวะอ้วนในชุมชนได้

2. เจ้าหน้าที่และทีมสุขภาพ สามารถนำรูปแบบโปรแกรมดังกล่าวไปปรับใช้ในประชากรกลุ่มที่มีภาวะอ้วน โดยจัดประชุม ชี้แจงและนำเสนอรูปแบบโปรแกรมร่วมกับการใช้แอพพลิเคชั่นไลน์

3. ควรเพิ่มการติดตามผลการใช้โปรแกรมระยะยาวเป็น 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียวและรองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์มัมพร เกษโกมล อาจารย์ที่ปรึกษา ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ และติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดนับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization media care. Obesity and overweight Fact sheet [Online]. URL http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2561, 2005.

2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นนทบุรี, 2557.

3. ฆนัท ครุฑกูล. ปฏิบัติการฝ่าวิกฤต พิชิตอ้วน พิชิตพุง. พิมพ์ครั้งที่ 4. สำนักพิมพ์สุขุมวิทมีเดียมาร์เก็ตติ้งจำกัด กรุงเทพมหานคร, 2553.

4. Blumenkrantz,M. Obesity:The world 's Oldest Metabolic disorder. URL http:/www.Quantumhcp.com/obesity.htm สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2561, 1999.

5. จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา. คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.กรุงเทพมหานคร, 2558.

6. ศศิธร อุตสาหกิจ. ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน . มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก, 2551.

7.วรรัตน์ สุขคุ้ม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ* . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร, 2551.

8. นัฐพร กกสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนักพฤติกรรมการ ลดน้ำหนักค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบวงเอวของหญิงก่อนวัยทองที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี, 2552.

9. Bandura, A. “Self- efficacy :Toward a unifying theory of behavior change”. Psychological review. 84 : 191-215, 1997.

10. อัจฉรา รัตนวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การดูแลบุตรของมารดา ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ . วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร . 2551.

11. ดวงปรีดา เรืองทิพย์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเท้าและพฤติกรรมการ ดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2ในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี. 2552.

12. สุดาสินี สุทธิฤทธิ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอพพลิเคชั่นไลน์ของ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ตำบลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ ธานี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน . มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี, 2560.

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

Factors Predicting Competencies in Elderly Care of Professional Nurses in Tambon Health Promoting Hospitals, Khon Kaen Province

เกษสุวรรณ สังหาวิทย์[1],สุทธีพร มูลศาสตร์[2],วันเพ็ญ แก้วปาน[3]

Kedsuwan Sanghawit , Sutteeporn Moolsart , Wonpen Kaewpan

(Received: May 21,2018; Accepted: June 28,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (2) อำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 125 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล (2) การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ (3) ปัจจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และ (4) สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาของส่วนที่ 2, 3, และ 4 เท่ากับ .99, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบราค เท่ากับ .99, .95 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหพันธ์แบบเพียร์สัน สถิติที และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การประเมินผู้สูงอายุ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุและการประสานงานกับสหวิชาชีพ ส่วนด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (2) ระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r = .078) ประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r = .135) การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง (r = .282) กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ร้อยละ 36.5 ดังนั้น ปัจจัยทำนายเหล่านี้ควรได้รับการพัฒนาเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่ดีต่อไป

คำสำคัญ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ1, พยาบาลวิชาชีพ2, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล3

Abstract

This predictive research aims to study: (1) the competencies of registered nurses for elderly health care in sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province; (2) the predictive influences of personal factors, related to

[1] นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] อาจารย์ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

experience and achievement motivations in elderly health care, to the competencies of registered nurses for elderly health care in sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen Province.

The sample of this research was 125 registered nurses in sub-district health promoting hospitals, affiliated to Ministry of Public Health, located in Khon Kaen Province. A questionnaire was employed as a research instrument. The questionnaire was divided into 4 parts: (1) Personal Information; (2) Perceptions of registered nurses toward the policies of elderly health care; (3) Factors of achievement motivations in elderly heath care; (4) Competencies of registered nurses in elderly heath care. The questionnaire was reviewed and evaluated by 5 reviewers for the content validity. As from the evaluation, the content validity indexes (CVI) of Part 2, 3, and 4 of the questionnaire were 0.99, 1.00, and 1.00 respectively. It also found that the Cronbach's Alpha reliability coefficient were scaled to 0.99, 0.95, and 0.97 respectively. The data was analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment coefficient of correlation, t-test, and stepwise multiple regression analysis.

The result indicated that (1) the competencies of registered nurses for elderly health care had a high level Considered on each part, good attitudes toward elderly was the highest level of all competencies , followed by communication with elderly and with their families, home health care for elderly , geriatric assessment , skills in elderly nursing care , elderly health promotion and risk prevention , and multidisciplinary co-working.While elderly illness management was shown at moderate level .(2) There were positive correlation at high level among working period (r =.078), work experience (r =.135), participation in training courses on elderly health care (r =.282), and the competencies of registered nurses in sub-district health promoting hospitals with statistically significant difference at .05.(3) From the study, perceptions of registered nurses toward the policies of elderly health care, and factors of achievement motivations in elderly heath care can be applied to predict the competencies of registered nurses for elderly health care in sub-district health promoting hospitals for 36.5 percentages. Thus, these predictive factors should be further study to enhance competencies of registered nurses in sub-district health promoting hospitals to be more effectively.

Keywords: competency of elderly health care, registered nurse, sub-district health promoting hospitals

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราการตายลดลง ตลอดจนโครงการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ก็สามารถลดอัตราการเกิดของประชากร สิ่งเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนประชากรโลกทั้งหมด 6,605 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 440 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 จะมีประชากรโลกทั้งสิ้น 8,004 ล้านคน และในจำนวนนี้จะเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,100 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, น .23) และจากการการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2533-2563 ของกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปี 2538 เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2538-2553 พบว่าสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ มีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2538 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 8.1 ปี พ.ศ. 2543 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 9.2 ปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 10.2 และมาในปี พ.ศ. 2553 จะมีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ

คิดเป็นร้อยละ 11 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552) ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (aged society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่ประชากรอายุ 60 ขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดในอีกไม่เกิน 10 ปีข้างหน้า นับจากนี้หรือราว พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) เมื่อประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 และจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มสูงถึง ร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ประมาณ พ.ศ. 2578 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,2559) ในปี 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) จำนวน 5.3 ล้านคน (ร้อยละ 8.2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)จำนวน 2.9 ล้านคน (ร้อยละ 4.5) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 2.0) ในอนาคตอีก 27 ปีข้างหน้า ในปี 2583 ประมาณว่าจะมีประชากรสูงอายุวัยปลาย หรือผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ผู้สูงอายุยิ่ง มีอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความพิการเพิ่มมากขึ้น ในอนาคตเมื่อสังคมไทยสูงวัยมากขึ้น ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2553 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563 สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2548 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 10 ปี2557มีประชากรสูงอายุร้อยละ 15 ปี 2564 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 20และในปี 2574 ร้อยละ 28 ซึ่งคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (สำนักสถิติแห่งชาติ,2557) จากการสำรวจประชากรสูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุในภาคเหนือร้อยละ 18.4 ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 17.0 ผู้สูงอายุภาคกลาง ร้อยละ 13.5และภาคใต้ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ สำหรับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด5อันแรกของประเทศไทย คือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 16.47 เชียงใหม่ร้อยละ 16.39 นครศรีธรรมราชร้อยละ 15.47 ขอนแก่นร้อยละ 15.32 และนครราชสีมา ร้อยละ 15.22 ตามลำดับ (ระบบสถิติทางการลงทะเบียน กรมการปกครอง ,2559) และจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น ปี 2542 มีสัดส่วนร้อยละ 8.03 สถานการณ์ประชากรสูงอายุ ปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 14.49 ปี 2558 ร้อยละ 14.99 และปี 2559 ร้อยละ 15.52 สัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีของจังหวัดขอนแก่น เกินร้อยละ 10 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aged society) ดังนั้นจังหวัดขอนแก่นจึงก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (สำนักงานสถิตจังหวัดขอนแก่น ,2559) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายไปในทางที่เสื่อมสภาพ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยเฉพาะโรคเรื้อรังเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ จากรายงานของกรมอนามัยโลก (2001) พบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุจะป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยเอง จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ากลุ่มประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนของผู้ที่มีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ ซึ่งโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ42.7 รองลงมา คือ โรคระบบต่อมไร้ท่อคิดเป็นร้อยละ 24.3 โรคระบบกล้ามเนื้อเส้นเอ็น กระดูกและข้อ คิดเป็นร้อยละ 20.9 โรคระบบทางเดินอาหาร คิดเป็นร้อยละ 8.5 โรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นนอกจากนี้ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งจะเกิดให้เกิดความเหงา ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และถ้าอยู่ในระดับรุนแรงอาจจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา และขั้นร้ายแรงที่สุดอาจทำร้ายตัวเองและคิดฆ่าตัวตายได้ จากการสำรวจภาวะจิตใจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2550 พบว่าอาการที่เกี่ยวกับสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่มีอาการเป็นประจำสามารถเรียงลำดับได้ดังนี้ 1) ความอยากอาหารลดลง(ร้อยละ 4.0) 2) คิดมาก/วิตกกังวล (ร้อยละ 3.44) 3) หงุดหงิดรำคาญใจ(ร้อยละ 2.86) 4) เหงา (ร้อยละ 2.60) 5) ไม่มีความสุข/เศร้าหมอง(ร้อยละ 1.85) 6) หมดหวังในชีวิต(ร้อยละ 1.78) และ 7) ชีวิตไม่มีคุณค่า (ร้อยละ 1.56) ตามลำดับ ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นไม่ป่วยเป็นโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่จะอยู่ในชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทักษะ เจคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่ามีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ อายุ (จันทิมา บันลือฤทธิ์2558; ยุพิน สุขเจริญ 2558; หทัยรัตน์ ชลเจริญ 2559) การได้รับการฝึกอบรม (จันทิมา บันลือฤทธิ์2558;ชุติมา เขตต์อนันต์ 2556;Zhang An Wang 2552) การประสานงานกับสหวิชาชีพ (จันทิมา บันลือฤทธิ์ 2558) ระยะเวลาทำงาน (Zhang An Wang 2552) ประสบการณ์การทำงาน (กรรณิกา เรืองเดช 2559;ยุพิน สุขเจริญ 2558; หทัยรัตน์ ชลเจริญ 2559) แรงจูงใจการปฏิบัติงาน (ศิริญญ์ รุ่งหิรัญ 2554) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (สุนิต โชติกุล 2553) อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะมีสมรรถนะระดับใดนั้น แมคคลีแลนด์ (McClelland, 1987) กล่าวว่า แรงจูงใจหรือแรงขับภายในทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่สิ่งที่เป็นเป้าหมายและ ก่อให้เกิดสมรรถนะ ดังนั้นเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จ และโมเดลสมรรถนะดังกล่าวอย่างถูกต้องตามทฤษฎี การศึกษาครั้งนี้จึงมีความประสงค์จะศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในองค์การต่างๆ ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ได้แก่ Zhang An Wang (2552) สมรรถนะทางการพยาบาลตามความคาดหวังและความเป็นจริงของพยาบาลในสถานบริการระยะยาว เมืองหนานหนิง มลฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 319 คน และในสถานดูแลระยะยาว 32 แห่ง พบว่าสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในขณะที่สมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความเป็นจริงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความคาดหวัง และสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความเป็นจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001) และพบว่าปัจจัยด้านการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความคาดหวัง และปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานและระยะเวลาทำงานในสถานดูแลระยะยาวสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความเป็นจริงของพยาบาล (p-value= .021,0 .042) สุธาสินี ช่วยใจดี (2559) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาลในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 8 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 6 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้าน (จำนวน 55 ข้อ เป็นรายการที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 46 ข้อ และระดับมาก 9 ข้อ) ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุ 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว 3) สมรรถนะด้านการสื่อสาร 4) สมรรถนะด้าน การจัดการสิ่งแวดล้อม 5) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและบริหารจัดการองค์กร 6) สมรรถนะ ด้านการจัดการด้านการเงิน และ 7) สมรรถนะด้านการศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่ จันทิมา บันลือฤทธิ์และปรียากมล ซ่าน(2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 286 คน พบว่า (1) สมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (2) สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (3) ปัจจัยส่วนบุคคลกับ

สมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value=.000) รวมถึงสมรรถนะการคิดเชิงวิเคราะห์/ความถนัดการทำวิจัยและการดูแลที่สำคัญมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งงาน (p-value =.009 และ .036) (4) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value=.001) ส่วนอายุและตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะรายด้าน ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (p-value=.000, .021) การวางแผนการจำหน่าย (p-value= .020, .000) และการประสานงานกับสหวิชาชีพ (p-value=.027) และพบความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ตำแหน่งงานและขนาดของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับความเจ็บป่วย(p-value=.032,.004,.007)ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะการจัดการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษาและขนาดของหน่วยบริการ ด้วยเหตุดังกล่าว การศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงมีความสำคัญเพื่อจะได้นำผลการศึกษา ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ซึ่งจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีหลายปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลให้สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษาและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน) ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ) และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพฤติกรรมพึงประสงค์ เหมาะสมกับหน้าที่และหล่อหลอมการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติภาระกิจในหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น และด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดของสถาบัน American Association of Colleges of Nursing: AACN (2000) และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุของสภาการพยาบาล และในเมืองนานนิง ประเทศจีน โดย Zhang An Wang (2552) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระบบการดูแลระยะยาว มาใช้เป็นกรอบในการกำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การศึกษาและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน) ประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ) และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ) และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive design)) มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การดูแล

ผู้สูงอายุ การอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยทำนายต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 188 คน ใช้ค่าอำนาจการทดสอบ โดยใช้ G*power program โดยกำหนดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 7 ตัวแปร กำหนดให้ความผิดพลาด ชนิด alpha error probability เท่ากับ 0.02 ค่าอำนาจในการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.98 และ effect size ที่ได้จากการคำนวณค่า correlational coefficient = 0.518 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สุขภาพ วัฒนธรรมการทำงานแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากครอบครัว และจำนวนชั่วโมงการทำงาน กับ สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้จากงานวิจัยของ ฐานิดา ทิพวาที (2560) มีค่าเท่ากับ 0.36 โปรแกรมคำนวณได้จำนวนตัวอย่าง 87 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ป้องกันการสูญหายของแบบสอบถาม และความไม่ครบถ้วนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคาดว่าจะเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนหรือสูญหายเท่ากับ ร้อยละ 30 คำนวณขนาดตัวอย่างที่ปรับค่าใหม่และปัดเลขให้เป็นจำนวนเต็ม ได้เท่ากับ 125 คน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดตัวแปรในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย คำถาม 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่ 4 สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งมีขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือแต่ละส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิดชนิดเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ครอบคลุมองค์ประกอบด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ การศึกษา ตำแหน่งและระยะเวลาปฏิบัติงานประสบการณ์ในการทำงาน การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามปลายปิด ชนิดเลือกตอบ และแบบสอบถามการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เป็นคำถามเชิงบวก รวมทั้งหมด 8 ข้อ มีมาตรการวัดเป็นระดับช่วง (interval scale) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ ไม่เคยรับรู้นโยบายในข้อความนั้นเลย รับรู้นโยบายในข้อความนั้นได้แต่ไม่ค่อยชัดเจนเท่าไร ชัดเจนปานกลาง ชัดเจนเป็นส่วนใหญ่ และชัดเจนมากที่สุด ส่วนที่ 3 ปัจจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูองอายุ สร้างตามแนวคิดของแมคคลีแลนด์ (McClelland, 1987) ผู้วิจัยปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ โดยผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน นำมาแก้ไขและทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย เป็นคำถามเชิงบวก รวมทั้งหมด 6 ข้อ มีมาตรการวัดเป็นระดับช่วง (interval scale) ลักษณะแบบสอบถามเป็น มาตรประมาณค่า (rating scales) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มีแรงจูงใจตามข้อความนั้นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนที่ 4 สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุของ American Association of Colleges of Nursing: AACN (2000) และขอบเขตและสมรรถนะการ

ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาพยาบาลผู้สูงอายุของสภาการพยาบาล โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยผ่านความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน นำมา แก้ไขและทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาใช้ทั้งหมด จำนวน 8 ด้าน คือ 1. การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ 2. การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว จำนวน 8 ข้อ 3. การประเมินผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ 4. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 6 ข้อ 5. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ 6. การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ 7. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 7 ข้อ และ 8. การประสานงานกับสหวิชาชีพ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ คือ มีสมรรถนะตามข้อความนั้นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด รวมทั้งสิ้น จำนวน 60

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาแล้ว นำแบบสอบถามไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้ สถิติพรรณนา เพื่อวิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านการรับรู้นโยบาย การดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์การอธิบายผลการศึกษาด้วยการทดสอบความสัมพันธ์ในลักษณะของการส่งผลต่อกันระหว่าง ตัวแปรอิสระหลายตัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม คือ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ใช้สถิติอ้างอิงแบบพาราเมตริก (Parametric statistics) ในการทดสอบสมมติฐาน ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (interval scale) หรืออัตราส่วนสเกล (ratio scale) ดังนี้ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ใช้สถิติที (t-test) และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 125 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.95 ปี กลุ่มอายุ 41-50 ปี มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 76.8 และตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 88.8 ระยะเวลาปฏิบัติงาน เฉลี่ยเท่ากับ 16.77 ปี กลุ่มระยะเวลาปฏิบัติงาน 21-30 ปี มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 35.2 ประสบการณ์ในการทำงาน เฉลี่ยเท่ากับ 8.747 ปี กลุ่มระยะเวลาปฏิบัติงาน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 48.8 และส่วนใหญ่เคยได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 66.4 (ตารางที่ 1)

2. การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง รับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ โดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 4.05, SD = .51) เมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ จากจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คือ ข้อ (2) หน่วยงานของท่านมีนโยบายส่งเสริมให้พยาบาลเข้าประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 37.6

รองลงมา ได้แก่ ข้อ (1) หน่วยงานของท่านมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และ ข้อ (6) หน่วยงานของท่านมีนโยบายให้ผู้สูงอายุและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละเท่ากัน 28.0 ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุเลย ได้แก่ ข้อ (6) หน่วยงานของท่านมีนโยบายให้ผู้สูงอายุและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.0

3. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 4.10, SD = .57) (ตารางที่ 4.3) เมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ จากจำนวนทั้งหมด 6 ข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ คือ ข้อ (1) ท่านมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 32.8 รองลงมา ได้แก่ ข้อ (4) ท่านมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการทำงาน และ ข้อ (6) ท่านต้องการเป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อทำให้หน่วยงานประสบความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 32.0 และ 28.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

4. สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 3.91, SD = .49) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เป็นสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุด (M = 4.48, SD = .47) รองลงมาได้แก่ การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว (M = 4.29, SD = .47) ส่วนด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.46, SD = .60) (ตารางที่ 4)

5. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยด้านการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ กับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปรอิสระ	**R**	**p-value**
อายุ (ปี)	.065	.475
อายุ (จัดกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม)	.050	.581
ระดับการศึกษา	.010	.915
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง	-.058	.523
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานใน รพ.สต.	.081	.370
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	.135	.134
การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	.282*	.001
การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ	.485*	<.001
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	.560*	<.001

*p-value < .05

ดังนั้น ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน(Stepwise) โดยผู้วิจัยได้นำตัวแปรทั้ง 3 ตัว เข้าสมการเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

6.ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรอิสระที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล\

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ	1.729	.553	.265	3.13	.002
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ	3.299	.661	.422	4.988	<.001
ค่าคงที่ 97.63 ; SE = 16.87 R = .604 R^2 = .365 adjust R^2 = .355 F=9.79 p-value = .002					

จากตาราง 1 พบว่า ตัวแปรอิสระ 2 ตัวที่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับร้อยละ 36.5 (R^2 = .365)

สรุปได้ว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p=.002)

ข้อเสนอแนะ

1.ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเด็นการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น การจัดการกับการนอนไม่หลับ การจัดการกับความเจ็บปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้สูงอายุ การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาหลายชนิด การจัดการอาการท้องผูกและการจัดการกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุ

2. องค์ความรู้หนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น เช่น การจัดการกับภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

3. ควรมีการประยุกต์ความรู้ และประสานเครือข่ายวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือก มาใช้ในการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุ เช่น การใช้สมุนไพรนวด ประคบ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการศึกษาเชิงลึกและขยายกลุ่มประชากรไปยังกลุ่มที่ดูแลผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว อสม. จิตอาสา และชุมชน

2. ควรศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากปัจจัยอื่น ๆ เช่น นวัตกรรมการทำงานและการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุแยกตามประเภทติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม รวมถึง การจัดการดูแลผู้สูงอายุในกรณีภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสนเฉียบพลัน และการดูแลระยะสุดท้าย เป็นต้น เพื่อให้ได้คำตอบครอบคลุมหลายมิติ

3. ควรทำการวิจัยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นระยะต่อเนื่องเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสภาวะแวดล้อม ทั้งจากภายในและภายนอกองค์การ เช่นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ ระบบการบริหารจัดการในองค์การ และระบบโครงสร้างประชากรไทยกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. ประมวลสถิติที่สำคัญ ของประเทศไทย พ.ศ. 2551. CD-ROM. กลุ่มบูรณาการข้อมูลสถิติ: กรุงเทพฯ. 2551.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: สหยูเนี่ยนครีเอชั่น.2552).
3. นงลักษณ์ พะไกยะ. ระบบการดูแลระยะยาวและ กำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย.2551.
4. World Health Organization. Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services. Report Services 809, Geneva; 1991
5. วชิราวุธ ผลบุญภิรมย์. การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านเก่างิ้ว ตำบลเก่างิ้ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. รายงาน การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.
6. ธงชัย ศรีธน. ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านคอนฉิมพัฒนา หมู่ที่ 9 ตำบลคอนฉิม อำเภอแวงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2553.
7. นพดล เลี้ยงพรหม.ผลการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านจีต อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุขคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2551.
8. ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.2543.

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

Factors Predicting Communication Competency of Professional Nurses in Emergency Unit at Community Hospitals, Ubonratchatanee Province

สุชาดา กองสิน[1], สุทธีพร มูลศาสตร์[2]

Suchada Khongsin, Sutteeporn Moolsart

(Received: April 23,2018; Accepted: June 22,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (2) ความสัมพันธ์ของระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ บรรยากาศการสื่อสารในองค์การ และสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ และ (3) ความสามารถในการทำนายของระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ บรรยากาศการสื่อสารในองค์การต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 158 คน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) แบบแผนการสื่อสาร (3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (4) การรับรู้นโยบายองค์กร (5) บรรยากาศการสื่อสารในองค์การ และ (6) สมรรถนการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบสอบถามมีดัชนีความตรงตามเนื้อหาของส่วนที่ 2-6 เท่ากับ 1.00, .95, 1.00, 1.00 และ .95 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .86, .86, .95, .86, .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า (1) สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก (2) การรับรู้ความสามารถของตนเองและบรรยากาศการสื่อสารในองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสารด้านการตัดสินใจ และการรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (3) ระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสารด้านการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และบรรยากาศการสื่อสารในองค์การสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 29.8

คำสำคัญ สมรรถนะการสื่อสาร1, พยาบาลวิชาชีพ2, งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน3

Abstract

The purposes of this predicted research were: (1) to study communication competency of professional nurses in an emergency unit, (2) to explore the relationships between working experience, communication style, perception of self-efficacy, policy perception related to organizational communication, communication climate in organization, and communication competency of professional nurses, and (3) to investigate the predicted power of working experience, communication style, perception of self-efficacy, policy perception related to organizational communication, communication climate in organization to communication competency of professional nurses in emergency department at community hospitals, Ubonratchatanee province. The sample included 158 professional nurses who had at least 1-year experience in the emergency unit at community hospitals, Ubonratchatanee province. Research tool was a questionnaire comprised six sections: (1) personal data, (2) communication style, (3) perception of self-efficacy, (4) policy perception related to organizational communication, (5) communication climate in organization, and (6) communication competency of professional nurses in the emergency unit. The content validity indexes (CVI) of the second to the six sections were 1.00, .95, 1.00, 1.00, and .95 and Cronbach's alpha coefficients were

[1] นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช

[2]อาจารย์ภาคสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช

.86, .86, .95, .86, and .94, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed as follows: (1) professional nurses rated their communication competency in the emergency unit in total and each domain at the high-level, (2) perception of self-efficacy and communication climate in organization significantly moderately correlated with communication competency. Working experience, communication style in the domain of judging, and policy perception related to organizational communication significantly low correlated with communication competency ($p < .05$). (3) Working experience, communication style in the domain of judging, perception of self-efficacy, and communication climate in organization could predicted communication competency that accounted for 29.8 percent of variance.

Keywords: Communication competency, professional nurses, emergency unit, community hospital

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับระหว่างบุคคลทั้งในรูปแบบทางการและกึ่งทางการ การสื่อสารจึงมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงาน เพื่อใช้เป็นสื่อกลางในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ตลอดจนถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองและองค์กร จากพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 นั้น ได้กำหนดให้สมรรถนะที่จำเป็นและพยาบาลวิชาชีพต้องมีคือสมรรถนะที่ 8 ติดต่อสื่อสารกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล, 2548) จากการศึกษา สปีดเจ กริฟฟิส,คีเลอร์ เอ็ม โฮรน (Grifths , Speed , Horne , Keeley, 2012) สภาการพยาบาล ในสหราชอาณาจักร ได้กำหนดให้สมรรถนะการสื่อสารให้เป็นมาตรฐานและเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บันฑิต ที่ปฏิบัติการให้การพยาบาลเป็นหลักสำคัญ

ในต่างประเทศให้ความสำคัญการกับการศึกษาสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลอย่างมาก อาทิ เช่น ในประเทศบราซิลมีการศึกษาแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลเพื่อให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการสื่อสารทางการพยาบาลของมาลา บราก้า และ จูลา เปียดา ซิลวา (Eliana Mara & Braga1 Maria Júlia Paes da Silva, 2010) ซึ่งศึกษาในผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล จำนวน 13 คน พบว่าความรู้ในการสื่อสาร ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการสื่อสารและบุคลิกภาพส่วนตัวมีผลทำให้เกิดสมรรถนะการสื่อสารที่ดีในเป็นผู้เชี่ยวชาญในการสื่อสารทางการพยาบาล

สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลยังเป็นทักษะพื้นฐานในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้บริการด้านสุขภาพและขยายเป็นรายวิชาเฉพาะในการเรียนการสอนพยาบาลวิชาชีพระดับปริญญาตรี ตลอดจนองค์กรอิสระจากประเทศอเมริกา Joint Commission International (JCI) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้ศึกษาพบว่าสมรรถนะการสื่อสารมีผลต่อมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วย (the Joint Commission, 2010 ,น.1)

ภารกิจห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room : ER) ขึ้นอยู่กับบริบทและขนาดของโรงพยาบาลโดยทั่วไปงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินหรือเรียกกันในวงการวิชาชีพด้านสุขภาพว่างาน ER มีหน้าที่หลักในการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิตหรือกู้ชีพ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือคุกคามชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลา ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับบริการในแผนกต่าง ๆ ได้และรองรับผู้ป่วยกรณีเกิดอุบัติเหตุ-อุบัติภัยหมู่ (จิตร สิทธิอมร, 2549)

การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้การพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยให้การบริการตลอด 24 ชั่วโมง จึงจำเป็นต้องใช้สมรรถนะหลายด้านในการให้การดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะวิชาชีพ ตลอดจนสมรรถนะในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในภาวะวิกฤติ อีกด้วยพยาบาลวิชาชีพจึงนับได้ว้าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บและควรมีสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเฉพาะด้านต่อแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างเพียงพอ (ระวีวรรณ, 2553) ทั้งนี้เนื่องจำนวนผู้บาดเจ็บเข้ารับบริการจำนวนมากขึ้นอย่าง

ต่อเนื่องและบ่อยครั้งเป็นการบาดเจ็บที่หลายระบบซับซ้อน ในการช่วยเหลือ (กฤตยา, 2550)

ปัญหาในการสื่อสารของพยาบาลพบบ่อยครั้งในเรื่องของการเคารพสิทธิผู้ป่วยในการให้การพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย พยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานซึ่งส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยวิกฤติ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดความสามารถทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล จึงก่อให้เกิดความไม่ราบรื่นในการปฏิบัติงาน วลอสแซค ซูสดา & จารอส, (Anna Wloszczak-Szubzda ,Miroslaw J. Jarosz,2013) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เฉลี่ยปีละประมาณ 150 เรื่อง มูลเหตุเริ่มต้นของปัญหามาจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันและเกิดจากความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติร้อยละ 80 เกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (บรรพต ต้นธีรวงศ์. 2551 : 1) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยของวิรุจน์ คุณกิตติ และขนิษฐา นวลไธสง, (2557) เรื่องความคิดเห็นของแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยความเสี่ยงของการร้องเรียน : ศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่เป็นเหตุให้ร้องเรียนมากที่สุดคือ ทักษะการสื่อสารอธิบาย ร้อยละ 93.0 ส่วนด้านผู้ป่วยพบว่า ปัจจัยด้านการให้บริการพบว่า การขาดมาตรฐานของการให้บริการพยาบาลพบมากที่สุด ร้อยละ 71.1

จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโรงพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบทั้งหมด 22 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จำนวน 12 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 10 โรงพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 218 คน พบปัญหาในการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในแต่ละเดือนทุกโรงพยาบาลมีปัญหาข้อร้องเรียนเฉลี่ยเดือนละ 20 ครั้ง ในเรื่องของพฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและไม่เป็นลายลักษณ์อักษร

จากปัญหาในการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทางผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดแนวทางแนวป้องกันและระวังเหตุแห่งความไม่พึงพอใจในบริการและจัดระบบบริหารจัดการในกลุ่มที่เกิดความเสียหายแก่ผู้รับบริการ แต่ด้วยการสื่อสารในปัจจุบันและการเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ตลอดจนช่องทางในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้รับบริการได้รับข้อมูลในการดูแลรักษาที่ไม่เพียงพอหรือการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติซึ่งการเข้าถึงข้อมูลของญาติได้น้อยจึงทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ จึงได้ร้องเรียนการบริการที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนพฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงการติดต่อประสารงานได้มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยในโรคเฉพาะ ซึ่งผู้รับบริการจะพบเห็นเพียงพฤติกรรมใช้ใช่สื่อในการสื่อสาร เช่นโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ จึงเกิดความเข้าใจผิดในการเข้ารับบริการส่งผลต่อความพึงพอใจและการให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างตนจะเห็นได้ว่าสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญมาก เพราะเป็นด่านแรกในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตและทรัพย์สิน การให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นสิ่งที่สำคัญเทียบเท่ากับการสื่อสารที่ประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกับและประสานแนวทางการรักษาที่ถูกต้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการประสานในองค์กรและระหว่างองค์กรเพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะกับภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารของพยาบลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาหาปัจจัยทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระยะเวลาปฏิบัติงานแบบแผนการสื่อสาร การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ และบรรยากาศการสื่อสาร

ในองค์การ และสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ บรรยากาศการสื่อสารในองค์การ ต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอำนาจในการทำนายของระยะเวลาที่ปฏิบัติ แบบแผนการสื่อสาร การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ และบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ ต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น1 และปฏิบัติงานในในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จังหวัดอุบลราชธานีมากว่า1ปี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณกลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

ส่วนที่1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน ชั่งโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ประวัติการฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 แบบแผนการสื่อสาร เป็นคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพด้านคุณลักษณะของการสื่อสาร แบบแผนในการับข้อมูลข่าวสาร แบบแผนการตัดสินใจ แบบแผนการติดต่อกับโลกภายนอก ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากการวัดแบบแผนการสื่อสารของมนุษย์ของ มายเยอร์และบริด (Myers-Briggs, 2016)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถตนเอง ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองจากแบบสอบถาม ของ นาฏวดี จำปาดี (2554) ตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura , 1977)

ส่วนที่ 4 การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง ใช้วัดมาตรฐานขององค์กรด้านการสื่อสาร ของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามบรรยากาศการสื่อสารในองค์การของ วิไล เจียรบรรพต (2558) โดยใช้กรอบแนวคิดของ เพสและฟาลีส (Pace & Faules, 1994) ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาของคำถามเพื่อให้ครอบคลุมกับนิยามตัวแปรของงานวิจัย คือ มีเนื้อหาเน้นบรรยากาศการสื่อสารในองค์การของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 6 สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดของวลอสแซค ซูสดา & จารอส, (Anna Wloszczak-Szubzda ,Miroslaw J. Jarosz,2013) เรื่อง สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ

เกณฑ์การพิจารณาระดับ ระดับความสามารถตนเอง ระดับการรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์การ ระดับบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ และระดับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีคิดจากค่าเฉลี่ยแบบสอบถามดังนี้(นพพร ธนะชัยขันธ์, 2555)

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
4.51-5.00	อยู่ในระดับสูงมาก
3.51-4.50	อยู่ในระดับสูง
2.51-3.50	อยู่ในระดับปานกลาง
1.51-2.50	อยู่ในระดับต่ำ
1.00-1.50	อยู่ในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการบริหารการ

พยาบาลจำนวน 5 ท่าน หลังจากที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และหลังจากได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีษะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบราค (Conbrach's alpha coefficient) = .86,.86,.95,.86 และ.95 ตามลำดับ ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ หาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อวันที่ 25 เดือน กันยายน พ.ศ.2561 เลขที่ 29/2561)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วยเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multriple regression)

ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 162 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.22 ปี กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 59.3) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 99.4 มีเพียงร้อยละ 0.6 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 30,170 บาท โดยมีรายได้สูงสุดเท่ากับ 50,000 บาท รายได้ต่ำสุดเท่ากับ 14,180 บาท ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 90.7 มีเพียงร้อยละ 9.3ที่เป็นพยาบาลระดับบริหาร ระยะเวลาปฏิบัติงานทั้งหมดเฉลี่ย 9.35 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 5-10 ปีมีจำนวนสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.4 มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 6.7 ปี ช่วงระยะเวลาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ 5-10 ปีมีจำนวนสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.6 ชั่งโมงการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์เฉลี่ย 70.47 ชั่วโมง โดยกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงาน 61-80 ชั่วโมง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.6 และประวัติการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ83.3มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่เคยผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารร้อยละ16.7

2.ความสัมพันธ์แบบแผนการสื่อสาร ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์กร บรรยากาศการสื่อสารในองค์การและสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีกับสมรรถนะการสื่อสารพบว่า แบบแผนการสื่อสารโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย (M) เท่ากับ 10.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 10.35

3.ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสารในองค์การ ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์กรและบรรยากาศการสื่อสารในองค์การกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการปฏิบัติงาน กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r =.230) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความสัมพันธ์ของแบบแผนการสื่อสารในองค์การ กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คุณลักษณะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r =.120) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แบบแผนการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .166)กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างและแบบแผนการติดต่อกับโลกภายนอก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .164)กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ความสัมพันธ์ของความสามารถของตนเอง กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.440) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความสัมพันธ์ของการรับรู้นโยบายการสื่อสารองค์กร กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้นโยบายการสื่อสารองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r =.256) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001ความสัมพันธ์ของบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.385) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงานแบบแผนการสื่อสาร ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์กรและบรรยากาศการสื่อสารในองค์การกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	การแปลผล
1. ระยะเวลาปฏิบัติงาน			
1.1 ระยะเวลาปฏิบัติงานทั้งหมด	.230**	0.004	ต่ำ
1.2 ระยะเวลาปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	.143	.073	ไม่มี
2. แบบแผนการสื่อสาร	.	.	
2.1 คุณลักษณะการสื่อสาร	.117	.142	ไม่มี
2.2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	.065	.417	ไม่มี
2.3 แบบแผนการตัดสินใจ	.118*	.140	ไม่มี
2.4 แบบแผนการติดต่อกับโลกภายนอก	.199*	.012	ต่ำ
3. ความสามารถของตนเอง	.440**	.000	ปานกลาง
4. การรับรู้นโยบายองค์กร	.256**	.001	ต่ำ
5. บรรยากาศการสื่อสารในองค์การ	.385**	.000	ปานกลาง

4.ระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสารด้านการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และบรรยากาศการสื่อสารในองค์การสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพได้ร้อยละ 29.8

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรอิสระที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของอำนาจในการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้วิธีการแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (stepwise)

Mode	ลำดับขั้นตัวแปรทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1	บรรยากาศการสื่อสารในองค์การ	.438	.192	.187	37.914	.000
2	ความสามารถของตนเอง	.494	.29.5	.29.8	25.599	.000

p-vlue < 0.05

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1 สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.62 , SD = .39) โดยแยกเป็นรายด้านพบว่า แรงจูงในการสื่อสาร ความรู้ในการสื่อสาร และทักษะในการสื่อสารอยู่ในระดับมาก (M = 3.50 SD = .50 , M =3.67, SD = .46 และ M =3.70, SD = .40 ตามลำดับ) ซึ่งผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ ปาร์ก มิน ซุก (Min sook ,Park ,2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะการสื่อสาร ความสามารถของตนเองและความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลเกาหลีที่ปฏิบัติงานในสถานบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ พบว่า ระดับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการฉุกเฉินทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง(M = 3.45 , SD = .39) การศึกษาของ Jang, (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกล้าแสดงออกของพยาบาล สมรรถนะการสื่อสารและความพึงพอใจในงานและความมุ่งมั่นในองค์กร พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการสื่อสารในระดับสูง (M = 3.57 , SD = .41) ผลการศึกษาของเรืออากาศหญิง ภัทรมน ทับสูงเนิน (2552) ที่ได้ศึกษา สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีสมรรถนะการสื่อสารที่ดีอยู่ในระดับมาก (Md = 4.06 – 4.09 , Ir = .059 - .065) สอดคล้องกับการศึกษา Ayman M Hamdan- Mansou (2014) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อความสามารถในการฝึกทักษะการสื่อสารของพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้ความสามารถในการรับรู้ความสามารถในการสื่อสาร (M = 4.3, SD = .23) สูงกว่าพยาบาล (M = 4.1, SD = .20) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -5.99, p. <.05) อภิปรายได้ว่า งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือและแก้ไขภาวะวิกฤติเสี่ยงต่อชีวิตทั้งในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แล้วส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย หรือสถานบริการอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในระยะเวลาสั้น รวมถึงบรรยากาศในการให้บริการ เนื่องจากมีการเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยเข้าออกตลอด บรรยากาศไม่เงียบสงบ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการสื่อสาร พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะการสื่อสารที่ดี สื่อสารเข้าใจ ชัดเจน เพื่อให้ทันกับเวลาและอาการเจ็บป่วย

การที่กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ปฏิบัติงานบนพื้นฐานวิชาชีพ ซึ่งลักษณะงานเป็นงานที่มีภาวะเร่งด่วนและกดดัน ตลอดจนโรงพยาบาลชุมชนจะมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้น้อยเนื่องจากขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยวิกฤติส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลเบื้องต้นที่โรงพยาบาลชุมชนและนำส่งต่อยังโรงพยาบาลระดับศักยภาพสูง พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะการสื่อสารที่ดี ชัดเจน ถูกต้อง เพื่อใช้ในการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติในระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งเหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วยรายกรณี แต่ด้วยความแออัดและเร่งด่วนด้วยในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว จึงทำให้เกิดการสื่อสารทางเดียวโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ (Mark & Buker , 2013) แม้ว่าจะพยายามดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพในการสื่อสารสูงสุดแต่ยังพบว่าการรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและการให้ข้อเสนอในการร่วมตัดสินใจรักษา มอร์ส และ พรอคเตอร์ (1998)

2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์กร และบรรยากาศการสื่อสารในองค์การกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ระยะเวลาปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอยู่ในระดับต่ำ (r = .175, p-value < .05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษา John Jenkins & Eda Calabria (2011) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินใน4 โรงพยาบาลของอเมริการะยะเวลาในการทำงานมีผลต่อ

การสื่อสารที่ดีในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตลอดจนสภาพแวดล้อมขององค์กร และการศึกษาของ Jack KH Pun, Christian MIM Matthiessen , Kristen A. Murray และ Diana Slade, (2015)[20] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารในแผนกฉุกเฉิน:การรับรู้การสื่อสารของแพทย์และพยาบาลในระบบสามภาษาในฮ่องกงพบว่า ประสบการณ์ในการทำงาน (ระยะเวลา) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีช่วงระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 5-10 ปีมีจำนวนสูงที่สุดยังจัดอยู่ในช่วงสั่งสมประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานเดิมมากกว่า5 ปี เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม จัดอยู่ในระดับผู้ชำนาญ (Expert) (Benner, 1984) ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องแม่นยำและสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความรู้และประสบการณ์ (ธานี อ่วมอ้อ ,2547) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงาน 61-80 ชั่วโมง มีจำนวนมากที่สุด และประวัติการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารเป็นส่วนใหญ่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานที่มากทำให้สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพลดลงไปด้วยจากความเหนื่อยล้าและระยะเวลาปฏิบัติงานที่ยาวนาน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาความสามารถในการสื่อสารระดับสูงขึ้นจะพูดได้ดีกับการพูดที่โน้มน้าว และทักษะเหล่านี้เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ลักษณะงาน และอายุของผู้สื่อสาร (Kate McFarlin,2018)

2.2 แบบแผนการสื่อสาร พบว่ามีแบบแผนการสื่อสารโดยแบ่งเป็นรายด้าน พบว่าด้านคุณลักษณะ. คุณลักษณะการสื่อสาร แบบแผนการตัดสินใจและแบบแผนการติดต่อกับโลกภายนอกความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .120, .166 และ .164 ตามลำดับ) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ยกเว้นแบบแผนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินสอดคลอดกับการศึกษา Njuguna Valentina & Kariuki David (2012) ได้กล่าวว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมด้านกายภาพ ปัจจัยด้านวัฒนธรรมท้องถิ่น)อายุ ภาษา แบบแผนการสื่อสาร วัฒนธรรมมีผลต่อสมรรถนะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีแบบแผนการสื่อสารเปลี่ยนแปลงจากการที่เทคโนโลยีเข้ามามีผลต่อการสื่อสาร พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่กลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีจำนวนสูงสุด ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จัดอยู่ในกลุ่มGeneration Y ซึ่งมีความเป็นตัวตนสูง ใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร สนใจในส่วนที่ตนเองเกี่ยวข้องและพึงพอใจซึ่งรุ่นGeneration Y (1980-2000) เกิดมาในช่วงสังคมออนไลน์ มีภัยพิบัติทางธรรมชาติ ลักษณะเป็นคนที่มีความมั่นใจในตนเองสูง มีความสามารถด้านเทคโนโลยี ต้องการความก้าวหน้าเร็ว ไม่ชอบการผูกมัด ท้าทาย กฎระเบียบ ชอบอะไรที่ท้าทาย และทำกิจกรรมหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน (Weingarte, 2009 ; Boychuk & Cowin, 2004 จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการสื่อสารด้านคุณลักษณะ แบบแผนการตัดสินใจและแบบแผนการติดต่อกับโลกภายนอกความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ การสื่อสารแบบมีแบบแผนเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและรับรู้สถานการณ์เจ็บป่วยหรือสภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนการสื่อสารในองค์กร เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ วลอสแซค ซูสดา และจารอส [16]

2.3 **ความสามารถของตนเอง** กับ สมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = .321) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษา Park.Min Sook & Jeoung,Yeonok (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างความสามารถในการสื่อสารความมีประสิทธิผลในตนเองและความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลเกาหลีที่ปฏิบัติงานในสถานบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ พบว่าความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก (r = .477) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลเกาหลีที่ปฏิบัติงานในสถานบริการฉุกเฉินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จาการศึกษาของนุชนาถ ศรีสุวรรณ์,เยาวรัตน์ มัชฌิม, กิตติกร นิลมานัต (2557) ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ($r = 0.34, p < 0.01$)

อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นไปตามสมมุติฐาน จากลักษณะงานของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นงานที่ต้องให้การพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้อง และต้องเผชิญกับสภาวะวิกฤติตลอด พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเข้าใจความสามารถของตนเอง ในการจัดการสถานการณ์นั้นให้สำเร็จลุล่วง ส่งผลต่อการตัดสินใจในการพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ก่อนให้เกิดความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ แม้ว่าความสามารถของตนเองจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก อายุ ประสบการณ์ทำงาน และประวัติการฝึกอบรม [22] แต่เนื่องจากการการปฏิบัติงานเป็นเวรเปลี่ยน เช้า บ่าย ดึก ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่าย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของแต่ละบุคคลจึงมีผลทำให้ความสามารถของตนเองลดลงไปด้วย

การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (r = .272) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2.4. **สอดคล้องกับการศึกษา**Mina Jouzi & Zoherh Vanaki (2014) ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อสมรรถนะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในประเทศอิหร่าน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีการมอบหมายงานจากหัวหน้าสู่พยาบาลผู้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนโครงสร้างการบริหารการพยาบาล ซึ่งมีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลสื่อสารนโยบายมายังหัวหน้าและและจึงถ่ายทอดสู่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหรือประจำการ ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะงานปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลประจำการเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การรับรู้นโยบายการสื่อสารในองค์กรจึงส่งผลต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนขนาดขององค์กรก็มีผลต่อการสื่อสาร ขนาดองค์กรเล็กทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่ง่าย

บรรยากาศการสื่อสารในองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r =.438) กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.5สอดคล้องกับการศึกษา วิไล เจียรบรรพต , (2558) [11] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการสื่อสารนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครพบว่า ประสิทธิผลของการสื่อสารนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้าหอผู้ป่วย เจตคติและบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสังกดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับสูง ตามลำดับดังนี้ (M=3.90, SD=0.68 ; M=4.15, SD=0.559;=3.97, SD=0.621) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรชัย พิมหา,(2558)ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารในการปฏิบัติงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า สมรรถนะหลัก บรรยากาศองค์กรและการสื่อสารในการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.27 (S.D.=0.43) 4.18 (S.D.=0.44),4.00 (S.D.=0.52) จากผล

การศึกษาJohn Jenkins,& Eda Calabria(2011)ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินใน4โรงพยาบาลของอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 66 คน โดยการสัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม พบว่า ทักษะ ความรู้ในการพยาบาล และระยะเวลาในการทำงานมีผลต่อการสื่อสารที่ดีในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตลอดจนสภาพแวดล้อมขององค์กร

อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีลักษณะงานที่ต้องมีการติดต่อประสานกับองค์กรทั้งภายใจและภายนอก ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องใช้สมรรถนะการสื่อสารเพื่อการปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในบรรยากาศการสื่อสารในองค์กรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง และใช้วัจนภาษาร่วมกับอวัจนาภาษาส่งไปยังผู้รับสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ตลอดจนหัวหน้างานมีการใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บังคับบัญชาไปยังผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในเป้าหมายที่ตรงกัน[11]เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐานวิชาชีพเป็นไปตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพข้อที่ 6 สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ต้องมีความรู้และทักษะการติดต่อสื่อสาร การนำเสนอข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีความตระหนักในความถูกต้อง [12] ตลอดจนปัจจุบันช่องทางการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการสื่อสารที่ง่ายรวดเร็ว โดยการสื่อสารในช่องทางออนไลนจึงทำให้เพิ่มสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มมากขึ้นไปไปตามภาระงานที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน

2.4 ปัจจัยทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า จากตัวแปรระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายองค์กรและบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ พบว่า มีตัวแปร 2 ตัวแปรที่ทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลได้จากการวิเคราะห์ คือ บรรยากาศการสื่อสารในองค์การและความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ร้อยละ 24.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.5 ตัวแปรที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือ บรรยากาศการสื่อสารในองค์การ (Beta = .385) รองลงมาได้แก่ ความสามารถของตนเอง (Beta = .234,) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยและแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญทั้งไทยและต่างประเทศที่พบว่าปัจจัยทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน[11],[22]

บรรยากาศการสื่อสารในองค์การสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ร้อยละ 19.2 เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำเป็นต้องมีสมรรถนะการสื่อสารดี จากลักษณะงานที่มีความวิกฤติ รวดเร็ว บรรยากาศการสื่อสารในองค์กรจึงต้อง เข้าใจ ง่าย กระชับ และมีการเพิ่มช่องทางในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบ ถ้วน และการลดช่องว่างการสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชากับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โดยการใช้สื่อออนไลน์ทำให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงทำให้บรรยากาศการสื่อสารในองค์การจึงเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่ส่งผลสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินรองลงมา เนื่องจากมีอำนาจในการทำนายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ5.2 เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความตระหนักรู้ในความสามารถของตนเองให้สามารถประเมิน และพัฒนาตนเองให้เกิดความเชี่ยวชาญในวิชาชีพจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ตลอดจนการฝึกอบรมเพิ่มเติม ซึ่งจะพบว่าพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีช่วงระยะเวลาปฏิบัติงานตั้งแต่ 5-10 ปีมีจำนวนสูงที่สุดยังจัดอยู่ในช่วงสั่งสมประสบการณ์ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานเดิมมากกว่า5 ปี เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมจัดอยู่ในระดับผู้ชำนาญ ความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่าง

ถูกต้องแม่นยำและสามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วกับปรากฏการณ์ต่าง ๆที่เกิดขึ้นด้วยความรู้และประสบการณ์ จึงทำให้ความสามารถของตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญอันดับรองลงมาที่ส่งผลสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร และการรับรู้นโยบายการสื่อสารขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของ สุรีรัตน์อินทร์ทอง,(2557)[14]ได้ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดปทุมธานี พบว่าพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดปทุมธานีที่มี อายุ ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และระดับการศึกษา ที่แตกต่างกันมีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน และไม่พบผลการศึกษาจากอิทธิพลตัวแปรของ การรับรู้นโยบายการสื่อสารขององค์กร และแบบแผนการสื่อสาร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาวิจัย พบว่าสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยรวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านพบว่า แรงจูงในการสื่อสาร ความรู้ในการสื่อสาร และทักษะในการสื่อสารอยู่ในระดับมาก ดังนั้น 1) ผู้บริหารควรธำรงรักษานโยบายที่เอื้อประโยชน์เพื่อสร้างให้เกิดแรงจูงใจต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ค่าตอบแทน สวัสดิการ และสิทธิพึงมีพิงได้ต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ การสร้างค่านิยมองค์กรในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) ผู้บริหารควรพิจารณากำหนดนโยบายการเพิ่มสมรรถนะการสื่อสารเฉพาะในภาวะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้และสอดคล้องกับงบประมาณ โดยเฉพาะนโยบายพัฒนาบุคลากรเป็นเลิศด้านการสื่อสาร เช่น การฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการสื่อสารทางการพยาบาลในสถานการณ์วิกฤติทั้งภายในและภายนอกองค์กร การส่งเสริมการเรียนต่อเฉพาะทางสาขาการสื่อสารทางการพยาบาล

2. ระยะเวลาปฏิบัติงาน แบบแผนการสื่อสาร ความสามารถของตนเอง การรับรู้นโยบายขององค์กร และบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี และบรรยากาศการสื่อสารในองค์การและความสามารถของตนเองสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้น 1) ผู้บริหารควรมีแนวทางส่งเสริมการสร้างบรรยากาศการสื่อสารในองค์การโดยเฉพาะในพยาบาลวิชาชีพที่อายุยังน้อยให้มากขึ้น เนื่องจาก ยังเป็นพยาบาลในระดับผู้ปฏิบัติงาน และอยู่เวร 8ชั่วโมง เช่น ได้มีกิจกรรมเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสมในองค์กร โดยเน้นให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรผลัดมีส่วนร่วม จัดทำโปรแกรมที่ส่งเสริมสื่อสารในองค์กรอย่างสร้างสรรค์ เช่น กิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน สวัสดิการและค่าตอบแทนต่าง ๆ มีกิจกรรมการสื่อสารที่สร้างสรรค์ มีรางวัลแก่บุคลากรที่มีการสื่อสารที่เหมาะสม 2) ผู้บริหารควรนโยบายเกี่ยวกับการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในแนวทางสร้างสรรค์และการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการสื่อสารทางการพยาบาล เช่นการอบรมการเป็นผู้พูดและผู้ฟังที่ดี การพูดโน้มน้าวจิตใจ การจัดการปัญหาการสื่อสารในภาวะวิกฤติ 3) ผู้บริหารเน้นเชิงนโยบายในการพัฒนาพยาบาลเฉพาะทางวิกฤติฉุกเฉินในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดการเพิ่มความสามารถของตนเอง และเพิ่มขีดความสามารถในการสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติตลอดจนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพมากกว่ามาตรฐาน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นด่านแรกในการคัดกรองและช่วยเหลือเบื้องตนในผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน ซึ่งในปัจจุบันการกระจายการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลักที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ได้มีการกระจายการเข้าถึงยาที่มีความเสี่ยงสูงโดยการกำหนดเงื่อนไขในการ

ดูแลผู้ป่วยรายโรค ตามแนวทางการดูแลของจังหวัด ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรีส่วนใหญ่ จึงควรส่งเริมการเรียนต่อเฉพาะทางสาขาเฉพาะ หรือ ส่งเสริมการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ปริญญาโทหรือปริญญา เอก ในสาขาที่ปฏิบัติเพื่อให้เกิดองค์ความรู้เฉพาะด้านซึ่งจะส่งผลต่อสมมระการสื่อสารของพยาบาลเพิ่มมากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ผลการศึกษาเชิงลึกและขยายกลุ่มประชากรไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ควรศึกษาอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น บุคลิกภาพ ความพึงพอใจในงาน เป็นต้น

3. ควรพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยนำปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมาพิจารณา เช่น โปรแกรมที่สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพความสามารถของตนเฉพาะด้านในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โปรแกรมที่สนับสนุนการสร้างบรรยากาศการสื่อสารในองค์การ และศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1 ขวัญราตรี ไชยแสง. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแรงจูงใจกับการดำเนินงานของพยาบาลวิชาชีพในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

2 จินดา รัตนจำเริญ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในงานบรรยากาศองค์การกับผลผลิตของงานตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร บทความวิจัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

3 ติลลยา อินดร. (2553). *การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับความสามารถของตนเองและความต้องการพัฒนาตนเองและความต้องการพัฒนาตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง.* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

4 ธนชัย ยมจินดา. (2554). “หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการจัดการเชิงกลยุทธ์และการจัดการเพื่อสร้างสมรรถนะ*. หน่วยที่ 8 หน้า 4-13 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

5 ธนชัย ยมจินดา. (2554). “หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ” ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการจัดการเชิงกลยุทธ์และการจัดการเพื่อสร้างสมรรถนะ*. หน่วยที่ 8 หน้า 4-13 นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

6 เบญจพร ปิยสิริวัฒน์. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนเขต 2 กระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

7 ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ.

8 ประภารัตน์ แบขุนทด. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยากาศองค์การกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน.* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

9 ปัทมา พีระพันธุ์. (2551). *สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจสวนหัวใจ.*(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

10 มาลี คำคง และคณะ. (2559). ผลการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล.บทความวิจัย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข*

11 วิไล เจียรบรรพต. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อประสิทธิผลการสื่อสารนโยบายด้านการพัฒนาบุคลากรของหัวหน้างานหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.

12 สภาการพยาบาล. *ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล.

_____. (2542). *พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540* กรุงเทพฯ: ศรียอดการพิมพ์ .(2542).

13 สุภาพร เหมือนละม้าย. *การรับรู□ความสามารถของตนเอง คุณลักษณะของงาน บรรยากาศองค□การที่ส่งผลต่อความผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลรามคำแหง*.ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ. (2555).

14 สุรีรันต์ อินทอง. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอิสเทิร์นเอเชีย* ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 8 (2). (ก.ค.-ธ.ค.) (2557).

15 อาณีญาภ์ คำภาแก้ว. *การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในงาน และการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า*. นนทบุรี.(2550).

16 Anna Włoszczak-Szubzda . Professional communication competences of nurses Annals of agricultural and environmental medicine: *AAEM* 19(3):601-7· September 2012.

17 Bandura. *A Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York:W.H. Freeman. (1997).

18 BRAGA, E.M.; SILVA, M.J.P. Como especialistas em. How Communication experts expresscommunicative competence Interface - *Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.529-38, jul./set. (2010).

19 BrabaraCherry,SusanR.Jacob.,Contemporarynursing:Issues,treds,&management.Elsevier/Mosby, c2011.

20 Jack K.H. Pun, Christian M. I. M. Matthiessen. Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong, *Published online* 2015 Dec 15.

21 Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. Human, *communication:Motivation, knowledge and skills.* Belmont, California: Wadsworth Tomson Learning. (2002).

22 Park MS, Jeoung Y, Lee HK, Sok SR. Relationships among communication competence, self-efficacy, and job satisfaction in Korean nurses working in the emergencymedical center setting. JNursRes.2015Jun;23(2): 1018.doi:10.1097/JNR.0000000000000059. (2015).;

23 Slade D, Manidis M, McGregor J, Scheeres H, Chandler E, Stein-Parbury J, et al. *Communicating in hospital emergency departments*. London: Springer; 2015.

24 Slade D, Manidis M, McGregor J, Scheeres H, Chandler E, Stein-Parbury J, et al.. Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory.Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (1986).

25 Valentina Njuguna. *Role of Communication Competence in elderly care : A carers' perspective*. Degree Thesis HUMAN AGEING AND ELDERLY SERVICE. (2012).

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

The effect of a hypertensive behavior change program of risk groups in Phen District, Udon Thani Province

ศราวุฒิ บุญญะรัง [1], นภาเพ็ญ จันทขัมมา [2], มุกดา หนุ่ยศรี [3]

Sarawut boonyarang[1]

(Received: August 30,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว และ ความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เลือกมาโดยการสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลโคกกลาง เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลสุมเส้าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ และเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าได้ตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองพรีสีด-โพรสีด ใช้เวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัยมี 2 ชุด คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 2) เครื่องมือที่ในในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80-1.00 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความกันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.87, S.D.= 3.27) ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.25, S.D.= 2.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ = 3.32, S.D. = 3.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิตซีสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนใช้โปรแกรมฯ ลดลงน้อยกว่าหลังใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พลีสีด-โพรสีด กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: To compare the differences preventive behavior of hypertension, body mass index, waist circumference and blood pressure before and after the program trial Of the experimental group and To compare the differences preventive behavior of hypertension, body mass index, waist circumference and blood pressure before Between the experimental group and the control group After using the program.The sample included a hypertension risk group. They were selected by simple random which Khokklang Subdistrict was the experimental group and Sumsao Subdistrict was the control group. Then 30 risk hypertension were selected by purposive sampling for each group. The experimental tool was the Caring Model for High blood pressure prevention program in risk groups. which was developed based on the PRECEDE-PROCEED model and used it for 8 weeks. The tools of this research were: 1) high blood pressure prevention program and 2) questionnaires for data collecting. The content validity of the tools were verified by five experts, and the

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] คณะพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

CVIs of the second to forth section were 0.80 -1.00, the Cronbach's alpha coefficients of sections 2 were .85. Data were analyzed by descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation), paired t-test, and independent t-test. The results of this study were as follows. After applying the program, The experimental group had the mean of preventive behavior of hypertension after using the program. At a high level (M = 3.87, S.D. = 3.27) Which is higher than before using the program Which is at a moderate level (M = 3.25, S.D. = 2.43) With significantly higher than before ($p < .05$). And higher than the control group (M = 3.32, S.D. = 3.06) with significantly higher than the control group ($p < .05$). After applying the program, The experimental group had average body mass index, waist circumference, systolic blood pressure level less than before using the program. were significantly lower than the control group ($p < .05$). And less than the control group With statistical significance at the level of .05. Except the average diastolic blood pressure Before using the program Decreased less than after using the program And less than the control group Without were significantly lower than the control group ($p < .05$).

Keywords: High Blood Pressure Prevention Program, PRECEEC-PROCEED, High blood pressure risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควรและเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษาข้อมูลประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 ของ Disability-Adjusted Life Years (DALYs) จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกพบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และพบว่า กลุ่มวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มี 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใน ค.ศ. 2025 คาดการณ์ว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 1.56 พันล้านคน จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง[1] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข[2] รายงานอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมของประเทศ ใน พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เห็นได้ว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันหิตสูงใน พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจาก พ.ศ. 2556 จากสถานการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558-2560 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 913.93, 1,178.60 และ 1,355.55 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุดรธานี โดยใน พ.ศ. 2558-2560 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 895.66, 705.47 และ 1,026.67 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [3] สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเพ็ญเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ของจังหวัดอุดรธานี คือใน พ.ศ. 2558-2560 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือ 838.04, 843.79 และ 892.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[4]

จากสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเพ็ญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนการจัดบริการสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอดีตที่ผ่านมา พบว่า หลังจากที่มีการดำเนินการออกรณรงค์คัดกรองภาวะสุขภาพประจำปี ซึ่งดำเนินการคัดกรองในหมู่บ้าน และแจ้งผลการคัดกรองภาวะสุขภาพคืนให้กับชุมชน กรณีที่พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในวันนั้นเป็นรายบุคคล โดยมีเนื้อหาตามหลัก 3อ. 2ส. พอสังเขป คนละประมาณ 3-5 นาที หลังจากนั้นจะมีนัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนั้นเข้าคลินิก Diet & Physical Activity Clinic (DPAC) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เห็นจุดบกพร่องหลายอย่างจากการให้บริการเชิงรับ ดังจะเห็นได้จากการศึกษานำร่อง (Pilot study ช่วงเดือน พฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2560) พบว่า บริบทของชุมชนในเขตอำเภอเพ็ญรวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงบางส่วนต้องประกอบอาชีพรับจ้างในตัวจังหวัดและทำการเกษตรเพิ่มเติมนอกจากการทำนาตามฤดูกาล เช่น ปลูกยางพารา ปลูกอ้อย ปลูกมัน รับจ้างรายวัน เป็นต้น จึงมีความจำเป็นต้องเดินทางออกจากหมู่บ้านตั้งแต่เช้าและเดินทางกลับถึงบ้านในตอนค่ำ ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

หรือเข้าไม่ถึงบริการที่หน่วยงานจัดขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้เรื่องการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษานำร่องจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 100 คน ส่วนหนึ่งพบว่าไม่มีเวลาในการประกอบอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 80 เพราะมีการเข้าถึงแหล่งบริโภคที่สะดวกจากการมีรถเร่ขายอาหารสำเร็จรูป หรืออาหารถุงพร้อมรับประทานมาให้บริการในหมู่บ้านทุกวัน มีตลาดนัดเคลื่อนที่สัปดาห์ละ 3-5 วัน รวมถึงมีพฤติกรรมชอบดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานทั้งในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 76 เนื่องจากในงานเทศกาลสังสรรค์ งานบุญประเพณีต่าง ๆ นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 78 จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดโรค โดยการดำเนินการหลายรูปแบบตามแนวคิดทฤษฎีทางสุขภาพ เช่น ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา[5] เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองพรีสีด-โพรสีด (PRECEDE-PROCEDE Model) (Green & Kreuter, 2005) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม มี 3 ปัจจัย คือ 1) ด้านปัจจัยนำ พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด 2) ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ และการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข และ 3) ด้านปัจจัยเสริม พบว่า มีการได้รับคำแนะนำหรือได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิจัยที่ผ่านมาจะพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุ โดยใช้แบบจำลองพรีสีด-โพรสีด (PRECEDE-PROCEDE Model) (Green & Kreuter, 2005) คลอบคลุมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของโปรแกรมเน้นในเรื่องปรับพฤติกรรมของบุคคล หรือเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงระบบ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนนั้นยังไม่ส่งผลถึงการลดระดับความดันโลหิต และตัวชี้วัดอื่นๆ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้เราจึงให้ความสำคัญกับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเนื่องจากมีความครอบคลุมปัจจัยทุกด้านทั้งด้านปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และชุมชนที่มีผลต่อพฤติกรรม

แนวคิดแบบจำลองพรีสีด-โพรสีด กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลมีเหตุจากพหุปัจจัย โดยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ การรับรู้ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำ เช่น ระยะทาง เวลา ราคา ความสามารถในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ความสะดวก รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ และกฎระเบียบต่าง ๆ เป็นต้น และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน ซึ่งอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ ซึ่งการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะต้องแก้ไขที่ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม[6] การศึกษาครั้งนี้จะนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมที่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การแก้ไข/พัฒนาปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยการสื่อการสอนพื้นบ้าน (สรภัญญะ) ซึ่งจะส่งผลให้มีความรู้และความเข้าใจ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง 2) การแก้ไข/พัฒนาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง และ 3) การแก้ไข/พัฒนาปัจจัยเสริม ได้แก่ การเสริมแรงจูงใจด้วยการให้เป็นบุคคลต้นแบบในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พร้อมมอบใบประกาศ และการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นสุขนิสัย และยังส่งเสริมภาวะสุขภาพของประชากรให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว และ ความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมฯ

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-posttest design)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จากที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเพ็ญในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา จำนวน 2,261 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้แนวคิด Power analysis กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 (α = .05) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยการคำนวณจากผลการวิจัยที่ผ่านมา[7] ศึกษาเรื่อง ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (two group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง เท่ากับ 29.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.94 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเอง เท่ากับ 31.23 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.61 (2554) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ได้เท่ากับ 0.97 จึงใช้ค่า effect size ที่ .80 (Large effect size) และนำไปแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน คัดเลือกตำบลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง อำเภอเพ็ญมี 10 ตำบล สุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากมา 2 ตำบล ได้ตำบลโคกกลางและตำบลสุมเส้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจับฉลาก อีกครั้งได้ตำบลโคกกลางเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลสุมเส้าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ตำบลทั้งสองมีระยะทางห่างกัน 35 กิโลเมตร มีลักษณะทั่วไปและจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คัดเลือกจากรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของทั้งสองตำบลแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยตรวจพบค่าระดับความดันโลหิตขณะพักตั้งแต่ 120-139/80-89 มม.ปรอท จากการคัดกรองโรคในชุมชน และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ไม่มีโรคประจำตัวอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรมฯ เช่น โรคอัมพฤกษ์ เข่าเสื่อม โรคจิตเภท เป็นต้น 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารได้ปกติ และไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น เป็นต้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการตอบแบบสอบถาม เมื่อคัดเลือกกลุ่มทดลองจากตำบลโคกกลางครบ 30 คน แล้วคัดเลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากตำบลสุมเส้าตามเกณฑ์จับคู่กับกลุ่มทดลองโดยให้เป็นเพศเดียวกัน อายุ (±3 ปี) และระดับความดันโลหิตสูง (±5 มม.ปรอท) ใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

(1) โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดแบบจำลองพรีสีด-โพรสีด ครอบคลุมการพัฒนาปัจจัย 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาปัจจัยนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) การพัฒนาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย การรณรงค์ในชุมชนเพื่อส่งเสริม

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านอาหารและการออกกำลังกาย การประชาสัมพันธ์สื่อเสียงตามสาย สรภัญญะป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเพลงเต้นแกว่งแขนออกกำลังกาย และ 3) การพัฒนาปัจจัยเสริม ได้แก่ การเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเชิดชูให้เป็นบุคคลต้นแบบ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. การสร้างไลน์กลุ่ม เป็นต้น โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

(2) แบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของญาติสายตรง โรคประจำตัวอื่น กิจกรรมยามว่าง และข้อมูลทางคลินิก (ผู้วิจัยกรอกข้อมูลด้วยตนเอง) ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว รวมคำถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 43 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ 22 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4, 5, 7, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 39, 40, 41,42 และ 43 เป็นพฤติกรรมด้านบวก 20 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 29, 30, 35 และ 36 ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 14 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 10 และ 11 เป็นพฤติกรรมด้านบวก 12 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 , 8, 9, 12, 13 และ 14 รวมทั้งสิ้นจำนวน 57 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวกและด้านลบ พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (CVI : Content Validity Index) ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.93 *นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง* โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.85

2. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ *เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทอล (Digital sphygmomanometer)* ยี่ห้อ OMRON รุ่น HBP-9020 เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล (Digital weight Scale) ยี่ห้อ Electronic Body Scale รุ่น RCS-200 อุปกรณ์วัดส่วนสูง ยี่ห้อ Electronic Body Scale รุ่น RCS-200 และสายวัดรอบเอวยี่ห้อ ผีเสื้อ รุ่น 12 mm x 150 cm.

3. แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง แบบบันทึกอาหารที่รับประทานใน 24 ชั่วโมง และแบบบันทึกการออกกำลังกาย

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมหลังการใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.611, p=.000) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ ทุกด้าน เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ยกเว้นด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันที่อยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากกลุ่มทดลองได้นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน[8] คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยและโภชนากรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูง ความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และการบริโภคอาหารต้านความดันโลหิตสูง ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งครอบคลุมทั้งอาหารที่ควรรับประทานและที่ควรหลีกเลี่ยง อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง วิธีอ่านฉลากข้อมูลโภชนาการ การคำนวณปริมาณสาร อาหารและพลังงานต่อวันสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ปริมาณพลังงานในอาหารพื้นบ้านที่รับประทานอยู่เป็นประจำ โดยการบรรยายประกอบ Power point ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และใช้สื่อในการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น สื่อวีดีทัศน์เรื่องโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โปสเตอร์อาหารโรคความดันโลหิตสูง ภาพธงโภชนาการ โมเดลอาหารแลกเปลี่ยน เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้ฟังเกิดการรับรู้จากการฟัง การได้เห็นภาพและมองเห็นสัดส่วนอาหารแลกเปลี่ยนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้มีทักษะและมีความมั่นใจว่าสามารถนำไปคำนวณปริมาณพลังงานในอาหารที่ควรบริโภคภายในหนึ่งวันได้จริง พร้อมที่จะนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องต่อไป การใช้ตัวแบบด้านบวกและด้านลบที่สมัครใจและครอบครัวยินยอม มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ให้กลุ่มทดลองรับฟัง พูดคุยซักถาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองจึงมีความตระหนักว่าตัวเองอาจจะเป็นเหมือนอย่างกรณีศึกษาในระยะยาว ซึ่งทำให้ขาดรายได้ วิถีชีวิตเปลี่ยนไป การเข้าร่วมสังคมได้น้อย หรือจะเลือกปฏิบัติตัวตามตัวแบบด้านบวกเพื่อให้ห่างไกลโรคที่ส่งผลกระทบรุนแรงเหล่านี้ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค[9] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพรีสีด-โพรสีด (PRECEED-PROCEED Model)

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การรณรงค์ในชุมชนเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย การใช้สื่อเสียงตามสายสรภัญญะป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพร้อมกับการเต้นแกว่งแขนออกกำลังกายไปพร้อมกับจังหวะเพลง ทั้งนี้ได้จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยนักโภชนากร สอนการเลือกรับประทานอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (DASH diet) และจัดฐานกิจกรรมฝึกทักษะการเลือกอาหารหวาน มัน เค็ม ธัญพืช ผักและผลไม้ และฝึกทักษะการอ่านฉลากแบบ GDA (Guideline Daily Amount) การฝึกทักษะการออกกำลังกาย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยเฉพาะประโยชน์และขั้นตอนในการออกกำลังกายด้วยการเต้นแกว่งแขน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังการเต้นแกว่งแขนเพื่อเป็นการเตรียมพร้อมของร่างกาย โดยการบรรยายประกอบสื่อวีดีทัศน์เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และบรรยายโดยใช้ Power Point เกี่ยวกับการข้อมูลการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืดขณะออกกำลังกายเป็นต้น ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย ขณะออกกำลังกายและหลังการออกกำลังกาย และสามารถแก้ไขภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะออกกำลังกายได้ ซึ่งการเต้นแกว่งแขนตามจังหวะเพลงประกอบด้วย การอบอุ่นร่างกาย 6 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าสวัสดี ท่าที่ 2 ท่ายักไหล่ ท่าที่ 3 ท่ากระโดดน้ำ ท่าที่ 4 ท่าทอดแห ท่าที่ 5 ท่าตีฉาบ และท่าที่ 6 ท่าท้องฟ้า และท่าเต้นแกว่งแขน 3 ท่าคือ ท่าที่ 1 ท่าลูกตุ่ม ท่าที่ 2 ท่าศอกกลับ และท่าที่ 3 ท่าสลับศอก โดยผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้านเปิดเสียงตามสายเพื่อให้กลุ่มทดลองได้ออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กับเพลงทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 06.00-06.30 น. การรณรงค์ในชุมชนเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายโดยการทำป้ายไวนิลประชาสัมพันธ์ติดไว้หน้าร้านขายของชำในหมู่บ้าน เพื่อให้กับครอบครัวและชุมชนได้ตระหนัก เข้าใจ ร่วมมือ ร่วมใจกันในการมองเห็นปัญหาสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จากการให้แรงเสริมทางสังคมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะและปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตัวเอง ดังจะเห็นได้จากการเกิดกระแสนิยมในการดูแลสุขภาพ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม โดยในบางครอบครัวลดการบริโภคผงชูรสหันมาใช้พืชแทน ชาวบ้านเรียกต้นผงชูรส (ต้นไชยา) ในใช้ประกอบอาหารประเภทต้ม แกง อ่อม ได้รสชาติของอาหารอร่อยไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้กลุ่มทดลองบางครอบครัวยังใช้ใบหญ้าหวานแทนน้ำตาลในการประกอบอาหาร และขนมหวาน เช่น กล้วยบวชชี บวชฟักทอง เป็นต้น สื่อเสียงตามสายสรภัญญะรณรงค์การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง/เพลงเต้นแกว่งแขนออกกำลังกาย ในเปิดเสียงตามสายในหมู่บ้านโดยใช้

สื่อสรภัญญะเป็นท่วงทำนองที่คนในท้องถิ่นคุ้ยเคยกันดีเพราะมักจะใช้ขับร้องกันในงานบุญเข้าพรรษาของทุกปี ฟังได้ทุกเพศทุกวัย และเนื้อหาสรภัญญะนี้เกี่ยวกับการรับรู้และการป้องกันโรคโรคความดันโลหิตสูง ทำให้คนในชุมชนฟังแล้วเข้าใจ ติดหู จดจำได้ดียิ่งขึ้น และ เกิดการหันมาดูแลสุขภาพ ไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้น จะเห็นได้ว่าในชุมชนเกิดการออกกำลังกายตอนเช้าหรือตอนเย็น ด้วยเต้นแกว่งแขน การเดินและวิ่ง นอกจากนี้ในครัวเรือนยังหันมาปลูกพืชผักไว้บริโภคในครัวเรือน เช่น ผักสลัด ผักคะน้า ผักตำลึง ผักบุ้ง มะเขือ เป็นต้น ลดการไปซื้อจากตลาดกันมากขึ้น นับว่าเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เอื้อต่อภาวะสุขภาพอย่างแท้จริง และได้มีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม พบว่า หากรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ (saturated fat) อาหารไขมันต่ำ โดยหลีกเลี่ยงเนื้อแดง รับประทานอาหารเค็มลดลง หรือโซเดียมต่ำ จำกัดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล และเน้นผักผลไม้มากขึ้น โดยเน้นอาหารพวกธัญพืช ปลา นมไขมันต่ำถั่ว จะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง[10]และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ย่อมทำให้สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น ส่วนการออกกำลังกาย เป็นการมีกิจกรรมเพิ่มจากกิจวัตรประจำวันที่มีอยู่แล้ว[11] ในที่นี้เป็นการเต้นแกว่งแขน เพราะได้มีการรณรงค์ให้ชุมชนได้มีการออกร่วมกันพร้อมเสียงตามสาย เป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบง่าย ๆ สะดวก ไม่ต้องใช้พื้นที่มาก ผู้ที่ขาดทักษะในการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายที่มีรูปแบบเฉพาะสลับซับซ้อนก็สามารถออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนอยู่กับที่ได้ การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน เป็นการเคลื่อนไหวอีกรูปแบบหนึ่ง โดยมีการกำหนดท่าทาง ระยะเวลา ช่วงเวลาที่เหมาะสม สามารถแกว่งให้เข้ากับจังหวะหมอลำที่คนในท้องถิ่นคุ้นเคย เกิดความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ ส่งผลดีให้กับการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย มีการทำงานประสานสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ จากการวิจัยของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (2556) พบว่า การแกว่งแขนสามารถเผาผลาญได้ถึง 230 แคลอรี่ต่อชั่วโมง ซึ่งใกล้เคียงกับเดิน และไม่เกิดผลเสียใด ๆ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว หลักการแกว่งแขนที่ถูกต้อง คือ แกว่งแขนให้ถูกวิธีต่อเนื่องสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน จะช่วยพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตของร่ายกาย ทำให้สุขภาพแข็งแรง หรือแกว่งแขนสะสมครั้งละ 10 นาที รวม 30 นาทีต่อวัน เป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอควบคู่กับการควบคุมอาหารจะช่วยให้สามารถลดพุง ควบคุมน้ำหนัก และป้องกันโรคได้สำเร็จ การออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวันจะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพการทำงานดีขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าลง และหลอดเลือดมีกล้ามเนื้อเรียบช่วยในการลำเลียงเลือด เมื่อมีปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น เส้นเลือดจำเป็นจะต้องขยายตัวและหดตัวบ่อยขึ้น การยืดหยุ่นตัวของเส้นเลือดจึงดีขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในระดับปกติได้ดีขึ้น อีกทั้งเท่ากับเป็นการช่วยป้องกันไม่ให้เส้นเลือดแข็งตัวหรือเปราะ และช่วยลดกรดไขมันอิสระ มีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็งและช่วยให้พลังงานถูกนำไปใช้ มีผลต่อการลดน้ำหนักตัว ลดแรงดันเลือดออกจากหัวใจ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดแก่ร่างกายและจิตใจ[12] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพรีสีด-โพรสีด (PRECEED-PROCEED Model)

เป็นการเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเชิดชูให้เป็นบุคคลต้นแบบ โดยการคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และมีผลการตรวจทางคลินิก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ลดลงจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มปกติ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. โดยให้ อสม. ออกเยี่ยมยามถามข่าวทุกวันศุกร์ตลอด 8 สัปดาห์ที่เข้าโปรแกรมฯ เป็นการเสริมแรงให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีสมุดเยี่ยมลงลายมือผู้ถูกเยี่ยมทุกครั้ง การสร้างไลน์กลุ่ม ชื่อกลุ่ม “รักษ์ความดัน”เพื่อติดตามกิจกรรมของกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มที่รับผิดชอบโดย อสม.ประจำหมู่บ้าน กลุ่มละ 3-4 คน ในการทำกิจกรรมออกกำลังกาย และแลกเปลี่ยนเมนูอาหารเพื่อสุขภาพกล่าวยกย่องชมเชยกัน

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบนั้น ผลการศึกษาพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูงโดยรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ อยู่ระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.14 , S.D.=12.43 และ $\overline{X}$ =3.32, S.D.=16.52 ตามลำดับ) จากการที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลในระบบปกติ ซึ่งอาจขาดแรงจูงใจ หรือปัญหาด้านอื่น ๆ ของรายบุคคล ไม่ได้รับการ

ประเมินและขาดการดูแลแนะนำที่ครอบคลุมรอบด้าน ประกอบกับบริการที่ได้รับจากคลินิกฯ โดยการให้ความรู้และคำแนะนำด้วยเวลาที่เร่งรีบทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของการรับรู้ เข้าใจและจดจำ และยังขาดการเชื่อมประสานกับครอบครัวและชุมชนในการจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขาดการเสริมพลัง ด้วยการให้รางวัลและการเยี่ยมบ้านโดย อสม. สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้พฤติกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพนิต ปวงนิยม[13] พบว่า กลุ่มทดลองหลังที่ได้รับรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และการศึกษาของ สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์[14] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พฤติกรรมในการดูแลตนเอง หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของ ดัชนีมวลกาย รอบเอว และ ความดันโลหิต ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ($\overline{X}$ =25.76, S.D.=3.32) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =27.13, S.D.=3.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=5.694, *p*=.000) ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ =25.71, S.D.=3.06) ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=0.420, *p*=.676) แต่ผลต่างดัชนีมวลกาย หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ =1.36, S.D.=1.31 และ $\overline{X}$ =-0.12, S.D.=0.82 ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=5.274, *p*=.000) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพรีสีด-โพรสีด (PRECEED-PROCEED Model) การที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายหลังใช้โปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง อาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร (DASH diet) และการออกกำลังกาย มีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมดัชนีมวลกาย เพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง คือการออกกำลังกายด้วยวิธีการเต้นแกว่งแขน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องประมาณวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน (วันจันทร์-วันศุกร์) ซึ่งวิธีการเต้นแกว่งแขนเป็นวิธีการออกกำลังกายที่มีความหนักที่ระดับปานกลาง จะส่งผลให้ร่างกายสามารถเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจได้ถึง 130-150 ครั้ง/นาที จึงเป็นกิจกรรมที่ ดึงเอาไขมันส่วนเกินมาใช้ในภาวะที่หัวใจมีอัตราการเต้นเร็ว เกิดการสลายไขมัน และมีโอกาสเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเอง รวมทั้งได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากการติดตามผลภาวะสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ซึ่งการที่มีน้ำหนักลดลงเป็นการสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลงน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และผลต่างดัชนีมวลกายระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

สอดคล้องกับผลการศึกษาของชัชฎา ประจุดทะเก [15] โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมออกแบบโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่าก่อนการ

ทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p<.001)

รอบเอว ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ($\overline{X}$ =87.23, S.D.=8.06) น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =90.83, S.D.=8.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=5.650, p=.000) แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ =84.27, S.D.= 8.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=.809, p=.022) ผลต่างรอบเอว หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ =3.90, S.D.=2.77 และ $\overline{X}$ =0.40, S.D.=2.32 ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=5.274, p=.000) ซึ่งหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพรีสีด-โพรสีด (PRECEED-PROCEED Model) เนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย มีการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว ลดรอบเอว ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มทดลองได้รับความรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (DASH diet) พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามโปรแกรมฯ คือการออกกำลังกายด้วยวิธีการเต้นแกว่งแขน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องประมาณวันละ 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน ซึ่งเป็นวิธีการออกกำลังกายที่มีความหนักที่ระดับปานกลาง จะส่งผลให้ร่างกายสามารถเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจได้ถึง 130-150 ครั้ง/นาที จึงเป็นกิจกรรมที่ดึงเอาไขมันส่วนเกินมาใช้ในภาวะที่หัวใจมีอัตราการเต้นเร็ว จึงส่งผลให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น เกิดการสลายไขมัน ดึงพลังงานที่สะสมในรูปของไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมาใช้โดยเฉพาะบริเวณพุง มีผลทำให้เส้นรอบเอวลดลง จะเริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงของ รอบเอว และดัชนีมวลกายได้ตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้นไป เช่นเดียวกันกับน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัวจึงต้องพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมโดยจำกัดแคลอรีและต้องมีการออกกำลังกาย ถ้าทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ 1 กิโลกรัมจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 1.6/1.3 มม.ปรอท แต่จะเห็นผลเมื่อน้ำหนักลดไปแล้ว 4 กิโลกรัม ดังนั้นอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงที่มีความดันโลหิตสูงจึงต้องมีไขมันและแคลอรีต่ำ อีกอย่างกลุ่มทดลองได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแรงสนับสนุนทางสังคมจากโปรแกรมฯ ที่จัดให้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และมีโอกาสเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเอง รวมทั้งได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากการติดตามผลภาวะสุขภาพการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจาก อสม.เยี่ยมบ้าน เกิดการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องที่เป็นแรงเสริมจากชุมชนเป็นส่วนหนึ่ง และจากการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งการที่มีน้ำหนัก เส้นรอบเอวและค่าความดันโลหิตลดลง เป็นการสะท้อนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำสู่ภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว และค่าความดันโลหิตลดลงน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีกิจกรรมการโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจน

สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ สุขคุ้ม[16] โดยใช้รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยการอบรมด้วยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การเสนอตัวแบบการดูแลตนเองบุคคลจริงด้านบวก มาเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ผล การวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอวและค่าดัชนีมวลกาย ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับความดันโลหิต พบว่า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =129.80, S.D.=7.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=4.335, p=.000) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$

=127.63, S.D.=5.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t=3.269, *p*=.002) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก หลังใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับปกติ ($\overline{X}$ =75.45, S.D.=7.08) ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\overline{X}$ =75.15 S.D.=7.32) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=0.586, *p*=.562) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\overline{X}$ =76.16, S.D.=4.74) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=1.951, *p*= .056) เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดพรีสีด-โพรสีด (PRECEED-PROCEED Model) เนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายให้ดีขึ้น ประกอบกับการได้แรงจูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ และแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และจัดการกับสถานการณ์ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ โดยมีการตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นการรับประทานอาหารที่มีผัก ผลไม้ และพวกธัญพืชซึ่งเป็นอาหารที่มีโพแตสเซียม แมกนีเซียม และแคลเซียมสูง รับประทานอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ รับประทานโปรตีนจากเนื้อปลาและถั่วเหลือง ซึ่งการเลือกบริโภคอาหารแต่ละประเภทจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตในร่างกายให้ลดลง

การติดตามเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ การมีโอกาสเห็นการเปลี่ยนแปลงของตนเองจากการติดตามผลการตรวจวัดระดับความดันโลหิต ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งการที่มีค่าระดับความดันโลหิตลดลงเป็นการสะท้อนว่ากลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และค่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และลดลงน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีกิจกรรมโปรแกรมฯ แต่อาจเห็นการเปลี่ยนแปลงค่าความดันไดแอสโตลิก เปลี่ยนแปลงน้อย เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีค่าความดันไดแอสโตลิกปกติอยู่แล้ว ประกอบกับระยะเวลาของโปรแกรมฯ 8 สัปดาห์จึงเห็นการเปลี่ยนแปลงน้อย

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณีไชยฤทธิ์ และวิมล จังสมบัติศิริ[17] ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายโดยการเดินแกว่งแขนอย่างน้อยวันละ 30 นาที ต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองครบ 3 เดือนและ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของเคียสและเคียชิ (Keith and Daichi)[18] ได้ศึกษาเรื่องกิจกรรมทางกายและการป้องกันความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า จากการค้นคว้าข้อมูลและหลักฐานล่าสุดจากการศึกษาไปข้างหน้ายังคงแนะนำความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นที่บ่งบอกว่า การออกกำลังกายมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงจริง พร้อมแนะนำการออกกำลังกายเป็นการป้องกันความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปราณี ภูไกรลาศ[19] โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองมาออกแบบโปรแกรมฯ ผลการศึกษาพบว่า ระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงกว่าก่อนทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีอุบัติการณ์สูงในอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เช่น โปรแกรมการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นต้น พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พ.ศ. 2559-2561 มีอัตราความชุกร้อยละ 73.91, 81.80 และ 82.38 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, พ.ศ. 2561) สูงกว่าตัวชี้วัดการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของระดับประเทศ ซึ่งมีเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 50 (คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

2. การวิจัยใช้ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมฯ 8 สัปดาห์ และมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ซึ่งในกิจกรรมครั้งที่ 3-6 จะเน้นการติดตามผล การเสริมแรง และการทบทวนความรู้ที่ต่อเนื่อง อาจจะมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในแต่ละ

พื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ ดังนั้นการที่จะลดจำนวนครั้งในการดำเนินกิจกรรม อาจจะใช้กลุ่มภาคีเครือข่าย อสม. กลุ่มชมรม กลุ่มแม่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมให้มากกว่าเดิมได้ รวมถึงการใช้เทคโนโลยี การสร้างไลน์กลุ่มติดตามเยี่ยม กระตุ้นเสริมแรง ติดตามผล ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ควรจะทำการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

[1] (อัจฉรา ภักดีพินิจ, ศกลวรรณ แก้วกลิ่น และสุภาพร พรมจัน. (2559).ประเด็นสารรณรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2559.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.

[2] กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

[3] [4] Health Data Center. (2558-2560). *สรุปผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 255*9. อุดรธานี: สืบค้นhttps://udn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.

[5] ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พัชรี ศรีกุตา, ขวัญกิรมย์ ชัยสงค์, พรธีรา สังคะลุน, วัชราพร แกล้วกล้า,สมพร กลางนอก และสุจิตรา ละครชัย. (2559). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองไข่น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดนครรมชสีมา*. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, นครราชสีมา.

[6] Green, L. W. and Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational an ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

[7] [11] [14] สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์. (2555). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 22(3).

[8]อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2554). ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ. ใน อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่นและขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ (บรรณาธิการ), *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (หน้า 1-26). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

[9] มนัสชกรณ์ พิชัยจุมพล. (2559). *ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

[10] สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *อาหารควบคุมความดันโลหิตสูง*[แผ่นพับ].นนทบุรี: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

[12] ชาญชลักษณ์ เยี่ยมมิตร. (2556). *การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี*. วารสารคณะพลศึกษา **, 16 (2): 146-155.**

[13] พรพนิต ปวงพะยอม. (2552). *ผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดตราด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, จังหวัดชลบุรี.

[15] ชัชฎา ประจุดทะเก. (2558). *ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

[16] วรารัตน์ สุขคุ้ม. (2551). *ผลของโปรแกรมการสางเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,กรุงเทพฯ.

[17] อรุณี ไชยฤทธิ์ และวิมล วังสมบัติศิริ. (2558). ผลของการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนอย่างน้อยวันละ 30 นาที ต่อการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33*(4).

[18] Keith M. Diaz and et all. (2017). *Physical Activity and Incident Hypertension in African Americans The Jackson Heart Study*. Columbia University Medical Center, PH9-301, New York. From https://vpn.stou.ac.th+csco.

[19] ปราณี ภูไกรลาศ. (2555). *โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาหารที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์*. มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นจากhttp:newtdc.thailis.or.th/docview.aspx?tdcid=28643.

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

Effectiveness of behavioral change program for infant development among caregivers in Health Promotion Center Region 3 Nakhon Sawan

ลำพึง อภิรมานนท์[1] ,ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์[2]

Lumpung Apiramanon, Sunsanee Mekrungrongwong

(Received: May 11,2018; Accepted: June 18,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดซ้ำสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงดูเด็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กทารกอายุ 2 เดือน ที่ไม่ได้ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองกลุ่ม 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ใช้โปรแกรมที่ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการทดลองจำนวน 8 สัปดาห์ และติดตามในสัปดาห์ที่ 16 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามวัดการรับรู้และพฤติกรรมและโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้ค่า t (t-test for Independent Samples) และภายในกลุ่มใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated measure ANOVA) ในการวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงดูเด็ก มีค่าคะแนนเฉลี่ยการการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็กปฐมวัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

Abstract

This study is a Quasi-experimental research with Pretest – Posttest two group designs. The sample is separated into 2 groups which consist of experimental group and control group to study the Effectiveness of behavioral change program for infant development among caregivers in Health Promotion Center 3 Nakhon Sawan. The sample consisted is 2 months' infant caregiver who did not use the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) for promoting infant development. Divided into experimental groups and control groups, each group contains 35 persons, including 70 persons. This program uses Pender's health promotion concept. The experiment is conducted for 8-weeks and follow up at 16 weeks. The tools used in the experiment are perception and behavior questionnaires and behavioral change program for infant development. The statistics which used to analysis are Percentage, mean, standard deviation, Independent t-test and Repeated measure ANOVA

The results showed that after receiving the program, the experimental group has higher mean score of the perceived self – efficacy, perceived benefits of infant development, perceived barriers to infant development and behavioral of infant development than before program (p- value <0.01) and higher than that in the control group at significant differences of 0.01 (p- value <0.01).

Keywords: Early Childhood Development, Behavior change, Developmental Surveillance and Promotion Manual,

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

องค์การอนามัยโลกพบเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติร้อยละ 15 – 20 กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคนมีพัฒนาการไม่สมวัย[1] ในช่วงปี 2552-2560 กรมอนามัยและกรมสุขภาพจิตสำรวจพบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยทุกด้านเฉลี่ยเพียงร้อยละ 70 มีเด็กที่มีพัฒนาการด้านใดด้านหนึ่งล่าช้า ร้อยละ 30 พัฒนาการที่สงสัยล่าช้าอันดับหนึ่ง คือ ด้านภาษา สำหรับกลุ่มที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าพบว่ามีถึง ร้อยละ 20 สามารถกระตุ้นให้กลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ และกลุ่มเด็กอีกร้อยละ 10 อยู่ในภาวะเป็นโรค จำเป็นต้องได้รับการ[2,3]

จากนโยบายการพัฒนาประเทศไทยสู่ยุค Thailand 4.0 ตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมรับผิดชอบ ช่วยกันผลักดันนำนโยบายเด็กปฐมวัยไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการพัฒนาเด็ก ชุมชนและสังคมเป็นฐานที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาเลี้ยงดูเด็กทุกขั้นตอน จึงเกิดโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กำหนดมาตรการให้มีการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก โดยพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่ ทำอย่างไรให้ พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดู รู้ว่าแต่ละช่วงอายุ เด็กมีพัฒนาการในแต่ละด้านเป็นอย่างไร มีการส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการอย่างไร โดยใช้เครื่องมือกลางในการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก คือ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) ซึ่งใช้ในกลุ่มเด็กปกติ และคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual : DAIM) ประกาศใช้เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2558[4]

ในช่วงปี 2558 – 2560 คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ พบเด็กที่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้เลี้ยงดูเด็กเกิดความเครียด ความกังวล และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น[5] ผู้วิจัยได้ศึกษา และนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ซึ่งเพนเดอร์ กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เมื่อรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ตรงที่ได้รับ หรือจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และเมื่อบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยลง ก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆอย่างต่อเนื่องกลายเป็นพฤติกรรมแบบแผนในการดำเนินชีวิต[6] สอดคล้องกับการศึกษาของลาวัลย์ ทาวิทะ, และคณะ (2559)[7] ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด ของผู้ดูแลหลักและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการสนับสนุนของครอบครัวส่งผลให้ผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกที่ดีขึ้น รวมถึงวิชนัน จันทร์ส่อง และ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2559)[8] ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่าเมื่อมารดาของเด็กป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น อุปสรรคมีน้อยลง ส่งผลให้มารดาของเด็กป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำปัจจัยในด้านการรับรู้ตามแนวคิดของเพนเดอร์ ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกตามวัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลมาเป็นตัวแปรในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก เมื่อผู้เลี้ยงดูเด็กเกิดการรับรู้ว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ สามารถทำได้ไม่ยาก ร่วมกับได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทำให้มีพฤติกรรมการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กเติบโตด้วยพัฒนาการสมวัย มีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงดูเด็ก ต่อคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกของผู้เลี้ยงดูเด็ก ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดซ้ำก่อนการทดลอง หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามในสัปดาห์ที่ 16

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กอายุ 2 เดือน (2 เดือน 29 วัน) ที่พาบุตร/หลานมารับบริการ ณ คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนกันยายน 2560 – มกราคม 2561

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าจาก ผู้เลี้ยงดูเด็กอายุ 2 เดือน ที่ไม่ได้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเมื่อพาเด็กทารกมารับบริการฉีดวัคซีนครั้งแรกหลังคลอด โดยมีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้ Application line ได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเมื่อได้รับการชี้แจง กรณีที่ย้ายที่อยู่หรือขอถอนตัวขณะดำเนินการวิจัยจะคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์การวิจัยเชิงทดลอง โดยอ้างอิงจากบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ อย่างน้อยที่สุด 20 – 30 ราย ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 30 ราย[9] ผู้วิจัย จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละละ 35 ราย รวมเป็น 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะของประชากร แบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด (Closed- Ended Question) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลำดับที่ของบุตร ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ลักษณะครอบครัว และผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงเวลากลางวันและกลางคืน จำนวน 10 ข้อ

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้เลี้ยงดูเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารก ข้อคำถามเชิงบวก เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด (5) ถึงมั่นใจน้อยที่สุด (1) จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 ซึ่งคะแนนรวมมากหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง

1.3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ข้อคำถามเชิงบวก เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ใช่อย่างยิ่ง (5) ถึงไม่ใช่อย่างยิ่ง (1) จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 ซึ่งคะแนนรวมมากหมายถึงการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง

1.4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ข้อคำถามเชิงลบ เป็นแบบวัดชนิดมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ใช่อย่างยิ่ง (5) ถึงไม่ใช่อย่างยิ่ง (1) จำนวน 5 ข้อ ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-25 ซึ่งคะแนนรวมน้อยหมายถึงการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง

1.5 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารก ข้อคำถามเชิงบวก เป็นแบบ

วัดชนิดมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ระดับได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (6-7 ครั้ง/สัปดาห์) (4) ถึงไม่ปฏิบัติเลย (1) จำนวน 15 ข้อ ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนนซึ่งคะแนนรวมมากหมายถึงพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกอยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก มีกิจกรรม 5 ครั้ง จัดกิจกรรมเป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) การดูสื่อวีดีทัศน์ (ตอนพัฒนาการล่าช้าของเด็กไทย) การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย สาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์/ของเล่นเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก 2) สนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัว โดยส่งข้อมูลพัฒนาการเด็กผ่านการใช้ Application line 3) โทรศัพท์ติดตาม ร่วมกับค้นหาปัญหาและหาแนวทางขจัดปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารก 4) ส่งข้อมูลพัฒนาการเด็กผ่านการใช้ Application line 5) นำบุคคลต้นแบบที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยได้อย่างถูกต้องร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประโยชน์และปัญหาอุปสรรคจากการใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เสริมแรงด้วยการชมเชยบุคคลที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกได้อย่างถูกต้อง

2.2 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ดังนี้ 1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor: GM) 2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor: FM) 3) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) 4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) หมายถึง ความสามารถในการใช้ภาษาพูดในการสื่อความหมาย 5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social: PS)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Consistency: IOC) เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำเครื่องมือมาใช้กับกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเท่ากับ 0.87 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ IRB No. 0243/60 โดยก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงตามเอกสารการชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และสามารถถอนตัวได้ตลอดการวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการบริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัย

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ทั้งหมด 5 ครั้ง เป็นเวลานาน 8 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 จัดกิจกรรมให้มีการดูวิดีทัศน์ปัญหาพัฒนาการล่าช้า ร่วมกับการให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

กิจกรรมครั้งที่ 2 สนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัว โดยส่งข้อมูลตัวอย่างอุปกรณ์ในการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกวัย 3 -4 ผ่านการใช้ Application line

กิจกรรมครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตาม ร่วมกับค้นหาปัญหาและหาแนวทางขจัดปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารก

กิจกรรมครั้งที่ 4 สนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตัว โดยส่งข้อมูลตัวอย่างอุปกรณ์ในการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกวัย 5 -6 เดือน ผ่านการใช้ Application line

กิจกรรมครั้งที่ 5 นำบุคคลต้นแบบที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามวัยได้อย่างถูกต้องร่วมพูดคุย

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กประโยชน์และปัญหาอุปสรรคจากการใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เสริมแรงด้วยการชมเชยบุคคลที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกได้อย่างถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มการทดลอง(pre test) ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านลักษณะของประชากร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก

ครั้งที่ 2 สิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 (post test) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก

ครั้งที่ 3 การติดตามผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 16 (post test ครั้งที่ 2) โดยให้ตอบแบบสอบถามซ้ำชุดเดียวกับการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยการทดสอบค่า t (t-test for Independent Samples) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างภายในกลุ่มด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA เมื่อพบว่ามีคู่ใดคู่หนึ่งต่างกัน ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.6 และ97.1 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.14 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.23 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 51.4 มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 31.4 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 28.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ(แม่บ้าน/กำลังศึกษา) ร้อยละ 42.9 กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 21,680 บาท กลุ่มควบคุมมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 14,752 บาท ลำดับที่การเกิดของบุตร ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 51.4 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 62.9 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เป็นครอบครัวขยายร้อยละ 80 และ 57.1 และผู้ที่เลี้ยงดูเด็กของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คือพ่อแม่ ทั้งในช่วงกลางวันและช่วงกลางคืน ร้อยละ 65.7 และ 85.7 ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ก่อนการทดลอง ภายหลังหลังการทดลองและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t	Mean difference	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้เลี้ยงดูเด็ก							
ก่อนการทดลอง	20.11	4.65	19.40	3.67	0.71	0.71	0.478
หลังการทดลอง	22.34	2.50	19.23	3.08	4.63	3.11	< 0.001*
ระยะติดตามผล	22.77	2.48	19.20	2.99	5.43	3.57	< 0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก							

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t	Mean difference	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ก่อนการทดลอง	21.43	2.84	21.11	2.12	0.52	0.31	0.602
หลังการทดลอง	23.57	2.20	21.00	2.22	4.86	2.57	< 0.001*
ระยะติดตามผล	24.11	1.84	21.14	2.13	6.24	2.97	< 0.001*
การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก							
ก่อนการทดลอง	17.71	2.66	17.82	2.43	- 0.18	-0.11	0.852
หลังการทดลอง	10.11	1.49	16.82	2.00	-15.88	-6.71	< 0.001*
ระยะติดตามผล	7.00	1.74	16.88	1.95	-22.31	-9.88	< 0.001*
พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือฯ							
ก่อนการทดลอง	44.74	9.70	46.11	7.40	-0.66	-1.37	0.509
หลังการทดลอง	52.31	4.49	44.57	7.38	5.30	7.74	< 0.001*
ระยะติดตามผล	50.88	4.75	43.42	6.19	5.64	7.45	< 0.001*
* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05							

จากตาราง 1 **การรับรู้ความสามารถตนเอง** พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=0.7, p=0.47) โดยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.63,p< .001 และ t=5.43,p< .001)

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 0.52, p = 0.602) โดยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t =4.86, p< .001 และ t=6.24, p< .001)

การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -0.18, p = 0.852) โดยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-15.88, p <.001 และ t=-22.31,p<.001)

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-0.665,p=0.509) โดยภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.300, p < .001 และ t=5.646,p< .001)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ก่อนการทดลอง ภายหลังหลังการทดลองและระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้เลี้ยงดูเด็ก							
ก่อนการทดลอง	20.11	4.65					
หลังการทดลอง	22.34	2.50	142.45	1.16	122.55	15.382	< 0.001*
ระยะติดตามผล	22.77	2.48					
การรับรู้ประโยชน์ของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย							
ก่อนการทดลอง	21.43	2.84					
หลังการทดลอง	23.57	2.20	141.16	1.45	96.94	33.137	< 0.001*
ระยะติดตามผล	24.11	1.84					
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก							
ก่อนการทดลอง	17.71	2.66					
หลังการทดลอง	10.11	1.49	2126.30	1.35	1565.82	264.142	< 0.001*
ระยะติดตามผล	7.00	1.74					
พฤติกรรมการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย							
ก่อนการทดลอง	44.74	9.70					
หลังการทดลอง	52.31	4.49	1132.85	1.41	799.81	28.078	< 0.001*
ระยะติดตามผล	50.88	4.75					

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ภายในกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบรายคู่	Mean ก่อน	Mean หลัง	Mean difference	p-value
การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้เลี้ยงดูเด็ก				
ก่อนการทดลอง- หลังการทดลอง	20.11	22.34	-2.23	0.002
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	20.11	22.77	-2.66	< 0.001*
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	22.34	22.77	-0.43	0.124
การรับรู้ประโยชน์ของคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย				
ก่อนการทดลอง- หลังการทดลอง	21.42	23.57	-2.14	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	21.42	24.11	-2.69	< 0.001*
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	23.57	24.11	-0.54	0.060
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก				
ก่อนการทดลอง- หลังการทดลอง	17.71	10.11	7.60	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	17.71	7.00	10.71	< 0.001*

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ภายในกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบรายคู่	Mean ก่อน	Mean หลัง	Mean difference	p-value
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	10.11	7.00	3.11	< 0.001*
พฤติกรรมการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย				
ก่อนการทดลอง- หลังการทดลอง	44.74	52.31	-7.571	< 0.001*
ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล	52.31	50.88	-6.143	< 0.001*
หลังการทดลอง-ระยะติดตามผล	50.88	50.88	1.429	0.120

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก ในการวัดก่อนการทดลอง- หลังการทดลอง,ก่อนการทดลอง-ระยะติดตามผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในการวัดหลังการทดลอง-ระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าคะแนนเฉลี่ยการการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการการตรวจพัฒนาการและรับวัคซีนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <$ .001) อภิปรายได้ว่า การสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกของผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งเพนเดอร์ กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เมื่อรับรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ จะส่งผลให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ตรงที่ได้รับ หรือจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และหากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ มากขึ้นจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่องกลายเป็นพฤติกรรมแบบแผนในการดำเนินชีวิต[6] สอดคล้องกับแบนดูรา กล่าวว่าการที่บุคคลจะรับรู้ความสามารถตนเองได้ ต้องได้รับการพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ปัจจัย คือ 1.การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลมากที่สุด 2.การใช้ตัวแบบจากการที่ได้สังเกตหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ 3. การชักจูงด้วยคำพูด คือการที่พูดคุยกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆให้ประสบความสำเร็จได้ และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์[10] ดังนี้

1. การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ในเรื่องพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก หลังจากนั้นมีการสาธิตและให้ผู้เลี้ยงดูเด็กฝึกทักษะในการใช้อุปกรณ์/ของเล่นเพื่อฝึกการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก พร้อมการบันทึกคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเองเกิดความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกมากขึ้น มีการใช้ตัวแบบ

บุคคลที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือฯ ได้อย่างถูกต้อง โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และชื่นชมที่สามารถปฏิบัติได้ กิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ซึ่งทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม[6]สอดคล้องกับ Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ พร้อม ๆกับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด[10] สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาธิป โยพันดุง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ(2561)[11] ได้มีการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วยการสาธิต และการฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมได้ดีขึ้น

2. การใช้ตัวแบบจากการที่ได้สังเกตหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำบุคคลต้นแบบที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือฯและบันทึกกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการใช้คู่มือฯ ประโยชน์จากการใช้คู่มือฯและปัญหาอุปสรรคจากการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สามารถขจัดปัญหาอุปสรรคนั้นได้อย่างไร ร่วมกับการดูสื่อวีดีทัศน์ (ตอนพัฒนาการล่าช้าของเด็กไทย) เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหาพัฒนาการล่าช้า และการส่งข้อมูลผ่านการใช้ Application line เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความมั่นในในการเลือกใช้อุปกรณ์รวมถึงวิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารกยิ่งขึ้น Bandura เชื่อว่าการเสนอตัวแบบหลายๆตัวจะช่วยทำให้มีการเสนอตัวแบบที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่ามีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตน ตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลายๆอย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยืดหยุ่นมากขึ้นใน การแสดงออกในหลายๆ สภาพการณ์[10]สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ไชยลาภ และคณะ(2560) [12,11] ที่มีการสนับสนุน ให้คำแนะนำและกระตุ้นเตือนผ่านทาง Application line ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างคงปฏิบัติพฤติกรรมได้ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการสื่อสารผ่านทาง Application line ไม่สามารถส่งข้อมูลเป็นกลุ่มใหญ่ได้ทั้งหมดในครั้งเดียว จึงจำเป็นต้องมีการส่งข้อมูลหลายครั้งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลอย่างทั่วถึง

3 การใช้คำพูดชักจูงเป็นการเสริมแรงด้วยคำพูด การชมเชยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นใน โดยการชื่นชมบุคคลที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกได้อย่างถูกต้อง โทรศัพท์ติดตาม เพื่อเสริมพลังทางบวกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร่วมกับค้นหาปัญหาและหาแนวทางขจัดปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กทารก ซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยได้ผลนัก ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งต้องค่อยๆ สร้างอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน ก็จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้[10]

4 การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มด้วยการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร เป็นกันเอง ไม่กดดันหรือการเปรียบเทียบ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวก ทำให้การรับรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กดีขึ้น ก็จะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้น รวมทั้งการรวมกลุ่มทำให้เกิดการได้รับอิทธิพลของสถานการณ์ (Situation influenza) ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ ไม่รู้สึกแตกแยก ส่งผลให้เกิดแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ[6]

ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกครบทุกขั้นตอน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในระยะหลังการ

ทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พิมพ์ชนก บุญเฉลิม(2555)[13]ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมารดา ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ได้นานขึ้น พัชราวดี คุณอุดม และคณะ (2555)[14]มีการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของมารดาที่มีบุตรอ้วน พบว่าเมื่อกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคและเลี้ยงดูบุตรได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ลาวัลย์ ทาวิทะ และคณะ (2559)[7]ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดของผู้ดูแลหลัก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการทารกส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกของผู้ดูแลหลัก และวิชนัน จันทร์ส่อง และวราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2559)[8]ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่ามารดาของเด็กป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีน้อยลง ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อได้ดีขึ้น

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หลังการทดลองและในระยะติดตามผล สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน อภิปรายได้ว่า เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือฯ เนื่องจากกิจกรรมที่จัดให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มทดลองมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค จากกิจกรรมดัง ที่อธิบายมาแล้วจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกที่ถูกต้อง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และรับรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาต่าง ๆจากการดำเนินกิจกรรมที่ไม่ยาก หรือวุ่นวาย ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กตามวัยที่เหมาะสมในช่วงต่าง ๆ เมื่อมีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือดังกล่าวแล้วพบว่าเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า เด็กจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการเทียบเท่าเด็กวัยเดียวกัน ช่วยลดผลกระทบที่รุนแรงตามมา สอดคล้องกับทฤษฎีของเพนเดอร์ กล่าวไว้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันทำให้บุคคลหลีกหนีที่จะปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อย บุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อม[6]สอดคล้องกับผลการศึกษาของเวียงพิงค์ ทวีพูน และคณะ(2561) [15] จัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาและภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามารดามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสูงขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ดีขึ้นตามไปด้วย ณัฐนิชา ศรีละมัย และนฤมล ธีระรังสิกุล (2559)[16]ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดามีการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารกเพิ่มขึ้นตามไปด้วย จุรีย์ นฤมิตเลิศ, และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ (2557)[17] ศึกษาพฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลบุตรวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมของบิดามารดาใน

การดูแลบุตรวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้ และกรรณิกา นาสม (2560)[18] ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแม่ยางเปี้ยว อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทันตสุขภาพช่องปาก ส่งผลให้มีทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง ทำให้ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การนำไปใช้ จากผลการวิจัยพบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารก การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือฯ และมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยทารกตามคู่มือฯที่สูงขึ้นกว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้นำผลการทดลองไปใช้ ดังนี้

1.1 รูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นการให้ความรู้ สาธิต ลองปฏิบัติ มีการส่งข้อมูลและติดตามแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น จากบุคลากรสาธารณสุขทั้งเชิงรุก เชิงรับ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ โดยบุคคลจะปฏิบัติในสิ่งที่ตนคิดว่าสิ่งนั้นจะทำให้เกิดผลดีต่อตนเอง นอกจากนี้ในการนำรูปแบบมาใช้ในการปฏิบัติงานจริงอาจต้องออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

1.2 หน่วยบริการสาธารณสุข ควรจัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นความสำคัญของพัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน และส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง รวมถึงมีการติดตาม และให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัยและเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจนมีพัฒนาการตามวัยต่อไป

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาซ้ำโดยการเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นกลุ่มเด็กเสี่ยง เช่น แรกเกิดน้ำหนักน้อย มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีปัญหาพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กกลุ่มปกติ

2.2 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มชุมชนเมือง ทำให้มีข้อจำกัดในการการคัดเลือกหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีบริบทคล้ายๆกัน ควรมีการศึกษาในชุมชนที่มีบริบทอื่นที่มีบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน เช่น ชุมชนชนบท โดยศึกษาติดตามพัฒนาการของเด็กในระยะยาว

2.3 ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ของพัฒนาการเด็กให้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า กราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปเก็บข้อมูลการวิจัย พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early Identification, Assessment and Intervention in Low- and Middle Income Countries**": a Review. Child and Adolescent Health and Development. 2012.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานประจำปีกรมอนามัย 2555**. กองแผนงาน นนทบุรี, 2555.URL https://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5309 สืบค้นเมื่อ(20 ตุลาคม 2558)
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555**. บางกอกบล็อก กรุงเทพฯ. 2555 https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id สืบค้นเมื่อ(20 ตุลาคม 2558)
4. กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย**. สยามพิมพ์นานา นนทบุรี 2558.
5. ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. **รายงานดัชนีชี้วัดคุณภาพระดับหน่วยงาน ประจำปี 2558**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2558
6. Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. **Health promotion in nursing practice** (5th ed.). Pearson Education New Jersey, 2006.
7. ลาวัลย์ ทาวิทะ, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และมาลี เอื้ออำนวย. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด ของผู้ดูแลหลักและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 43(4): 12-22, 2559.
8. วิชนัน จันทร์ส่อง, และวราภรณ์ ชัยวัฒน์. ผลของกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง. **วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย**. 9(2): 159-172, 2559.
9. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 5. : เรือนแก้วการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2553.
10. Bandura, A. **Self – Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change.** Psychological Review 84**:** 191-215, 1977
11. จุฑาธิป โยพันดุง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหญ้าขาว อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 11(3): 409 – 414, 2561
12. กนกวรรณ ไชยลาภ, สุนีย์ ละกำปั่น และนฤมล เอื้อมณีกูล. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาหญิงที่มีอาการปวดประจำเดือนชนิด ปฐมภูมิ. **วารสารสภาการพยาบาล**. 32(4): 107-119, 2560
13. พิมพ์ชนก บุญเฉลิม. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และประสิทธิภาพการดูดนม. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 30(4): 61-71, 2555.
14. พัชราวดี คุณอุดม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น, และสุธรรม นันทมงคลชัย. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูของมารดาที่มีบุตรอ้วน. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 26(3**):** 31-44, 2555.
15. เวียงพิงค์ ทวีพูน, และเสาวมาศ คุณล้าน เถื่อนนาดี. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลทารกของมารดาและภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 36(1): 136-144, 2561.
16. ณัฐนิชา ศรีละมัย, และนฤมล ธีระรังสิกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. **วารสารการพยาบาลและ การศึกษา**. 8(2): 83-94, 2559.
17. จุรีย์ นฤมิตเลิศ, และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบิดามารดาในการดูแลบุตรวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 44(2): 133-147, 2557.
18. กรรณิกา นาสม. ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านแม่ยางเปี้ยว อำเภอร้องกวาง จังหวัดแพร่ (การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยพะเยา. 2560

ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

The Effects of a Diabetes Self Management Program on Glycemic Control Behaviors and HemoglobinA1c of Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients

สาวิตรี นามพะธาย** วีนัส ลีพหกุล*** ศากุล ช่างไม้****

Savitri Namphathai, Veenus Leehalakul, Sakul Changmai

(Received: August 11,2018; Accepted: October 24,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนทดลองและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมากกว่าร้อยละ 7 จำนวน 60 ราย อายุ 20-59 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1999) และ Creer (2000) เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและแบบประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05) การศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองนี้ สามารถระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research, with two-group pre-posttest design, were to study the effects of a Diabetes Self-Management Program on Glycemic Control Behaviors and Hemoglobin A1c of Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients at outpatient clinic in a private hospital in Samut Sakhon Province. The program was developed based on the Self-Management of Kanfer (1999) and Creer (2000). The samples were 60 uncontrolled type 2 diabetic patients, aged 20 to 59 years. They were randomly assigned into the control group (n=30) and the experimental group (n=30). The control group received routine nursing care while the experimental group received a Diabetes Self-Management Program for 12 weeks. The research instrument included a Diabetes Self-Management Program, glycemic control behaviors and HBA1c assessment forms. The data were analyzed by using descriptive statistics, pair and unpaired t test.

The results showed that at posttest, the experimental group had significantly higher mean score of glycemic control behaviors than the control group (p-value <.05) whereas the control group had significantly higher HBA1c level than the experimental group. (p <.05)The results of this study indicated the effectiveness of improving glycemic control of a Diabetes Self-Management Program. Further study is needed to assess the long term effectiveness of self-management program on sustained glycemic control and diseases related to uncontrolled diabetes.

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเช่นเดียวกับภูมิภาคอื่นของโลกโดยเป็นสาเหตุ10 อันดับแรกของการตายการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโลกเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี เฉลี่ย 8 วินาที ต่อ 1 คน โดยพบมากขึ้นในวัยทำงาน[8] โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความซับซ้อนต้องได้รับความดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการลดความเสี่ยงจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการความรู้และมีการดูแลสุขภาพตนเองโดยมีบุคลากรสุขภาพให้การสนับสนุนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะเฉียบพลัน และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[8] ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการสอนให้ดูแลตัวเองโดยใช้หลักการ การจัดการตนเอง (Self-Management) จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management program) ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้ยังเข้าใจอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพอใจในคุณภาพชีวิตของตนให้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้โปรแกรมการจัดการตนเองยังช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้[7]

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนที่ช่วยให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง จากการศึกษาข้อมูลงานวิจัยพบว่า ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือเกิดจากพฤติกรรมไม่ควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรมการจัดการด้านยาที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยเหล่านี้ไม่เคยรับรู้หรือตระหนักว่าคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงถ้าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา

ดังนั้นจากปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากไม่สามารถควบคุมอาหาร การจัดการด้านการรับประทานยา ซึ่งการใช้โปรแกรมดังกล่าวในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานร่วมกันตั้งเป้าหมาย มีการแนะนำให้ความรู้ แจกคู่มือเบาหวานมีการจัดทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการติดตามทางโทรศัพท์และติดตามผลด้วยการตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและ

หลังการทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Two-group Pretest and Post- test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใน จังหวัดสมุทรสาคร โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นเวลา12 สัปดาห์ ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้เป็นเบาหวานทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และระยะเวลาที่เป็นไม่เกิน 10 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมี ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มากกว่าร้อยละ 7 หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Blood Sugar) มากกว่า 140 มก. ต่อ ดล. ติดต่อกันเกิน 2 ครั้ง ที่เข้ามารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาชัย 3 กลุ่มตัวอย่างคัดจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้างานวิจัย คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7 สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียวมีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่มีภาวะพึ่งพาไม่มีความพิการทางกายสายตาและการได้ยินเกณฑ์การคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวานเช่น ตาบอด ไตวายเกณฑ์ยุติการวิจัย คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะตั้งครรภ์เริ่มต้นรับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลินไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 การวัดและประเมินค่าทางกายภาพได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น1).ด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า4 ระดับ มีคะแนนรวม 22-88 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าแปลว่ามีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีกว่า2). ด้านการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การปฏิบัติตามหลักการใช้ยา การปฏิบัติเพื่อเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยาหรือจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการเก็บรักษายา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับมีคะแนนรวม 20-80 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าแปลว่ามีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีกว่า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้จัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self- Management) ของ Kanfer, (1999)[10]และ Creer, (2000)[9] ประกอบไปด้วย การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การเก็บรวบรวมข้อมูลและการศึกษากลุ่มย่อย (Information Collection and Education Subgroup) การจัดการและการประเมินผลข้อมูล (Information Processing and Evaluation) การทำกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมาย (Decision Marking and Modify Behavior To The Goal and Group Discussion) การกำหนดอาหาร (Meal Planning) การใช้ยาที่เหมาะสม (Proper Medication Taking) การปฏิบัติตามแผนและการติดตามเฝ้าระวังด้วยตนเอง (Action and Self-Monitoring) การประเมินปฏิกิริยาของตนเอง(Self- Reaction) การ

ประเมินผลหลังการปฏิบัติและการให้รางวัลความสำเร็จ (Evaluation and Reinforcement)

2.2 แผนการสอนการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยสื่อการสอนการนำเสนอภาพนิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานการติดตามการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2.3 การประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

2.4 สมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง จากบริษัท คอสม่า เมดิคอล จำกัด เพื่อบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด ผลการตรวจเลือดประจำปี บันทึกการรับประทานยาและอาหารในแต่ละวัน

การพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น. 13 / 2560 และทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินโครงการและการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของกระบวนการวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล อีกทั้งไม่มีผลต่อการดูแลรักษาการให้บริการที่ได้รับ และยินดีให้ข้อมูลเหมือนเดิม ข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับ จะถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะขอนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารด้านการรับประทานยาและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hba1c) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ60 ราย เป็นกลุ่มควบคุม30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 63.3 มีอายุเฉลี่ย ระหว่าง 53-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์เข้าสู่ภาวะโรคอ้วน คิดเป็น ร้อยละ 33.3 มีสถานภาพ คู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีระดับการศึกษาระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 80 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พอเพียง คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 60.0มีโรคร่วมที่ไม่ใช่โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 76.7 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 83.3 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 83.3

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแล้วพบว่า ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคร่วม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น เพศ อายุ อาชีพและระยะเวลาที่เป็นโรคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) (ตารางที่ 1)ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมด้านการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) (ตารางที่ 1) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมด้านใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามด้านการรับประทานอาหารและการใช้ยา

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		*t*	p-value
	X	S.D	X	**S.D**		
ด้านการรับประทานอาหาร						
– กลุ่มควบคุม	24.066	6.356	25.900	6.064	-4.413	.000
– กลุ่มทดลอง	24.400	6.043	40.266	2.333	-13.114	.000
t	-.208		-12.109			
p-value	.836		.000			
ด้านการใช้ยา						
– กลุ่มควบคุม	19.833	6.159	33.933	5.686	-14.643	.000
– กลุ่มทดลอง	20.400	6.089	40.266	2.333	-15.754	.000
t	-.358		-5.643			
p-value	.721		.000			

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		*t*	p-value
	X	S.D	X	**S.D**		
กลุ่มควบคุม	9.60	2.68	9.63	2.57	-.154	.878
กลุ่มทดลอง	9.336	1.81	7.86	1.70	4.780	.000
t	.446		3.135			
p-value	.658		.003			

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) (ตารางที่ 2)ส่วนกลุ่มควบคุมมีมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร และยา ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานยาดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.05)

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1ในด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยา ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากแผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเรื้อรัง มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากต่อเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาที่จำกัด จึงทำให้ลักษณะของการให้คำแนะนำและการสอนของทีมส่งเสริมสุขภาพหรือทีมพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นแค่ลักษณะการสอนทั่วๆไป เช่น งดรับประทานอาหาร หวาน เค็ม รับประทานยาสม่ำเสมอ ห้ามขาดยา ห้ามหยุดยาเอง และให้มาตรวจตามแพทย์นัด ห้ามกินยาหม้อ ยาชุด ซึ่งไม่มีแนวทางการพยาบาลหรือการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยาอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง แต่ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารและยา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง(Self-mannagement conceps) ของ Kanfer & Creer (2000)[9][10] ที่ให้ความสำคัญกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลให้สามารถดำรงชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ภายใต้การควบคุมตนเอง (Self -regulation) โดยมีบุคคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทในการกระตุ้นและเสริมแรง ให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ของตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้มองเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติ ส่งผลให้การจัดการตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตมากขึ้น โปรแกรมการจัดการตนเองที่ใช้แนวคิดของ Kanfer & Creer (2000)[9][10] นี้ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนได้แก่ 1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) การตั้งเป้าหมายเป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและบุคลากรทีมสุขภาพ มีการต่อรองและการตัดสินใจร่วมกันโดยรวมถึงการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย ควรกระทำภายหลังบุคคลได้รับการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเขียนกำหนดเป้าหมายของตัวเองในแต่ละด้าน[3] ด้วยการกำหนดแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อให้การควบคุมเบาหวานและสุขภาพดีขึ้น 2. การเก็บรวมรวมข้อมูล (Information Collection and Education Subgroup) เป็นการรวบรวมอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง มีการเฝ้าระวังตนเอง (Self-Monitoring) และการสังเกตตนเอง (Self-Observation) เป็นปัจจัยสำคัญต้องลำดับความสำคัญของปัญหาเช่นการสังเกตว่าตัวเองมีอะไรผิดปกติไปจากเดิม และต้องมีการบันทึก 3.การประมวลและการประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองสามารถที่จะประเมินผลและมีการตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง 4. การตัดสินใจ (Decision Making) ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐาน หลังจากรวบรวมข้อมูลประมวลผลและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับ

อาการเจ็บป่วยของตนเอง โดยผู้ป่วยควรมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน 5. การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย 6. การสะท้อนตนเอง (Self-Reaction) เป็นการประเมินตนเองของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตัวเองกำหนดไว้หรือไม่เพื่อให้บุคคลสามารถคาดการณ์การปฏิบัติจริงว่าต้องการฝึกทักษะเพิ่มเติมหรือไม่และทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ 7. การติดตามตนเองจากพฤติกรรมของตนเอง (Self - Monitoring) เป็นขั้นตอนที่สนใจตนเองอย่างจริงจัง มีการกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อการปฏิบัติหรือกำหนดมาตรฐานขึ้นเพื่อให้บุคคลใช้ตัดสินพฤติกรรมของตนซึ่งพฤติกรรมนี้ได้รับอิทธิพลจากค่านิยมทางสังคมและประสบการณ์ส่วนบุคคล 8. การเปรียบเทียบเป้าหมายที่ตั้งไว้กับพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้จริงหรือเป็น ขั้นตอนของการประเมิน (Self -Evaluation) 9. การเสริมแรงตนเองเมื่อตนเองสามารถปรับตนเองให้เป็นไปตามเป้าที่กำหนดหรือเป็น ขั้นตอนในการให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย (Self -Reinforcement) หลังจากที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมไม่ได้จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านอาหารและการรับประทานยาให้ดีขึ้นและทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

กิจกรรมเด่นของโปรแกรมการจัดการ โรคเบาหวานด้วยตนเองครั้งนี้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) โดยให้กำหนดเป้าหมายของตนเองในแต่ละด้าน [3] ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองเขียนเป้าหมายของตนเองลงในกระดาษโน๊ตแล้วนำไปแปะไว้บนบอร์ดรวมกัน พร้อมบันทึกลงในคู่มือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการเบาหวานด้วยตนเองและเป็นการแลกเปลี่ยนแนวความคิดการปรับพฤติกรรมของกันและกันภายในกลุ่ม ยกตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งกำหนดเป้าหมายของตนเองว่า “ ฉันต้องการลดน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด จาก 9.3 ให้ลดลง เหลือ 8.3” ผู้ป่วยรายที่สองได้เขียนกำหนดเป้าหมายของตนเองว่า “ ฉันจะลดการทานน้ำตาลให้มากที่สุด , ฉันจะพยายามลดอาหารมื้อกลางวันลง, ฉันพยายามลดน้ำตาลสะสมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และ ฉันจะพยายามควบคุมอาหาร” ผู้ป่วยอีกราย เขียนกำหนดเป้าหมายว่า “ฉันจะไม่ทานขนมหวาน ฉันจะทำให้น้ำตาลลดลงให้ได้” หลังกลุ่มทดลองได้มาเข้ากลุ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยได้ช่วยเหลือให้คำปรึกษามีการติดตามทางโทรศัพท์ และทาง Line Group Application ซึ่งทำให้กลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม เป็นผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอนตามแนวคิดของ Kanfer & Creer , (2000)[9][10] มีการเฝ้าติดตาม และบันทึกผลการปฏิบัติประเมินผลการปฏิบัติและมีการเสริมแรงให้กับตนเอง ซึ่งการเสริมแรง ผู้วิจัยได้มีการให้รางวัลกับผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นและสามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความชอบและกระตือรือร้นที่จะปรับเปลี่ยนตนเอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้และความตระหนักถึงปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหารและยา ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองดีขึ้น และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ ยิ่งยืน ,นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ,(2559)[1]ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การไม่ควบคุมอาหารและพฤติกรรมการจัดการด้านยาที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง สาวนงานวิจัยของ นันทภัส พีระพฤฒิพงศ์ และคณะ, (2557)[4] ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้และจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

อีกกิจกรรมรองลงมา คือ การทำ Group discussion ผู้วิจัยได้จัดทำกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ ความรู้ภายในกลุ่มทดลองเชิงปฏิบัติการแบ่งเป็น 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะกิจกรรม ถาม-ตอบ สื่อการสอนประกอบด้วยคอมพิวเตอร์ Power pointสอนโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ สาขาการรักษาโรคเบื้องต้น ฐานที่ 2 ให้ความรู้เรื่องอาหาร สอนโดยนักกำหนดอาหารของโรงพยาบาลมหาชัย 3 ลักษณะกิจกรรมใช้ตัวอย่างโมเดลอาหารประกอบการสอน มีการฝึกให้คิดคำนวณ

จำนวนแคลอรี่ที่ควรได้รับในแต่ละวัน การคิดค่าดัชนีมวลกาย เพื่อให้สามารถกำหนดอาหารได้ด้วยตนเอง ฐานที่ 3 ให้ความรู้เรื่องยาที่ใช้รับประทาน สอนโดยเภสัชกร โรงพยาบาลมหาชัย 3 ลักษณะกิจกรรมใช้สื่อ แผ่นพลิก ตัวอย่างรูปแบบยา ให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างยา ที่ตนเองได้รับพร้อมบอกอาการข้างเคียงที่พบและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียง ผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า "หลังกินยา มีอาการเวียนศีรษะ จึงลดขนาดยาจาก 1 เม็ด เหลือครึ่งเม็ด" ผู้ป่วยบางคนก็บอกกินแล้ว "มีอาการใจสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ" จึงหยุดยาเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทยโชคกิติคุณ, (2558) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ เช่นการรวบมื้อยา การปรับหรือลดขนาดยาเอง พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองไม่ปลอดภัยทั้งการซื้อยาใช้เองและการใช้ยาทางเลือกโดยขาดความรู้ ส่วนงานวิจัยของณัฐวรรณ ชัยมีเขียว และสุภาพักตร์ หาญกล้า , (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า จำนวนยาที่ใช้ต่อวันมีความสัมพันธ์กับการจัดการยาด้วยตนเองด้านการแพทย์ รายได้ จำนวนโรคประจำตัวที่มี ปัจจัยการมีส่วนร่วมทางสังคม เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ฐานที่ 4 Self-Mannagement โดยมีผู้วิจัยประจำฐาน ลักษณะกิจกรรมให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เขียนเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายระยะยาว แล้วอ่านให้เพื่อนๆในกลุ่มได้ฟัง พร้อมยกตัวอย่างวิธีการจัดการของตนเองที่จะทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง การทำกลุ่มนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อภิชาต ศรีสมบัตร ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา ,วิมลรัตน์ ภู่วราพุฒิพานิช และสุพรรณี จิรจริยาเวช , (2016)[6] ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่มมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ส่งผลให้การควบคุมระดับค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้น

นอกจากนี้ยังตรงกับแนวคิด Kanfer (2000)[10] ที่ให้ความสำคัญกับ 4 โดเมน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจและอารมณ์ การฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และการคำนึงถึงปัจเจกหรือบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ทำให้พยาบาลได้รับรู้ถึงความคิด ทัศนคติและปัญหาของผู้ป่วย ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันทั้งผู้ป่วยและพยาบาลในพฤติกรรมการดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้เกิดการปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ป่วยเริ่มให้ความไว้วางใจกับพยาบาลหรือผู้วิจัย ก็จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้น

2.2 แผนการสอนการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วย 2.2.1 สื่อการสอนการนำเสนอภาพนิ่งความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การควบคุมอาหาร การใช้ยาเบาหวานที่ถูกต้อง การเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2.2.2 เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน2.2.3 อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 2.2.4 การรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 2.2.5 การติดตามการตรวจค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 2.3 เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด 2.4 สมุดบันทึกเบาหวานเพื่อการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยได้รับมาจากบริษัท คอสม่า เมดิคอล จำกัด เพื่อบันทึกเตือนความจำ เน้นย้ำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2.5 แผ่นพับ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง2.6 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้สื่อการสอนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ โดยจัดทำแผ่นพลิกที่มีรูปภาพยาเบาหวานแต่ละชนิดประกอบคำสอนซึ่งทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น รวมทั้งแสดงตัวอย่างด้วยการจัดบอร์ด รูปเครื่องดื่ม อาหาร เช่น ภาชนะบรรจุนม น้ำอัดลม กาแฟ นมเปรี้ยว ขวดกระทิงแดง โออิชิ ว่ามีปริมาณน้ำตาลเท่าไร ตลอดจนทำคู่มือแจก ซึ่งในเนื้อหาจะมีให้กลุ่มทดลองกำหนดเป้าหมาย เขียนอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ พร้อมวิธีคำนวณพลังงานที่ควร

ได้รับในแต่ละวันที่สอดคล้องกับเนื้อหาของโปรแกรมจะช่วยให้กลุ่มทดลองกลับไปทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและพฤติกรรมการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนด โดยแบ่งเป็นฐานในการทำกิจกรรมกลุ่มดังนี้ ฐานที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ฐานที่ 2 ให้ความรู้เรื่องยา ฐานที่ 3 ให้ความรู้เรื่องอาหาร และฐานที่ 4 Self-Management หลังได้รับความรู้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกือบทุกรายมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในการจัดการ การดูแลตนเองที่ดีเกี่ยวกับโรคมากขึ้น สามารถรับรู้และเข้าใจอย่างละเอียดในการแก้ไขพฤติกรรมต่างๆได้ตรงกับปัญหาของกลุ่มทดลองแต่ละคน หลังได้รับความรู้ผู้ป่วยรายหนึ่ง บอกว่า ถ้าตนเองมีความรู้ความเข้าใจและมีความตระหนักก่อนจะมาเข้าร่วมโปรแกรม มีความเข้าใจผิดเคยคิดว่า ยาเบาหวานไม่จำเป็นต้องกินทุกวันก็ได้ หากวันไหนรู้สึกว่าอาการดีขึ้น หรือผู้ป่วยบางรายก็ บอกว่านอกจากการรับประทานยาที่แพทย์สั่งแล้วยังสามารถกินยาหม้อ ยาสมุนไพรได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คลีโอพัตรา ไชยศรี , ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และ ธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์. (2555)[2] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรค ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อาจเนื่องจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลคล้ายคลึงกันไม่มีความหลากหลาย จึงทำให้พฤติกรรมการใช้ยาไม่แตกต่างกัน

แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้เรียนรู้และเข้าใจถึงอาการข้างเคียงจากยาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Kanfer & Creer, (2000)[9][10] ที่กล่าวถึงทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Mannagement) ด้วยกระบวนการสร้างทักษะ การคิดแก้ปัญหาและทักษะการวางแผนจัดการปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องอาศัยการควบคุมพฤติกรรมในด้านต่างๆ คือ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการรับประทานยา โปรแกรมนี้จะเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการแนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเอง มีวิธีการจัดการกับตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ด้วยตนเองได้ดีขึ้น และยังช่วยให้ผู้วิจัยมีโอกาสทราบถึงข้อมูลหรือสาเหตุที่มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และใช้เป็นแนวทางในการแนะนำให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ไปใช้ในการดูแลสุขภาพ การจัดการกับสุขภาพของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และยาได้ถูกต้อง

ส่วนในกระบวนการเสริมแรงผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองเสริมแรงด้วยตนเอง โดยการให้รางวัลแก่ตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น ไปเดินเที่ยว ชอปปิ้ง รับประทานอาหารที่ตนเองชอบ 1วัน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ติดตาม ให้คำปรึกษา การทำ Line group, การโทรติดตามอาการทุกสัปดาห์ทางโทรศัพท์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยินดีให้ความร่วมมือและชอบโปรแกรมที่จัดให้มีการเสนอขอทำต่อเนื่องและสุดท้ายมีการให้รางวัลกับผู้ที่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการรับประทานยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<.05$ แต่หลังจากกลุ่มทดลองรับการจัดการตนเองตามโปรแกรม พบว่าพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเมื่อเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแล

ตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานยาดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.05

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหาร พบว่า มีบางข้อคำถามที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับพฤติกรรมที่ดีก่อนจะเข้าร่วมโปรแกรม สรุปจากการวิเคราะห์รายข้อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการรับประทานอาหารและยาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมดีกว่าก่อนการทดลอง อาจเป็นเพราะที่แผนกคลีนิคโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาชัย 3 มีพยาบาลและทีมส่งเสริมสุขภาพมาให้ความรู้ มีการสอนในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านอาหารและยารวมทั้งอื่นๆที่เกี่ยวข้องเป็นประจำทุกสัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีพยาบาลเวชปฏิบัติออกตรวจคัดกรองช่วยแพทย์ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันอาทิตย์ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ และนำไปปฏิบัติ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยมีความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง คือ ผู้ป่วยเชื่อว่า แพทย์ พยาบาล บุคคลในครอบครัว มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อพิจารณารายข้อ พบมีบางข้อไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05)ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ คลีโอพัตรา ไชยศรี , ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา,วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์, (2555)[2] ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) อาจเนื่องจากลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนใหญ่มีลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวคล้ายคลึงกันไม่มีความหลากหลาย จึงพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาบางข้อไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการดูแลการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 7.86 (S.D. = 1.70) กลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 9.63 (S.D.= 2.57) ผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้ แสดงถึง การเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีประสิทธิภาพดี ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ ซึ่งได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ[1] และโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้และจัดการตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลง [4] การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองตามแนวคิดของ Kanfer (1999)[10] และ Creer (2000)[9] ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่ต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาโดย มีการตั้งเป้าหมายที่ระบุขั้นตอนชัดเจน ประกอบด้วย ให้ผู้ป่วยเลือกสิ่งที่ตัวเองสนใจ มีการตั้งเป้าหมายระยะสั้น , ตั้งเป้าหมายระยะยาว, สามารถเตรียมการกับสิ่งที่ท้าทาย, มีการสร้างแรงจูงใจ และให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์สุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มควบคุมหลังได้รับ

การพยาบาลตามปกติ มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นเช่นกัน แต่ยังดีไม่พอที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำโปรแกรมดังกล่าวมาจัดทำเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถจัดการกับโรคได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ควรนำเสนอผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ต่อผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการสนับสนุนการใช้โปรแกรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายภายในองค์กรได้

3. ควรเผยแพร่โปรแกรมดังกล่าวไปยังคลีนิคในเครือโรงพยาบาลมหาชัยและโรงพยาบาลอื่นๆเพื่อใช้เป็นประโยชน์หรือเป็นโปรแกรมทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและยาให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

4. ควรมีการติดตามผลการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 กรรณิการ์ ยิ่งยืน และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2559). นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือด สูง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *31 (6)* : 365-371

2 คลีโอพัตรา ไชยศรี, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และ ธวัชชัย พีรพัฒน์ดิษฐ์.(2555).*ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*,*วารสารพยาบาลศาสตร์ 31(3)* : 48-55.

3 ทัศนีย์ ขันทอง แสงอรุณ อิสระมาลัย พัชรีคงจักรพันธ์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง.*วารสารการพยาบาล*, 28 (1):85-99เทพ หิมะทองคำ. (2552). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์*.(พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร:บริษัทวิทยพัฒน์.

4 นันทภัส พีระพฤฒิพงศ์, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ อำภาพร นามวงศ์พรหม. (2555). *ผลของโปรแกรม* การจัดการการดูแลตนเองต่อความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2.*วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30 (2) : เมษายน

5 สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2554). *สถิติที่ประชากรไม่ทราบว่าตัวเองเป็นเบาหวาน*สืบค้น 20 กรกฎาคม 2560, จาก http://iregist.igenco.co.th/web/dmthai_old/tags/list/121?page=1

6 อภิชาต ศิริสมบัติ, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช และ สุพรรณี จิรจริยาเวช.(2559). *ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่มต่อระดับฮีโมโกลบินเอ วัน ซี ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2* .คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

7 อารีย์ เสนีย์. (2557).โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.*วารสารทหารบก*,15 (2)

8 American Diabetes Association. (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care, 34*(Suppl 1), 62-69.

9 Creer, L.T. (2000). *Self.management at chronic illness.* Handbook at self regulation. California: Academic.

10 Kanfer, F.H., & Gaelick – Bays, L. (1991). *Self.managementMedthod*. In Kanfer FH, Goldsteinn A, editors.Helping people change: A text book at medthods. 8th ed. New York: Pergumon press.

องค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3

The Components of Indicators on Scientific Mind of Senior Elementary Students Khon Kaen Primary Educational Service Area 3

รัชนีกร ยิ่งชนะ[1] ไพโรจน์ เติมเตชาติพงศ์ ไพศาล สุวรรณน้อย

Ratchaneekorn Yingchana * Phairoth Termtachatipongsa** Paisan Suwannoi

(Received: June 28,2018; Accepted: August 10,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3 จำนวน 663 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่ครอบคลุม 7 คุณลักษณะ ได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น ความมีเหตุผล ความใจกว้าง ความซื่อสัตย์ ความเพียรพยายามมุ่งมั่น ความรับผิดชอบ ความสนใจและซาบซึ้งในคุณค่าวิทยาศาสตร์ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 2 (Second order Confirmatory Analysis)

ผลการวิจัย พบว่าองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ประกอบด้วย 7 คุณลักษณะ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ทั้ง 7 องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก มีค่าอยู่ระหว่าง .810 - .998 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกองค์ประกอบ เมื่อเรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย คือ องค์ประกอบด้านความอยากรู้อยากเห็น (b = .944) ความมีเหตุผล (b = .939) ความซื่อสัตย์ (b = .918) ความเพียรพยายามมุ่งมั่น (b = .998) ความรับผิดชอบ (b = .995) ความใจกว้าง (b = .940) และ ความสนใจซาบซึ้งในคุณค่าของวิทยาศาสตร์ (b = .810) โดยโมเดลการวัดที่สังเคราะห์ขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (χ^2= 396.043, df= 352, (χ^2/ df = 1.125, p- value = 0.053, RMSEA = 0.014, CFI = 0.990, TLI= 0.985, SRMR= 0.035)

คำสำคัญ : องค์ประกอบเชิงยืนยัน จิตวิทยาศาสตร์

Abstract

The purpose of this study was to investigate the component of indicators on scientific mind of senior elementary students. Research samples were 663 senior elementary students of the Office of Khon Kaen Primary Educational Service Area 3 from simple random sampling method. Desirable Characteristic Assessment Forms with 5 Rating Scales were collected data on Curiosity, Rationality, Generosity, Honesty, Intention, Responsibility, Interesting and Sentimentality in Science and data were analyzed by Second order Confirmatory Analysis.

The finding indicated that the component of indicator on scientific mind of senior elementary students were consisted of 7 characteristics which were pointed out confirmatory factors at .081-.998 and all components were at .05 statistical significance as

[1] *นักศึกษาระดับปริญญาเอก สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ED,Ph.D.Students in Curriculum and Instruction, the Faculty of Education , Khon Kaen University

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Assistant Professor Dr. in Curriculum and Instruction, the Faculty of Education , Khon Kaen University

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Assistant Professor Dr. in Science, the Faculty of Education , Khon Kaen University

Curiosity (b=.944), Rationality (b=.939), Honesty (b=.918), Intention (b = .998), Responsibility (b=.995),Generosity (b=.940)Interesting and Sentimentality in Science (b=.810). Accordingly, measurement model was good fit the empirical data (χ^2= 396.043, df= 352, (χ^2/ df = 1.125, p- value = 0.053, RMSEA = 0.014, CFI = 0.990, TLI= 0.985, SRMR= 0.035).

Keywords: Confirmatory Factors Analysis, Scientific mind

บทนำ

การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนามนุษย์ ให้มีความเจริญทางสติปัญญาและทักษะต่างๆให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีเป้าหมาย คือการเตรียมกำลังคนเพื่อเป็นกำลังทางเศรษฐกิจของชาติในอนาคต เป็นที่ยอมรับอย่างสากลว่า วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นพื้นฐานของการพัฒนาและการแข่งขันทางเศรษฐกิจ ฉะนั้นประเทศชาติจึงให้ความสำคัญกับการศึกษาวิทยาศาสตร์ในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และยังเป็นการเตรียมประชาชนให้สามารถอยู่ในสังคมวิทยาศาสตร์ได้เป็นอย่างดี และไม่เป็นตัวถ่วงของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ[1] นอกจากนั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ยังให้ความสำคัญโดยวางนโยบายของการศึกษาเพื่อมุ่งพัฒนากำลังคนตามความต้องการของชาติ เน้นนโยบายเพื่อการแข่งขันเชิงเศรษฐกิจในประชาคมโลก และกำหนดทิศทางให้ความสำคัญแก่ประเด็นวิทยาศาสตร์ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้ามามีบทบาทในมาตรฐานการแข่งขัน ซึ่งความเจริญเหล่านี้ถูกขัดเกลาโดยผ่านช่องทางการศึกษา ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) พ.ศ.2545 ที่ยึดหลักการศึกษาว่าผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ กระบวนการจัดการศึกษาจะต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถได้พัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย จึงกำหนดแนวทางให้โรงเรียนได้ยึดตามหลักสูตรแกนกลางที่มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพตามที่กำหนด ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดสมรรถนะสำคัญและคุณลักษณะที่พึงประสงค์

การจัดการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์จึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาโลก เพราะวิทยาศาสตร์เกี่ยวข้องกับทุกคนทั้งในชีวิตประจำวันและอาชีพต่างๆ ตลอดจนเทคโนโลยีเหล่านี้ล้วนเป็นผลของความรู้วิทยาศาสตร์ผสมผสานกับความคิดสร้างสรรค์และศาสตร์อื่นๆ วิทยาศาสตร์ช่วยให้มนุษย์พัฒนาทั้งวิธีคิด ความเป็นเหตุเป็นผล คิดสร้างสรรค์ คิดวิเคราะห์ วิจารณญาณ มีทักษะสำคัญในการค้นหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ สามารถตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่หลากหลาย มีประจักษ์พยานตรวจสอบได้ วิทยาศาสตร์จึงเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ทุกคนจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้รู้วิทยาศาสตร์ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในธรรมชาติและเทคโนโลยีที่มนุษย์สร้างขึ้นสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างมีเหตุผล สร้างสรรค์และมีคุณธรรม [2]

สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.) เป็นองค์กรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการสอนวิทยาศาสตร์ของชาติ และได้ดำเนินการทุกรูปแบบในการส่งเสริมการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ โดยเน้นการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนมีบทบาทโดยตรง (Active role) โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง เพื่อเป้าหมายหลักที่ต้องการให้เกิดกับผู้เรียน คือ “คิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น” สอดคล้องกับธรรมชาติของวิทยาศาสตร์ ที่เป็นกระบวนการของการแสวงหาเหตุและผลที่ได้จากเหตุ นั่นคือ วิทยาศาสตร์เป็นกระบวนการหาความรู้ แล้วนำความรู้และทักษะที่ได้มาพัฒนา หรือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การออกแบบการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์จึงต้องให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและให้ผู้เรียนตระหนักการเรียนวิทยาศาสตร์แบบองค์รวม ไม่เรียนวิทยาศาสตร์แบบแยกส่วน เพราะความรู้ต่างๆล้วนเกี่ยวพันและส่งผลกระทบต่อเนื่องกันไป [3] ดังนั้นสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จึงได้กำหนดมาตรฐานครูวิทยาศาสตร์ มุ่งหวังให้ครูเข้าใจในธรรมชาติวิทยาศาสตร์ ในด้านเนื้อหา หลักสูตร

กระบวนการสืบเสาะหาความรู้ การแก้ปัญหา รวมทั้งการนำความรู้ความเข้าใจไปสร้างประสบการณ์ทำให้เนื้อหาวิชามีความหมายต่อผู้เรียนที่ให้ผู้เรียนเห็นการเชื่อมโยงของการปรับใช้ความรู้ในสถานการณ์อื่นๆ หรือความสำคัญของการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดและธรรมชาติวิทยาศาสตร์ มีทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มีเจตคติที่ดีต่อวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี [5]ดังนั้น เป้าหมายของการสอนวิทยาศาสตร์คือ การพัฒนาพลเมืองให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์ มีคุณค่า มีเจตคติ และมีทักษะในการสืบเสาะหาความรู้ [4]

จากการสะท้อนการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์พบว่าถึงแม้ว่าจะให้ผู้เรียนได้สืบเสาะหาความรู้โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ได้ลงมือทำการทดลองต่างๆ แต่เป็นการทดลองที่จบในบทเรียนเนื้อหานั้นๆ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้สอบ นักเรียนควรตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้วิทยาศาสตร์อย่างแท้จริง การขาดความสนใจเรียนวิทยาศาสตร์จึงเป็นเรื่องที่นักการศึกษามีความวิตกกังวล เพราะวิทยาศาสตร์ ไม่ใช่ความรู้ที่หยุดนิ่ง ความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความกังวลที่เกิดขึ้นคือ ถ้าหากผู้เรียนขาดความสนใจในวิทยาศาสตร์ อาจหมายถึงเมื่อมีการตัดสินใจในสังคมจะทำให้ความเป็นวิทยาศาสตร์ และความเป็นเหตุเป็นผลน้อยลง [5]ในอดีตการศึกษาวิทยาศาสตร์มุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนในด้านสติปัญญาเป็นหลัก และมุ่งทักษะกระบวนการในระยะเวลาต่อมา แต่ก็ยังไม่สอดคล้องกับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพการณ์ของโลกตลอดเวลา และภายใต้กระบวนการพัฒนาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทำให้เห็นว่า “สิ่งถูกต้องในวันนี้ อาจจะเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องในอนาคตก็ได้” ดังนั้น การเรียนรู้จึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงแค่ในโรงเรียนหรือเฉพาะการสะสมความรู้ที่มีอยู่เท่านั้น ผู้เรียนควรได้รับการพัฒนาในด้านจิตพิสัย โดยมุ่งพัฒนาคุณลักษณะต่างๆ ในด้านความรู้สึกอารมณ์ เช่นความสนใจ เจตคติที่ต้องการความอยากรู้อยากเห็น ความซาบซึ้ง เพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเหนียวแน่น ตลอดจนสร้างเป็นนิสัยที่ดีงาม [6] คุณลักษณะเหล่านี้ คือ จิตวิทยาศาสตร์นั่นเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะของความเป็นวิทยาศาสตร์ ที่มีความเกี่ยวข้องทั้งส่วนของความรู้ ความคิด และความเชื่อ นำไปสู่พลังแห่งการเรียนรู้ [7] จะทำให้ผู้เรียนเป็นผู้มีลักษณะใฝ่รู้ใฝ่เรียน เป็นแรงผลักดันให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น การเสาะแสวงหาคำตอบ ซึ่งคุณลักษณะสำคัญนี้จะเอื้ออำนวยต่อการแสวงหาให้ได้มาซึ่งความรู้ตลอดชีวิต

ในขณะเดียวกันประเทศที่พัฒนาแล้วยังพบว่านักเรียนเริ่มไม่สนใจและเห็นคุณค่าของวิทยาศาสตร์มากขึ้น [8] และผลการสำรวจที่นักเรียนไทยที่แสดงออกถึงความสนุกสนาน ความพึงพอใจที่ได้เรียนรู้วิทยาศาสตร์ในเรื่องใหม่ๆ พบว่า ความสัมพันธ์การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวก นั่นคือนักเรียนที่ให้ความสนใจ การให้คุณค่าทางวิทยาศาสตร์สูงกลับมีคะแนนการรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ต่ำ ส่วนนักเรียนที่มีคะแนนสูงกลับให้ความสนใจหรือให้คุณค่าต่ำ [9] นั่นคือผู้เรียนที่เรียนรู้ได้ดีแต่กลับไม่มีความสนใจวิทยาศาสตร์อย่างแท้จริง ซึ่งเมื่อนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไปใช้ต่อยอดนักเรียนจึงไม่มีความกระตือรือร้น ที่อยากจะแก้ปัญหาหรือใฝ่หาความรู้เพื่อพัฒนาตนเอง นั่นเป็นเพราะผู้เรียนเห็นว่าการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันไม่ตอบสนองเป้าหมายของผู้เรียน เพราะผู้เรียนมุ่งไปที่คะแนนสอบหรือการเข้ามหาวิทยาลัยเป็นสำคัญ การเน้นให้ผู้เรียน เรียนเพื่ออยากพัฒนาตนเองตลอดชีวิต เห็นความสำคัญของวิทยาศาสตร์ และเสริมสร้างความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ที่ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงแค่ภายในโรงเรียน แต่เมื่อเรียนจบออกไปผู้เรียนจะต้องมีการใฝ่รู้ใฝ่เรียน อยากประสบความสำเร็จให้เกิดขึ้นภายในจิตใจ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ภายใต้สภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่หนุนให้ผู้เรียนเกิดความกระหายใคร่รู้ มุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองในการแก้ปัญหา จนนำไปสู่

การตระหนักในคุณค่าของตนเองและการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆในที่สุด

จิตวิทยาศาสตร์ (Scientific Mind) เป็นพลังในการขับเคลื่อนความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมที่แสดงออกตลอดจนลักษณะของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหาความรู้ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ การกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้น ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และการแสวงหาความรู้ใหม่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่สำคัญอย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้เรียน การจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ในชั้นเรียน ถ้าทำให้ผู้เรียนมีความชอบ ความสนใจ หรือมีความรู้สึกที่ดีต่อวิทยาศาสตร์ และกระบวนการค้นหาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ จะเป็นการพัฒนาคุณลักษณะของจิตวิทยาศาสตร์ในเบื้องต้นที่จะส่งผลให้ผู้เรียนมีจิตใจไปในทางที่ดีต่อการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ เห็นคุณค่าของการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เกิดเป็นพลังแห่งการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนเป็นผู้ใฝ่รู้ในวิทยาศาสตร์ไปตลอดชีวิต มีการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ให้ถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาผู้เรียนจะมีความมุ่งมั่น อยากหาคำตอบ เพราะมีความชอบ ความสนใจ หรือมีความรู้สึกที่ดีต่อวิทยาศาสตร์และกระบวนการค้นหาความรู้ทางวิทยาศาสตร์ สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้คิดและตัดสินใจ ซึ่งคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ได้มีนักการศึกษามากมายเกี่ยวกับคุณลักษณะที่บ่งชี้ถึงจิตวิทยาศาสตร์จากผลการสรุปแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์และตัวบ่งชี้จิตวิทยาศาสตร์ สามารถกำหนดคุณลักษณะของจิตวิทยาศาสตร์ได้ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความอยากรู้อยากเห็น 2) ความมีเหตุผล 3) ความซื่อสัตย์ 4) ความเพียรพยายามมุ่งมั่น 5) ความรับผิดชอบ 6) ความใจกว้าง 7) ความสนใจและซาบซึ้งในคุณค่าของวิทยาศาสตร์ ซึ่งคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ทั้ง 7 ด้านยังสอดคล้องกับบริบทการศึกษาของประเทศไทยที่ได้กำหนดคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียนไว้ในหลักสูตรแกนกลาง โดยมีด้านใฝ่รู้ใฝ่เรียน ความซื่อสัตย์ ความมุ่งมั่นในการทำงานไว้ในการประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้เรียน และยังสอดคล้องกับคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ที่สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้กำหนดไว้ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ด้านความอยากรู้อยากเห็น เป็นความกระตือรือร้นที่มุ่งให้ผู้เรียนเสาะแสวงหาความรู้ ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย ย่อท้อ ชอบศึกษาสิ่งแปลกใหม่รอบๆตัว ส่งเสริมให้ผู้เรียนใฝ่รู้ใฝ่เรียนรักการเรียนรู้ และทำให้ผู้เรียนมีชีวิตชีวาตลอดการศึกษา จนสามารถรับผิดชอบงานและชีวิตตนเองได้ [10] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อบ่มเพาะจิตวิทยาศาสตร์ให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนในระดับประถมศึกษาตอนปลาย ให้มีรูปแบบชัดเจน ครอบคลุมคุณลักษณะของจิตวิทยาศาสตร์ และองค์ประกอบสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดขอนแก่น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3

วิธีการวิจัย

ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบของคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmation Factor Analysis)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3 ที่ได้จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Hair et al. (1998) [11] ที่เสนอว่า จำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ 20 เท่าของตัวแปรที่สังเกตได้

การวิจัยครั้งนี้มีพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า จำนวน 33 พารามิเตอร์ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 660 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่าง 663 คน ถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับใช้ในการวิจัย การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่นเขต 3 เป็นหน่วยในการสุ่ม โดยใช้หลักการสุ่ม 50% ของโรงเรียนทั้งหมด โดยโรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่นเขต 3 ปีการศึกษา 2560 มีจำนวนทั้งหมด 186 โรงเรียน จำนวนนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย 6,042 คน เมื่อใช้หลักการสุ่ม 50% ของโรงเรียนทั้งหมด จึงได้โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 93 โรงเรียน จากนั้นสุ่มนักเรียนจำนวน 663 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามประเด็นรายการพฤติกรรมที่ผู้ตอบแบบประเมินได้ในการปฏิบัติจริงหรือเห็นด้วยตามตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ มีขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และแนวคิดที่เกี่ยวกับการสร้างแบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ สังเคราะห์ตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ได้ 7 คุณลักษณะ ได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น ความมีเหตุผล ความใจกว้าง ความซื่อสัตย์ ความมุ่งมั่นพยายาม ความรับผิดชอบ ความสนใจและซาบซึ้งในคุณค่าวิทยาศาสตร์ สร้างแบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่ครอบคลุม 7 คุณลักษณะ ได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น ความมีเหตุผล ความใจกว้าง ความซื่อสัตย์ ความมุ่งมั่นพยายาม ความรับผิดชอบ ความสนใจและซาบซึ้งในคุณค่าวิทยาศาสตร์

2) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนวิทยาศาสตร์ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์ จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ด้วยการให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับองค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ด้วยวิธี Index of Congruence กำหนดค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป แก้ไขแบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ ในด้านการใช้ภาษาของข้อคำถามให้เข้าใจง่ายและแก้ไขการเขียนข้อคำถามในรูปการปฏิเสธซ้อน โดยคัดเลือกข้อถามที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0 ซึ่งได้ข้อคำถามจำนวน 67 ข้อ

3) นำแบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ไปทดลองใช้กับนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้นำไปทดลองกับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบ้านบ่อตะครองโนนฝ้ายสามัคคี จำนวน 53 คน วิเคราะห์หาคุณภาพของแบบประเมินจิตวิทยาศาสตร์ โดยวิเคราะห์รายข้อเพื่อหาค่าอำนาจจำแนก ใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพจำนวน 63 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.21-0.76 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ทั้งฉบับโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach มีค่าเท่ากับ 0.934

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ของตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจหาค่าน้ำหนักองค์ประกอบ และยืนยันองค์ประกอบตัวชี้วัดของคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ดังตารางที่ 2

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

องค์ประกอบของโมเดลการวัด		เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ			R^2
		b	SE	t	
Cu (ความอยากรู้อยากเห็น)	cu1	0.435	0.039	11.100	0.189
	cu2	0.172	0.042	4.067	0.030
	cu3	0.422	0.043	9.823	0.178
	cu4	0.443	0.042	10.578	0.196
	cu5	0.244	0.046	5.351	0.060
Ra (ความมีเหตุผล)	ra1	0.369	0.038	9.801	0.136
	ra2	0.410	0.037	11.156	0.168
	ra3	0.275	0.040	9.904	0.076
	ra4	0.655	0.028	23.162	0.429
	ra5	0.649	0.029	22.718	0.421
Ho (ความซื่อสัตย์)	ho1	0.053	0.044	1.203	0.003
	ho2	0.406	0.043	9.407	0.164
	ho3	0.467	0.043	10.974	0.218
	ho4	0.380	0.040	9.405	0.144
	ho5	0.649	0.042	15.338	0.422
Pe (ความเพียรพยายามมุ่งมั่น)	pe1	0.549	0.030	18.211	0.302
	pe2	0.427	0.035	12.178	0.182
	pe3	0.618	0.027	22.868	0.382
	pe4	0.355	0.038	9.278	0.126
	pe5	0.376	0.037	10.244	0.141
Re (ความรับผิดชอบ)	re1	0.372	0.037	10.020	0.139
	re2	0.535	0.032	16.819	0.286
	re3	-0.013	0.043	-0.314	0.000
	re4	0.315	0.039	8.122	0.099
	re5	0.564	0.030	19.030	0.318
Ge (ความใจกว้าง)	ge1	0.434	0.046	9.515	0.188
	ge2	0.597	0.045	13.350	0.356
	ge3	0.110	0.042	2.607	0.012
	ge4	0.385	0.038	10.048	0.148
As	as1	0.406	0.039	10.518	0.165

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์

องค์ประกอบของโมเดลการวัด		เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ			R^2
		b	SE	t	
(ความสนใจและซาบซึ้งในคุณค่าวิทยาศาสตร์)	as2	0.509	0.039	13.209	0.259
	as3	0.687	0.031	22.380	0.472
	as4	0.648	0.030	21.701	0.419

*$p > .05$

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อศึกษาองค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย มี 7 องค์ประกอบ 33 ตัวบ่งชี้นั้น พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้วัด 32 ตัวมีค่าเป็นบวก อยู่ระหว่าง 0.110-0.655 และมี 1 ตัวชี้วัดมีค่าเป็นลบซึ่งมีค่าเท่ากับ -0.013 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาตัวชี้วัดในแต่ละองค์ประกอบพบว่า

องค์ประกอบความอยากรู้อยากเห็น (Cu) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 5 ตัว มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.172-0.443 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวชี้วัด เรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยคือ มีความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองสนใจ (b=0.443) มีความต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่ตนสนใจ (b=0.435) มีคำถามเกี่ยวกับในสิ่งที่ตนเองสนใจอยากรู้ (b=0.422) มีความปรารถนาที่จะเสาะแสวงหาความรู้ที่เป็นสิ่งใหม่ (b=0.244) และสนใจในเรื่องวิทยาศาสตร์ที่กำลังเป็นประเด็น (b=0.172) ตามลำดับ

องค์ประกอบความมีเหตุผล (Ra) ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.275-0.655 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวชี้วัด เรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยคือ ยึดมั่น เห็นคุณค่าในหลักเหตุผลและต้องการพิสูจน์ถึงข้อเท็จจริงต่างๆ (b=0.655) รวบรวมข้อมูลเพียงพอก่อนจะลงข้อสรุปเรื่องราวต่างๆ (b=0.649) มีการยอมรับและต้องการคำอธิบายที่มีเหตุผล (b=0.410) มีการอธิบายและแสดงความคิดอย่างมีเหตุผล (b=0.369) และไม่เชื่อโชคลาง คำทำนาย หรือเรื่องที่ขาดประจักษ์พยานที่น่าเชื่อถือ (b=0.275) ตามลำดับ

องค์ประกอบความซื่อสัตย์ (Ho) ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.053-0.649 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวชี้วัด เรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยคือ มีการนำเสนอข้อมูลตามจริง แม้จะแตกต่างจากผู้อื่น (b=0.053) มีการบันทึกผลต่างๆ โดยปราศจากความลำเอียงหรืออคติ (b=0.406) มีความมั่นคงหนักแน่นต่อผลการพิสูจน์ (b=0.467) ไม่คัดลอกผลงานผู้อื่นมาเป็นของตน (b=0.380) และยกย่องบุคคลที่เสนอข้อมูลจริง (b=0.649) ตามลำดับ

องค์ประกอบความเพียรพยายามมุ่งมั่น (Pe) ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.376-0.618 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวชี้วัด เรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยคือ มีความปรารถนาที่จะเข้าถึงความจริงที่ถูกต้อง (b=0.549) ไม่ท้อถอย เมื่อมีอุปสรรคหรือความล้มเหลว (b=0.427) มีความตั้งใจแน่วแน่ในการเสาะแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง (b=0.618) มีความอดทนต่อการถูกโจมตีหรือคัดค้านและความผิดพลาดต่างๆ เพื่อรอคอยคำตอบของปัญหาที่ถูกต้อง (b=0.355) และมีความพยายามในการทำงานให้สำเร็จตามที่ได้รับมอบหมาย (b=0.376) ตามลำดับ

องค์ประกอบความรับผิดชอบ (Re) ประกอบด้วย 5 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 4 ตัว

เป็นบวกอยู่ระหว่าง 0.315-0.564 และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 1 ตัวเป็นลบมีค่าเท่ากับ -0.013 ทุกตัวชี้วัดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยคือ ยอมรับผลการกระทำของตนทั้งที่เป็นผลดีและผลเสีย (b=0.564) มีความเอาใจใส่ต่อการเรียนวิทยาศาสตร์ (b=0.535) ปฏิบัติงานในหน้าที่ให้สำเร็จเต็มความสามารถและตรงเวลา (b=0.372) ตระหนักถึงผลที่มีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (b=0.315) และ ทำงานให้สมบูรณ์ตรงตามที่กำหนด (b=-0.013) ตามลำดับ

องค์ประกอบความใจกว้าง (Ge) ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.110-0.597 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวชี้วัดเรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย คือ ยอมรับความคิดเห็นใหม่ๆ ไม่ยึดในแนวความคิดของตน (b=0.597) รับฟังข้อโต้แย้ง หรือการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น (b=0.434) เผยแพร่ความรู้และความคิดเห็นของผู้อื่น (b=0.385) และยินดีให้มีการค้นหาข้อมูลและพิสูจน์ข้อเท็จจริงเพิ่มเติม (b=0.110) ตามลำดับ

องค์ประกอบความสนใจซาบซึ้งในคุณค่าของวิทยาศาสตร์ (As) ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.406-0.687 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวชี้วัด เรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อยคือ ใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์ (b=0.687) ศรัทธาและซาบซึ้งต่อผลงานทางวิทยาศาสตร์ (b=0.648) เอาใจใส่ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์ (b=0.509) และมีความสนใจและชื่นชอบวิทยาศาสตร์ (b=0.406) ตามลำดับ

ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) และสัมประสิทธิ์คะแนนองค์ประกอบของคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์

องค์ประกอบของโมเดลการวัด	เมทริกซ์น้ำหนักองค์ประกอบ			R2
	b	SE	t	
Cu (ความอยากรู้อยากเห็น)	0.944	0.056	16.924	0.891
Ra (ความมีเหตุผล)	0.939	0.026	36.260	0.882
Ho (ความซื่อสัตย์)	0.918	0.046	19.903	0.843
Pe (ความเพียรพยายามมุ่งมั่น)	0.998	0.000	3372.563	0.996
Re (ความรับผิดชอบ)	0.995	0.001	920.187	0.990
Ge (ความใจกว้าง)	0.940	0.055	16.975	0.884
As (ความสนใจและซาบซึ้งในคุณค่าวิทยาศาสตร์)	0.810	0.027	29.680	0.656

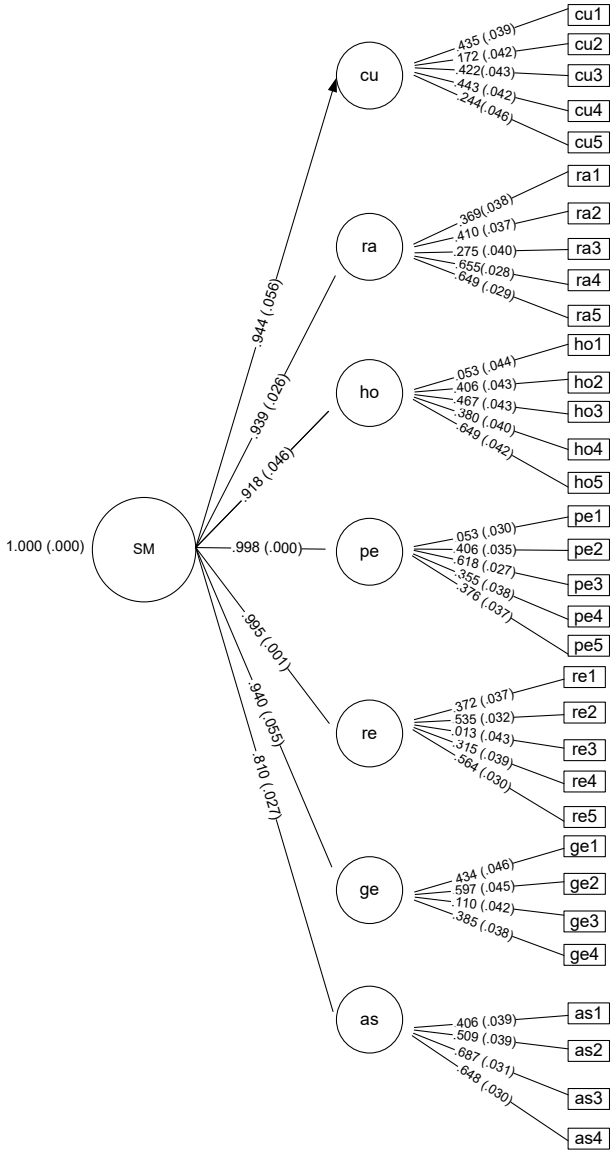
*$p > .05$

$\chi 2$ = 396.043 df= 352 $\chi 2$ / df = 1.125 *p -value* = 0.053 RMSEA = 0.014

CFI = 0.990 TLI= 0.985 SRMR= 0.035

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่า มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ทั้ง 7 องค์ประกอบมีค่าเป็นบวก โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 0.810-0.998 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกองค์ประกอบ เมื่อเรียงลำดับตามค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปน้อย คือ องค์ประกอบด้านความเพียร

พยายามมุ่งมั่น (b=0.998) ความรับผิดชอบ (b=0.995) ความอยากรู้อยากเห็น (b=0.944) ความใจกว้าง (b= 0.940) ความมีเหตุผล (b=0.939) ความซื่อสัตย์ (b= 0.918) และ ความสนใจซาบซึ้งในคุณค่าของวิทยาศาสตร์ (b=0.810) โดยแต่ละองค์ประกอบมีความผันแปรร่วมกับองค์ประกอบตัวชี้วัดคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์คิดเป็นร้อยละ 99.6, 99, 89.1, 88.4, 88.2, 84.3 และ 65.6 ตามลำดับ และผลจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ทั้ง 7 องค์ประกอบ 33 ตัวชี้วัด พบว่า ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ค่าไคสแควร์ = 396.043 (p=0.053) ที่องศาอิสระ (df)= 352 ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) = 0.014 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) = 0.990 และค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (SRMR) = 0.035 การวิเคราะห์พบว่า โมเดลคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าโมเดลมีความตรงเชิงโครงสร้าง จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอโมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โมเดลองค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์

สรุปและอภิปรายผล

องค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความอยากรู้อยากเห็น 2) ความมีเหตุผล 3) ความซื่อสัตย์ 4) ความเพียรพยายามมุ่งมั่น 5) ความรับผิดชอบ 6) ความใจกว้าง และ 7) ความสนใจซาบซึ้งในคุณค่าของวิทยาศาสตร์ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองเป็นตัวแทนอธิบายคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย สามารถอภิปรายได้ว่าการจัดการเรียนการสอนวิทยาศาสตร์สำหรับนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายนั้น นอกจากจะพัฒนาผู้เรียนให้สำเร็จตามเป้าหมายการสอนวิทยาศาสตร์ คือต้องการพัฒนาพลเมืองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้มีสติปัญญาดี มีความรู้ มีคุณค่า มีทักษะในการสืบเสาะหาความรู้ มีเจตคติ รวมถึงเป็นการคนมีจิตวิทยาศาสตร์ ซึ่ง Krathwohl and others (1964) [12] ได้จำแนกความรู้สึกของบุคคลจนไปถึงการเกิดบุคลิกภาพ แบ่งเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การรับรู้ 2) การตอบสนอง 3) การรู้คุณค่า 4) การจัดระบบคุณค่า และ 5) การสร้างนิสัย ซึ่งตั้งแต่ขั้นที่ 3 คือการรู้คุณค่า ขึ้นไปจะเป็นขั้นที่เกิดจิตวิทยาศาสตร์ ดังนั้นจิตวิทยาศาสตร์ (Scientific Mind) จึงเป็นความรู้สึกนึกคิดพฤติกรรมการแสดงออก ตลอดจนลักษณะของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหาความรู้ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อความคิด การตัดสินใจ การกระทำ หรือพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ให้เอื้อต่อการเรียนรู้และการค้นหาความรู้ใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่ได้จำแนกคุณลักษณะและลักษณะนิสัยของของจิตวิทยาศาสตร์ ออกเป็น 10 คุณลักษณะ ได้แก่ ความอยากรู้อยากเห็น ความมีเหตุมีผล ความใจกว้าง ความซื่อสัตย์ ความพยายามมุ่งมั่น ความรอบคอบ ความรับผิดชอบ ความร่วมมือช่วยเหลือ ความสร้างสรรค์ และเจตคติที่ดีต่อวิทยาศาสตร์ จากการวิเคราะห์องค์ประกอบจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ทั้ง 7 องค์ประกอบ มีความสอดคล้องกัน

นอกจากนั้นการปฏิรูปการศึกษาไทยในทศวรรษที่ 2 ที่ต้องการทำให้นโยบายบางประเด็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ยึดคุณธรรมนำความรู้ จึงเน้นให้ผู้เรียนมีคุณธรรม จริยธรรมมากขึ้น โดยการกำหนดคุณลักษณะอันพึงประสงค์ที่ต้องการให้เกิดกับนักเรียนเพื่อให้นักเรียนสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข จึงนำมาบรรจุในหลักสูตรนั่นคือ ผู้เรียนต้องผ่านการประเมินคุณลักษณะอันพึงประสงค์ตามหลักสูตร ประกอบด้วยคุณลักษณะ 8 ประการ ได้แก่ 1) มีความรักชาติ ศาสน์ กษัตริย์ 2) ซื่อสัตย์ 2) สุจริต 3) มีวินัย 4) ใฝ่เรียนรู้ 5) อยู่อย่างพอเพียง 6) มุ่งมั่นในการทำงาน 7) รักความเป็นไทย และ8) มีจิตสาธารณะ คุณลักษณะอันพึงประสงค์ที่นักเรียนต้องผ่านการประเมิน สอดคล้องกับคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ของการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ใฝ่รู้ใฝ่เรียน ที่ตัวชี้วัดแสดงถึงการตั้งใจ เพียรพยายามในการเรียน และการแสวงหาความรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ สอดคล้องกับคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ในด้านความเพียรพยายามมุ่งมั่น และความอยากรู้อยากเห็น นอกจากนั้นการมุ่งมั่นในการทำงาน มีตัวชี้วัด ได้แก่ การตั้งใจและรับผิดชอบในการทำงาน ทำงานด้วยความเพียรพยายาม และอดทนเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับคุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ในด้านความรับผิดชอบและความเพียรพยายามมุ่งมั่น อีกทั้งสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีนโยบายดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการพัฒนาผู้เรียนจะต้องปลูกฝังทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์และจิตวิทยาศาสตร์ให้เกิดกับผู้เรียน [13]

จากองค์ประกอบตัวบ่งชี้คุณลักษณะจิตวิทยาศาสตร์ ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ขึ้น 7 องค์ประกอบ เป็นคุณลักษณะที่สามารถพัฒนาด้วยกระบวนการที่ต่อเนื่องในทุกช่วงชั้นของประถมศึกษาตอนปลายจนกระทั้งในช่วงชั้นที่สูงขึ้นได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย โดยครูสมารถกำหนดหรือระบุคุณลักษณะที่ควรพัฒนาได้ตั้งแต่ระดับพื้นฐานถึงระดับสูงได้ต่อเนื่อง เห็นได้จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เสริมสร้างจิตวิทยาศาสตร์โดยใช้ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งเป็นเป็นช่วงวัยที่สูงขึ้น และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง [14]

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดุษฎีนิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อบ่มเพาะจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 3 ตลอดจน ผู้บริหารโรงเรียน ครู และนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่ที่เข้าร่วมกระบวนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

(1) สถาบันการส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. **การวัดผลประเมินผลวิทยาศาสตร์.** กรุงเทพ ฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น. (2555).

(2) กระทรวงศึกษาธิการ. **หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551**. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. (2551).

(3) ประสาท เนืองเฉลิม. **การเรียนรู้วิทยาศาสตร์ ในศตวรรษที่ 21**. กรุงเทพ ฯ : อภิชาตการพิมพ์. (2557).

(4) Smily, Susan E. **Scientific mind**. Retrieved February 2, 2017. From http://www. reasllygoodauthersonline.com/ScienceWorks/the_book/2_attitudes/scientific_mind.htm.

(5) โชคชัย ยืนยง. **เอกสารประกอบการสอนวิชา 232317 วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสังคม.** คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2552).

(6) สุภัค พรหมวงษ์. **แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางการคิดกับจิตวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมต้น โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา นครราชสีมา เขต 3**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. (2553).

(7) Bentley and others. **The Natural Investigator**. New York: Wadsworth. (2000).

(8) Fresham, P.J. **Head, heart and hands (on) in the service of science education and social equity and justice.** 2008 Annual International Conference, Impact of Science Education Research on Public Policy. (2008).

(9) สถาบันการส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. **การศึกษาวิทยาศาสตร์ไทย : การพัฒนาการและภาวะถดถอย**. กรุงเทพ ฯ : สสวท. (2555).

(10) อารี พันธ์มณี. จากการสอนสู่การจุดประกายความใฝ่รู้. **วารสารวิชาการ**, (2545). 26(1), 15-16.

(11) Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., and Black, W. C. **Multivariate Data Analysis**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. (1998).

(12) Krawthwohl and others. **Taxonomy of Educational Objectives, Book 2 Affective Domain.** New York; Mckay. (1964).

(13) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. **นโยบายสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน** (2561). **ปีงบประมาณ 2561**. ค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2562, จาก https://www.obec.go.th/wp-content/uploads/2018/08/obec61.pdf.

(14) นะดา แสงวิมาน, สุธาสินี บุญญาพิทักษ์, และสุเทพ สันติวรานนท์. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เสริมสร้างจิตวิทยาศาสตร์โดยใช้ทฤษฎีการสร้าง. **วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย, 12**(22), 2560 ; 93-102.

การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร

Development of Academic Affair With Effectiveness Administration Model Private schools ffiliated With Under Sakon Nakhon Primary Educational Service Area

วิภาภรณ์ สร้อยคำ[1], วาโร เพ็งสวัสดิ์[2], พิสุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์[3]

Wipaporn Soykam[1], Waro Phengsawat[2], Pisut Kitisriworapan[3]

(Received: May 11,2018; Accepted: June 18,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 366 คนได้แก่ ผู้บริหาร จำนวน 67 คน ครูวิชาการจำนวน 67 คน และครูผู้สอน จำนวน 232 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ขอบข่ายของการบริหารงานวิชาการ มี 8 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาหลักสูตรของสถานศึกษา การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ สื่อการเรียนการสอน การวัดผลและประเมินผลการศึกษา การนิเทศการศึกษา การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา และการวิจัยและการพัฒนาส่วนกระบวนการบริหารงานวิชาการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Do) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบประเมินผล (Check) และขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง/ นำไปใช้(Action) ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนเอกชน มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านผู้บริหาร ด้านครูและบุคลากร ด้านสภาพทั่วไป/ สภาพแวดล้อม และด้านชุมชน

2. ผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่า โดยรวมมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากทุกด้าน เรียงลำดับจากมากไปน้อยคือกระบวนการบริหารงานวิชาการตามวงจรคุณภาพ ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการ ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ

คำสำคัญ : การบริหารงานวิชาการ, ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการ

Abstract

The objectives of this study were to develop and assess the academic affairs administration model for private schools under the Primary Educational Service Area Offices in Sakon Nakhon Province. The sample group consisted of 366 persons, namely 67 school directors, 67 academic teachers and 232 teachers. A 5-level rating scale questionnaire was a tool of choice in this study. Statistics implemented in data analysis were percentage, mean and standard deviation.The study found that:

1. The author's effective academic affairs administration model for private schools under the Primary Educational Service Area Offices in Sakon Nakhon Province comprised 8 scopes in academic affairs administration, namely school curriculum development, learning process development, instructional media, measurement and evaluation, educational supervision, learning resources development, internal quality assurance system and research and development. There were 4 steps of academic affairs administration process according to PDCA

[1] 1 นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชานวัตกรรมการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

2,3 อาจารย์ภาควิชานวัตกรรมการบริหารการศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

1 M.Ed. candidate Innovation for Educational Administration , Faculty of education Sakonnakhon rajabhat university

2,3 Lecturer Innovative Educational Administration,Faculty of Education Sakonnakhon rajabhat university

quality cycle, which were as follows: step 1 planning (Plan); step 2 implementation (Do); step 3 checking and assessment (Check) and step 4 Improvement and application (Action). The effectiveness of academic affairs administration in private schools consisted of 4 factors, namely directors, teachers and personnel, general conditions/environment and community.

2. From the assessment, the overall appropriateness and possibility of the author's effective academic affairs administration model for private schools under the Primary Educational Service Area Offices in Sakon Nakhon Province was at a high level. Each scope also had appropriateness and possibility at a high level and their importance could be prioritized from the highest to the lowest as follows: PDCA quality cycle academic affairs administration process, academic affairs administration effectiveness and scope of academic affairs administration.

Keywords: Academic Affairs Administration, Academic Affairs Administration Effectiveness

บทนำ

ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เป็นกระแสแห่งความเป็นโลกาภิวัตน์ (Globalization) เป็นสังคมที่ต้องอาศัยความรู้ (Knowledge Based Society) และเศรษฐกิจฐานความรู้ (Knowledge Based Economy) ซึ่งมีผลให้การบริหารจัดการศึกษาไทยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของการแข่งขัน และความมุ่งมั่นตามความคาดหวังของสังคม ดังนั้นในกระบวน การบริหารจัดการจึงต้องปรับเปลี่ยนและพัฒนาให้สอดคล้องกับสถานภาพการณ์ ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ผู้บริหารจะต้องสนใจใฝ่รู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะทำให้การบริหารจัดการขององค์กรอยู่รอด บังเกิดผลดีและบรรลุตามวัตถุประสงค์ [3] การศึกษาถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทุกประเทศใช้เป็นนโยบายหลักสำหรับในการพัฒนาประเทศ เพราะการศึกษาเป็นเครื่องมือหนึ่งใน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อันจะส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและประเทศชาติโดยตรง สำหรับประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมาประสบกับปัญหาด้านการศึกษาหลายประการ ปัญหาบางอย่างได้รับการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ปัญหาบางอย่างแม้ว่าปรับปรุงแก้ไขแล้ว แต่ก็ยังไม่หมดไป จำเป็นต้องแก้ไขปรับปรุงอยู่เป็นระยะ ๆ ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ที่ผ่านมาเราจะได้ยินคำว่า “การปฏิรูปการศึกษา” ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงหรือพัฒนาการศึกษาให้ดีขึ้นจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิรูปการศึกษาครั้งสำคัญ โดยมีบทบัญญัติกำหนดปรัชญา แนวคิด และกรอบการดำเนินการในเรื่องการบริหารจัดการศึกษาเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิรูปการศึกษาทั้งระบบ ซึ่งมีจุดหมายหลักในการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพ และเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ คุณธรรมและจริยธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข [11]

การศึกษาเอกชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการจัดการศึกษาเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคนในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการแข่งขันทางเศรษฐกิจ การแก้ไขปัญหาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง หรือการพัฒนาด้านต่าง ๆ และภาคเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาได้ช่วยเสริมในส่วนที่ภาครัฐดำเนินการไม่ทั่วถึง ช่วยสร้างความหลากหลายในด้านรูปแบบและวิธีการจัดการศึกษา ทำให้เกิดการศึกษาทางเลือกต่าง ๆ ที่ภาคเอกชนช่วยเติมเต็มการเรียนรู้ให้กับเด็กและเยาวชน ดังนั้นการพัฒนาการศึกษาเอกชน จึงเป็นสิ่งสำคัญของการพัฒนาประเทศให้เข้มแข็งและแข่งขันในเวทีโลก [12] การจัดการศึกษาเอกชนได้มีส่วนช่วยแบ่งเบาภาระของภาครัฐได้เป็นอย่างมาก ในขณะที่นักเรียนโรงเรียนเอกชนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับสูงสะท้อนให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ในการจัดการศึกษา สถานศึกษาเอกชน เป็นหน่วยงานที่สำคัญในการแบ่งเบาภาระด้านการจัดการศึกษาของภาครัฐ ด้านการจัดการศึกษาในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับปฐมวัยไปถึงอุดมศึกษาตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พุทธศักราช 2525 แก้ไขเพิ่มเติม พุทธศักราช 2538 ที่กล่าวว่าให้สถานศึกษาเอกชนเปิดทำการสอนได้ทุกระดับเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการลงทุนในด้านการจัดการศึกษาของรัฐบาล และพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พุทธศักราช 2550 ได้กำหนดหลักการบริหารการจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล และมี

คณะกรรมการการบริหารเพื่อทำหน้าที่บริหารและจัดการศึกษาโรงเรียนเอกชนให้มีความเป็นอิสระโดยมีการกำกับติดตามการประเมินคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาเช่นเดียวกับสถานศึกษาของรัฐ นอกจากนี้รัฐพร้อมให้การสนับสนุนด้านเงินอุดหนุนและสิทธิประโยชน์อย่างอื่นรวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนด้านวิชาการให้แก่สถานศึกษาเอกชน [13]

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร โดยได้วิเคราะห์ สังเคราะห์แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสรุปองค์ประกอบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารวิชาการที่มีประสิทธิผล ซึ่งจะเป็น สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ปีการศึกษา 2558 จำนวนทั้งสิ้น 1,228 คน (ข้อมูลจากงานสารสนเทศ กลุ่มนโยบายและแผน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร) จำแนกเป็น ผู้บริหาร จำนวน 67 โรงเรียน จำนวน 98 คน ครูที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มบริหารวิชาการของโรงเรียน จำนวน 67 โรงเรียน ครูผู้สอน รวมทั้งสิ้น 1,063 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน และครูในโรงเรียนเอกชน สังกัดสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ปีการศึกษา 2558 จำนวน 366 คน จำแนกเป็น ผู้บริหารโรงเรียนเอกชน จำนวน 67 คน ครูที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นหัวหน้ากลุ่มบริหารวิชาการของโรงเรียนเอกชน จำนวน 67 คน และครูผู้สอนในโรงเรียนเอกชน จำนวน 232 คน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตาม เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์การทำงาน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ประโยชน์ต่อ การบริหารโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร

2. เพื่อตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูวิชาการและครูผู้สอนในโรงเรียนเอกชน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และผู้เชี่ยวชาญ โดยมีเกณฑ์ค่าดัชนี 0.5 ขึ้นไป ซึ่งผลการประเมินค่า ความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.33-0.84 และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ ได้แก่ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการพิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร และใช้การทดสอบเพื่ออ้างอิงค่าเฉลี่ยไปยังกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ของคะแนนความคิดเห็นในรูปแบบแต่ละข้อและต้องมีค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) อย่างน้อย 3.51 ขึ้นไป

สรุปผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่า ขอบข่ายงาน

วิชาการของโรงเรียนเอกชน มี 3 องค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

1.1 องค์ประกอบที่ 1 การบริหารงานวิชาการในโรงเรียนเอกชน ตามขอบข่ายงานวิชาการ 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาหลักสูตรของสถานศึกษา 2) การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ 3) สื่อการเรียนการสอน 4) การวัดผลและประเมินผลการศึกษา 5) การนิเทศการศึกษา 6) การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ 7) การพัฒนาระบบประกันคุณภาพในสถานศึกษา และ 8) การวิจัยและการพัฒนา

1.2 องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการบริหารงานวิชาการเป็นขั้นตอนการดำเนินการบริหารงานวิชาการ ตามวงจรคุณภาพ (PDCA) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินตามแผน (Do) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) และ ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Act)

1.3 องค์ประกอบที่ 3 ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนเอกชนมีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้บริหาร 2) ปัจจัยด้านครูและบุคลากร 3) ปัจจัยด้านสภาพทั่วไป/สภาพแวดล้อม และ 4) ปัจจัยด้านชุมชน

2. ผลการตรวจสอบรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและองค์ประกอบของรูปแบบจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ กระบวน การบริหารงานวิชาการ ประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนเอกชน ขอบข่ายงานวิชาการที่ส่งผลต่อการบริหารงานวิชาการ สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กระบวนการบริหารวิชาการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก
เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) ขั้นตอนการดำเนินงานตามแผน (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการวางแผน (Plan)

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในแต่ละด้าน พบว่า

2.2.1 ด้านผู้บริหาร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ บทบาทการพัฒนาสถานศึกษา บทบาทในการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อการบริหารงานวิชาการด้านวิชาการ บทบาทการพัฒนาความเป็นผู้นำทางวิชาการตามลำดับ

2.2.2 ด้านครูและบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 2 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ คุณภาพการสอน การเสริมสร้างพลังอำนาจตามลำดับ

2.2.3 ด้านสภาพทั่วไป/ สภาพแวดล้อม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ สภาพแวดล้อมทางด้านสังคม สภาพแวดล้อมทางด้านจิตภาพ สภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพตามลำดับ

2.2.4 ด้านชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ การมีส่วนร่วมอาชีพและการศึกษา สภาพเศรษฐกิจครอบครัวตามลำดับ

2.3 ชอบข่ายที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการในแต่ละด้าน พบว่า

2.3.1 ด้านการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดให้มีวิชาต่าง ๆ ครบถ้วนตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานของกระทรวงศึกษาธิการมีการจัดทำหลักสูตรที่มุ่งเน้นพัฒนานักเรียนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา มีความรู้และคุณธรรม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรขึ้นใช้เองให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมและเป็นต้นแบบให้กับโรงเรียนอื่นมีการเพิ่มเติมเนื้อหาสาระของรายวิชาให้สูงและลึกซึ้งมากขึ้นสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ การศึกษาด้านศาสนา ดนตรี นาฏศิลป์ กีฬา การศึกษาที่ส่งเสริม ความเป็นเลิศ ผู้บกพร่อง พิการและการศึกษาทางเลือกมีการเพิ่มเติม

เนื้อหาสาระของรายวิชาที่สอดคล้องสภาพปัญหา ความต้องการของผู้เรียน ผู้ปกครอง ชุมชน สังคมและโลกตามลำดับ

2.3.2 ด้านการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่องมีการประสานความร่วมมือกับบิดามารดาและบุคคลในชุมชนทุกฝ่ายเพื่อร่วมกันพัฒนาผู้เรียนตามศักยภาพจัดการเรียนการสอน โดยผสมผสานสาระความรู้ด้านต่างๆ อย่างได้สัดส่วนสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงามและคุณลักษณะอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชามีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สอนสามารถจัดบรรยากาศ สภาพแวดล้อม สื่อการเรียน และอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และมีความรอบรู้มีการจัดเนื้อหาสาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล มีการฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาศึกษาค้นคว้าพัฒนารูปแบบหรือการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่ก้าวหน้าเพื่อเป็นผู้นำการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเป็นต้นแบบให้กับสถานศึกษาอื่นตามลำดับ

2.3.3 ด้านสื่อการเรียนการสอน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการพัฒนาบุคลากรในสถานศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีเพื่อการศึกษามีการพัฒนาและใช้สื่อและเทคโนโลยีทางการศึกษาโดยมุ่งเน้นการพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีทางการศึกษาที่ให้ข้อเท็จจริงเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกิดขึ้นมีการจัดให้มีการร่วมกันกำหนดนโยบาย วางแผนในเรื่องการจัดหาและพัฒนาสื่อการเรียนรู้และเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาของสถานศึกษาการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
การปฏิบัติงานของบุคลากรในการจัดหา ผลิตใช้และพัฒนาสื่อและเทคโนโลยีทางการศึกษามีการจัดตั้งเครือข่ายทางวิชาการชมรมวิชาการเพื่อเป็นแหล่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาพัฒนาห้องสมุดของสถานศึกษาให้เป็นแหล่งการเรียนรู้ของสถานศึกษาและชุมชนตามลำดับ

2.3.4 ด้านการวัดผลและประเมินผลการศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ผู้บริหารสถานศึกษาอนุมัติผลการประเมิน การเรียนด้านต่าง ๆ รายปี/รายภาคและตัดสินผลการเรียนการผ่านช่วงชั้นและจบการศึกษาขั้นพื้นฐานจัดให้มีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดและประเมินผลมีการกำหนดระเบียบการวัดและประเมินผลของสถานศึกษาตามหลักสูตรสถานศึกษาโดยให้สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศมีการจัดทำเอกสารหลักฐานการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบการวัดและประเมินผลของสถานศึกษามีการวัดผล ประเมินผล เทียบโอนประสบการณ์ ผลการเรียนและอนุมัติผลการเรียนมีการจัดให้มีการประเมินผลการเรียนทุกช่วงชั้น และจัดให้มีการซ่อมเสริมกรณีที่มีผู้เรียนไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินจัดระบบสารสนเทศด้านการวัดผลประเมินผลและการเทียบโอนผลการเรียนเพื่อใช้ในการอ้างอิงตามลำดับ

2.3.5 ด้านการนิเทศการศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการสร้างความตระหนักให้แก่ครูและผู้เกี่ยวข้องให้เข้าใจกระบวนการนิเทศภายใน มีการจัดการนิเทศภายในสถานศึกษาให้มีคุณภาพ ทั่วถึงและต่อเนื่องเป็นระบบมีการจัดระบบนิเทศภายในสถานศึกษาให้เชื่อมโยงกับระบบนิเทศการศึกษาของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาตามลำดับ

2.3.6 ด้านการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้มีการจัดระบบแหล่งการเรียนรู้ภายในโรงเรียนให้เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียนมีการจัดระบบข้อมูลแหล่งการเรียนรู้ในท้องถิ่นให้เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียนของสถานศึกษาของตนเองมีการจัดให้มีแหล่งเรียนรู้อย่างหลากหลายทั้งภายในและภายนอกสถานศึกษาให้พอเพียงเพื่อสนับสนุนการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองกับการจัดกระบวนการเรียนรู้มีการส่งเสริมให้ครูและผู้เรียนได้ใช้แหล่งเรียนรู้ ทั้งในและนอกสถานศึกษาเพื่อพัฒนาการเรียนรู้และ

นิเทศ กำกับติดตาม ประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามลำดับ

2.3.7 ด้านการพัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ มีการจัดทำแผนสถานศึกษาที่มุ่งเน้นคุณภาพการศึกษา(แผนกลยุทธ์/ แผนยุทธศาสตร์)มีการจัดทำรายงานคุณภาพการศึกษาประจำปี (SAR) และสรุปรายงานประจำปี โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน เสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัดและเผยแพร่ต่อสาธารณชนมี การจัดระบบบริหารและสารสนเทศ โดยจัดโครงสร้างการบริหารที่เอื้อต่อการพัฒนางานและการสร้างระบบประกันคุณภาพภายในจัดระบบสารสนเทศให้เป็นหมวดหมู่ ข้อมูลมีความสมบูรณ์ข้อมูลเป็นปัจจุบันมีการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในสถานศึกษาตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อรองรับการประเมินคุณภาพภายนอกมีการตรวจสอบและทบทวนคุณภาพการศึกษา โดยดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่องด้วยการสนับสนุนให้ครู ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีการกำหนดมาตรฐานการศึกษาเพิ่มเติมของสถานศึกษาให้สอดคล้องกับมาตรฐานการศึกษาชาติ มาตรฐานการศึกษาขั้นพื้นฐาน มาตรฐานสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและความต้องการของชุมชนมีการดำเนินการตามแผนพัฒนาสถานศึกษาในการดำเนินโครงการ/ กิจกรรม สถานศึกษาต้องสร้างระบบการทำงานที่เข้มแข็งเน้นการมีส่วนร่วมและวงจรการพัฒนาคุณภาพของ เดมมิ่ง (Deming Cycle) ตามลำดับ

2.3.8 ด้านการวิจัยและการพัฒนาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ มีการกำหนดนโยบายและแนวทางการใช้การวิจัยเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการทำงานของนักเรียน ครูและผู้เกี่ยวข้องกับการศึกษามีการพัฒนาคุณภาพการศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยมีการรวบรวม และเผยแพร่ผลการวิจัยเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการศึกษา รวมทั้งสนับสนุนให้ครูนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อพัฒนา การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพการศึกษาของสถานศึกษาการพัฒนาครูและนักเรียนให้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นสำคัญในการเรียนรู้ที่ซับซ้อนขึ้นทำให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิด การจัดการการหาเหตุผลในการตอบปัญหา การผสมผสานความรู้ แบบสหวิทยาการและการเรียนรู้ในปัญหาที่ตนสนใจตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนครรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ กระบวนการบริหารงานวิชาการ และ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชวัลลักษ์ รติวรภัทรกุล (2559)[2] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ขอบข่ายงานวิชาการที่ต้องพัฒนา กระบวนการบริหารงานวิชาการ และประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการ เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน ต้องใช้รูปแบบที่เน้นการทำงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน และเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำงาน ซึ่งส่งผลให้การบริหารงานวิชาการประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1.1 ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ เป็น การดำเนินงานในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับ การเรียนการสอนและปรับปรุงการเรียนการสอนให้ดีขึ้นตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผนการพัฒนาการเรียนการสอนการวัดประเมินผลเพื่อให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายหลักสูตรในระดับชาติระดับสถานศึกษาและจุดมุ่งหมายของการศึกษาระดับชาติ ซึ่งการที่จะบรรจุจุดมุ่งหมายในระดับต่างๆ ได้นั้นงานวิชาการจะต้องมี

ขอบข่ายงานในการนำไปปฏิบัติงานวิชาการถือว่าเป็นงานหลักของสถานศึกษาเนื่องจากเป็นงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการพัฒนานักเรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับ ประวิทย์ อ่อนแก้ว (2548)[4] ที่กล่าวไว้ว่า การบริหารงานวิชาการเป็นการบริหารกิจกรรมทุกชนิดในสถานศึกษาหรือโรงเรียนเพื่อส่งเสริม ปรับปรุง พัฒนาการเรียนการสอน ให้ได้ผลดีตามเป้าหมายของหลักสูตร และมีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้เรียน โดยมีผู้บริหารเป็นผู้ให้คำแนะนำ และเป็นผู้ประสานงานให้ทุกคนทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับ ปริยาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2553) กล่าวว่าขอบข่ายการบริหารงานวิชาการประกอบด้วย การวางแผนเกี่ยวกับงานวิชาการ เป็นการวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตร และการนำหลักสูตรไปใช้ การจัดการล่วงหน้าเกี่ยวกับการเรียนการสอนการดำเนินงานเกี่ยวกับการเรียนการสอนเพื่อให้การสอนในสถานศึกษาดำเนินไปด้วยดี และสามารถปฏิบัติได้ การจัดบริหารเกี่ยวกับการเรียนการสอน เป็นการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก และการส่งเสริมการจัดหลักสูตรและโปรแกรมการศึกษาให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ และการวัดผลประเมินผล พัฒนา วิภา ทองหงำ (2554)[7] ได้กำหนดขอบข่ายงานวิชาการ ไว้ดังนี้การบริหารและการพัฒนาหลักสูตร บทบาทและหน้าที่ของผู้บริหารงานวิชาการ การจัดงานวิชาการในสถานศึกษา การพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้นักเรียนกับการเรียนรู้การพัฒนาแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาสื่อและนวัตกรรม การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษา การนิเทศภายในสถานศึกษา การวัดและประเมินผล การประกันคุณภาพการศึกษาการส่งเสริมและสนับสนุนงานวิชาการ 1.2 กระบวนการบริหารงานวิชาการตามวงจรคุณภาพ (PDCA) เป็นขั้นตอนการดำเนินการบริหารงานวิชาการ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินตามแผน (Do) ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Act) ซึ่งผู้บริหารสถานศึกษาควรจะใช้หลักวิทยาศาสตร์และหลักวิชาการโดยใช้วิธีแก้ปัญหาเชิงระบบภายใต้ความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนพัฒนาได้โดยใช้ระบบ PDCA ของ Deming คือ บุคลากรทุกคนร่วมวางแผน (Plan) ร่วมปฏิบัติ (Do)ร่วมตรวจสอบ (Check) และร่วมปรับปรุงพัฒนา (Action) รวมถึงการใช้เทคนิคเชิงบูรณาการกับกระบวนการดังกล่าว โดยส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างขวัญและกำลังใจแก่บุคลากรรวมถึงพยายามให้บุคลากรปฏิบัติงานให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงในด้านปฏิรูป การเรียนรู้หลักสูตรและระบบการบริหาร นอกจากนั้นผู้บริหารควรเปิดใจกว้าง มีวิสัยทัศน์ต่อการเปลี่ยนแปลง โดยยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีวิสัยทัศน์ในเรื่องการจัดการศึกษาตามแนวพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ สามารถแก้ปัญหาโดยใช้วิจารณญาณภายใต้ข้อมูล ความมีเหตุผลและใช้วิธีปรึกษาหารือร่วมกับทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาข้อยุติร่วมกันซึ่งกระบวนการบริหารดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของอ สุเทพ เชาวลิต (2548)[16] กล่าวว่า ไม่ว่าเราจะบริหารกิจการใด ๆ เราจะหลีกหนีไม่พ้น ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ในการทำงาน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Do)ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ (Check) ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Action) เช่นเดียวกับ บุญเพ็ง กุละนาม (2550)[17] กล่าวว่า วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลงเมื่อหมุนครบรอบ แต่วงล้อ PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับสูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และยากขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ปัจจุบันทั้งแรงงานปฏิบัติการแรงงานที่มีความรู้และผู้บริหารชาวไทยส่วนใหญ่จะรู้จัก PDCA มากขึ้นกว่าอดีต ถึงแม้จะไม่เข้าใจรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินงานอย่างสมบูรณ์แต่ก็ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและเห็นผลที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น อย่างไรก็ตามการที่งานจะประสบผลสำเร็จและมีคุณภาพนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ร่วมงาน มุ่งมั่นต่ออุปสรรคอย่างไม่ย่อท้อ เปิดใจเรียนรู้อย่างเสมอพัฒนาตนเองและกลุ่มอยู่ตลอดเวลา 1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผล ประกอบด้วย 1.3.1 ด้านผู้บริหาร ซึ่งผู้บริหารเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบและเสียสละเพื่อพัฒนางานวิชาการทุ่มเทเสียสละและมีศรัทธาที่แรงกล้าในการบริหารงานวิชาการให้ได้ผลตามเป้าหมายนอกจากนี้ยังสามารถแสดงบทบาทในการเป็นผู้นำที่บริหารงานด้วยหลักเหตุและผลที่ดีเพื่อให้บุคลกรได้ปฏิบัติตามมีความเป็นนักประชาธิปไตยยอมรับความคิดเห็นศักยภาพความรู้และความสามารถที่

แตกต่างกันของบุคลากรในโรงเรียนเพื่อให้การบริหารงานวิชาการของโรงเรียนบรรลุเป้าหมายมีประสิทธิผลในการบริหารงานวิชาการอันเนื่องมาจากผู้บริหารที่ได้รับ การคัดสรรมาอย่างดีสามารถสร้างศรัทธาแก่ผู้ร่วมงานและผู้เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ปิติชาย ตันปิติ (2547)[5]ได้กล่าวว่าผู้บริหารสถานศึกษาเป็นผู้นำวิชาชีพในโรงเรียนที่ทำงานร่วมกับคณะกรรมการโรงเรียนและต้องให้วิสัยทัศน์ ภาวะผู้นำและทิศทาง แก่โรงเรียนในการที่จะดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ทางการบริหาร รับผิดชอบต่อหน้าที่ด้านวิชาการด้วย มีการปรับปรุงคุณภาพการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ยกระดับมาตรฐานการเรียนการสอนให้โอกาสการเรียนรู้ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน รับผิดชอบการพัฒนานโยบายและนำนโยบายไปปฏิบัติ รับผิดชอบต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรค์ และ Gibb (1969)[18] กล่าวถึงความสำคัญของปัจจัย ด้านผู้บริหารว่าคนเราต้องมีการนำเอาความสามารถไปแสดงออกไปให้ได้ดีที่สุดภายใต้การนำของผู้นำที่มีความสมารถมีความคิดริเริ่ม มีจินตนาการ มีความคิดที่ก้าวหน้ารวมทั้งมีความรับผิดชอบที่จะพยายามก่อให้เกิดพลังร่วมในการปฏิบัติงาน กระตุ้นให้มีการดำเนินการให้เป็นไปตามแนวคิดที่กำหนดไว้ ประสานพลังต่าง ๆ เข้าด้วยกัน สร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นกับบุคคลในหน่วยงานในหน่วยงานทำให้หน้าที่เป็นต้นแบบในการใช้พลังเหล่านั้น ซึ่งผู้บริหารหรือผู้นำนั้นเป็นเอกลักษณ์ของหน่วยงาน ผู้บริหารที่ดีต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน พยายามทำตัวให้เป็นที่เลื่อมใสศรัทธาของผู้ร่วมงาน หรือผู้ใต้บังคับบัญชาอย่างแท้จริง ประสิทธิภาพและความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้บริหาร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญหลายประการ อาทิ ความรู้ ความเข้าใจในหลักการบริหาร รวมทั้งประสบการณ์ของผู้บริหาร 1.3.2 ด้านครูและบุคลากรซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้เรียนมีความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อหน้าที่การจัดการเรียนการสอนมีความอดทนและความเสียสละในการจัดการเรียนการสอนได้รับการส่งเสริมและมีแรงจูงใจในการนำประสบการณ์ด้านการสอนมาพัฒนาการเรียนการสอนและศรัทธาในวิชาชีพที่จะทำหน้าที่ให้เพื่อความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการของลูกศิษย์และปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมแก่ศิษย์ทำให้ครูมีกำลังใจและเต็มใจที่จะทำหน้าที่ให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ อัครพงศ์ เทพิน (2556)[14] ที่กล่าวว่าครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการสร้างบรรยากาศทั้งจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางบุคคล ทั้งนี้ ครูซึ่งเป็นบุคคลที่คอยดูแลเด็กในขณะอยู่โรงเรียน จะต้องมีความสามารถในการจัดกิจกรรมมีทักษะในการสื่อสาร มีบุคลิกภาพที่อบอุ่น มีความเมตตา รักเด็ก ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นมีความสนุกสนานเมื่อมาโรงเรียน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย และสติปัญญาของนักเรียนให้เจริญเติบโตเหมาะสมกับวัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุดาพร ทองสวัสดิ์และสุจิตรา จรจิตร (2556)[9] กล่าวว่า ปัจจัยด้านครูที่มีประสิทธิภาพและเอื้อต่อความสำเร็จในการบริหารสถานศึกษาที่ดีจะต้องมีชีวสังคมที่ดี และมีความเป็นมืออาชีพในด้านการสอนรวมทั้งมี การบริหารการสอนที่ดีด้วยการจัดกระบวนการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการสอนและการพัฒนาพฤติกรรมการเรียนการสอนผู้เรียนและกระตุ้นให้ผู้ปกครองมามีส่วนร่วมในการจัดกระบวนการเรียนการสอน 1.3.3 ด้านสภาพทั่วไป/สภาพแวดล้อมเป็นสภาวะอันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนแล้วส่งผลถึงความรู้สึกของบุคคลเป็นสภาพการณ์ที่ไม่อาจมองเห็นหรือจับต้องได้แต่เป็นภาพสะท้อนทางความรู้สึกของบุคคลการจัดบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ดีของโรงเรียนจะมีส่วนในการเสริมสร้างความคิดจิตใจและคุณธรรมต่าง ๆ อันพึงประสงค์ได้ โรงเรียนที่สะอาดสดชื่น ร่มรื่น เรียบง่าย สงบแจ่มใส มีชีวิตชีวาวัสดุอาคารสถานที่ที่ได้รับการดูแลมีความเป็นปัจจุบันพร้อมที่จะให้ครูและนักเรียนได้ใช้ตลอดเวลาย่อมจะทำให้ครูและนักเรียนได้รับอิทธิพล ทำให้เป็นคนละเอียดอ่อน จิตใจแจ่มใสรักสวยรักงาม รักความสะอาด รักความสงบ เรียบง่าย ทำให้เข้าใจตนเองและผู้อื่นไปด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของ เจษฎา จันทรัตนา (2552)[1]; วนันพรณ์ ชื่นพิบูลย์(2552)[6]; วีระเทพ เนียมหัตถี (2553)[8] และอรพันธุ์ ประสิทธิ์รัตน์ (2543)[15] กล่าวไว้สอดคล้องกันว่า สภาพแวดล้อม หมายถึง สภาพต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวตัวเรา ทั้งที่เป็นรูปธรรมสามารถจับต้องและมองเห็นได้

และเป็นนามธรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ สภาพแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม (Concrete Environmental) หรือสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) ได้แก่ สภาพต่าง ๆ ที่มนุษย์ทำขึ้น เช่น อาคาร สถานที่ โต๊ะ เก้าอี้ วัสดุ อุปกรณ์หรือสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ตาม ธรรมชาติ อันได้แก่ ต้นไม้ พืช ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ส่วนสภาพแวดล้อมที่เป็นนามธรรม (Abstract Environment) หรือสภาพแวดล้อมทางด้านจิตวิทยา (Psychological Environmental) ได้แก่ ระบบคุณค่าที่ยึดถือซึ่งเป็นส่วนสำคัญของวัฒนธรรม ของกลุ่มสังคมข่าวสาร ความรู้ ความคิด ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดและเจตคติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นของตัวเองหรือคนอื่นก็ตาม 1.3.4 ด้านชุมชนกล่าวคือชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมชุมชนเป็นแหล่งขัดขวางพฤติกรรมและชุมชนเป็นแหล่งปลูกฝังค่านิยมหากชุมชนเป็นแหล่งต้นแบบการสนับสนุนในทางไม่ดีหรือขัดขวางความดีและมีค่านิยมที่ไม่ดีก็จะทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปตามอิทธิพลของชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบรรยากาศการอยู่ร่วมกันในชุมชนที่นักเรียนอาศัยอยู่กฎระเบียบการอยู่ร่วมกันในชุมชนรวมถึงการเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมของบุคคลในชุมชนทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับแนวคิดของ สุภางค์ จันทวานิช (2531)[10] ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อสัมฤทธิ์ผลทางวิชาการโดยอ้อม คือปัจจัยด้านชุมชน และการที่โรงเรียนตั้งอยู่ตรงศูนย์กลางของชุมชนมีส่วนให้ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชนมีมากขึ้น และนำมาซึ่งการร่วมมือการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโรงเรียน ที่ตั้งอยู่ในสังคมเมืองที่มีความเจริญการคมนาคมสะดวกทำให้ชีวิตสะดวกสบายขึ้นส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ของครู และความสามารถทางวิชาการของนักเรียนด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลจากการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาในจังหวัดสกลนคร พบว่า สามารถนำองค์ประกอบไปใช้ได้ทั้ง 3 ด้าน จำนวน 110 รายการ ได้แก่ ขอบข่ายการบริหารงานวิชาการ กระบวนการบริหารงานวิชาการ ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการบริหารงานวิชาการที่ประสบผลสำเร็จ โดยดำเนินการบริหารงานวิชาการตามปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผล การบริหารงานวิชาการที่ประสบผลสำเร็จควบคู่กับกระบวนการบริหารงานวิชาการเพื่อจะได้มีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.2 นำรูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนเอกชนไปใช้ในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยมีการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานวิชาการอย่างสม่ำเสมอและเน้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีส่วนร่วม

1.3 โรงเรียนควรให้ความสำคัญในการบริหารงานวิชาการให้ชัดเจนและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและการบริหารงานวิชาการแบบมีส่วนร่วมแบบอย่างยั่งยืน โดยเน้นกระบวนบริหารงานวิชาการที่ครอบคลุม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่มีคุณภาพในการจัดการเรียนการสอน ให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยรูปแบบการบริหารงานด้านอื่น ๆ ในโรงเรียนเอกชน มีการเปรียบเทียบการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนขนาดอื่น ๆ โดยใช้กระบวนการพัฒนาการบริหารงานวิชาการตามรูปแบบของโรงเรียนเอกชน

2.2 ควรมีการวิจัยเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผล ทั้งโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนทั่วไป เพื่อให้ได้รูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียน ที่สามารถนำไปใช้ให้มีความเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1 เจษฎา จันทรัตนา. (2552). **การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้โรงเรียนบ้านดอนกลอย อำเภอพิบูลย์รักษ์จังหวัดอุดรธานี.** รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

2ชวัลลักษณรติ วรภัทรกุล. (2559). **การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการที่มีประสิทธิผลสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ ปร.ด. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

3 ธีระ รุญเจริญ. (2550). **ความเป็นมืออาชีพในการจัดการและบริหารการศึกษายุคปฏิรูปการศึกษา.** กรุงเทพฯ: ข้าวฟ่าง.

4 ประวิทย์ อ่อนแก้ว. (2548). **สภาพและปัญหาการบริหารงานวิชาการของโรงเรียนในฝันสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาลพบุรี เขต 2**. วิทยานิพนธ์ ค.ม. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.

5 ปิติชาย ตันปิติ. (2547). **การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงระบบที่ส่งผลต่อประสิทธิผลองค์การของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน.** วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

6 วนันพรณ์ ชื่นพิบูลย์. (2552). **ผลกระทบของสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่มีคุณภาพข้อมูลทางการบัญชีและประสิทธิภาพ การตัดสินใจของธุรกิจ SMEs ในเขตภาคเหนือ.** วิทยานิพนธ์ กศ.ม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

7 วิภา ทองหงำ. (2554). **รูปแบบการบริหารงานวิชาการของ โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ ปร.ด. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

8 วีระเทพ เนียมหัตถี. (2553). **ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสกลนคร เขต 1**. วิทยานิพนธ ค.ด. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

9 สุดาพร ทองสวัสดิ์และสุจิตรา จรจิตร. (2556). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของ การบริหารสถานศึกษา.** การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคม : บทความวิจัย เสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

10 สุภางค์ จันทวานิช. (2531). **จิตวิทยาการศึกษา.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

11 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2557). **สาระสังเขปประเด็นการปฏิรูปประเทศไทย ด้านการศึกษา.** กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

12 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน. (2556). **การจัดการศึกษาของเอกชน. กรุงเทพฯ**: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน.

13 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน.(2551). **พระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2550**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สกสค.

14 อัครพงศ์ เทพิน. (2556). ***รูปแบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนที่มุ่งสู่ความเป็นเลิศในทศวรรษหน้า.*** วิทยานิพนธ์ ปร.ด.สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

15 อรพันธุ์ ประสิทธิ์รัตน์. (2543). ***รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาสภาพแวดล้อมทางการเรียนของนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒบางเขน.

16 สุเทพ เชาวลิต. ***การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ [New Public Management]***. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม. (2548).

17 บุญเพ็ง กุละนาม. (2550). ***การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองนักเรียนในการจัดการศึกษาของโรงเรียน บ้านหนองบัว สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสกลนคร เขต 2***. วิทยานิพนธ์ ค.ม. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.

18 Gibb, Carver and Sergiovanni. (1969**).** ***Dynamic Leadership, in Organization and Human Behaviors Process a School.*** **(eds).** New York : McGrow-Hill.

การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Development Pulmonary Rehabilitation Lung Function by Using a Virtual Rehabilitation Program in Chronic Obstructive Pulmonary Disease

เอกชัย ภูผาใจ[1], ปรัชญา แก้วแก่น[2], ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์[2]

Ekachai Poopajai[1], Pratchaya Kaewkaen[2], Sarawin Thepsatitporn[2]

(Received: November 5,2018; Accepted: December 29,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 3) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวิธีการเพิ่มสมรรถภาพปอด ที่มีผลต่อสมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ การหายใจ และภาวะหายใจลำบาก ในกลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงและกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับความรุนแรงน้อยและระดับความรุนแรงปานกลาง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถใช้ได้ 2) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถิติที่ใช้ทดสอบ คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two – way Analysis of Variance: 2-way ANOVA) ผลการวิจัยปรากฏว่า 1) ได้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ในกลุ่มทดลอง มีสมรรถภาพปอด และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจเพิ่มขึ้น มีอัตราการหายใจและภาวะหายใจลำบากลดลง หลังการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ($p < .05$) แต่ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวิธีการเพิ่มสมรรถภาพปอด ที่มีผลต่อสมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ การหายใจ และภาวะหายใจลำบาก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This research was designed in Quasi – Experimental Research (Type 2 x 2 Factorial Pretest and Posttest Design Between-Subject). The objective is to: 1) Development Pulmonary Rehabilitation Lung Function by Using a Virtual Rehabilitation Program in COPD 2) To compare the results of using Pulmonary Rehabilitation Lung Function by Using a Virtual Rehabilitation Program in the experimental group and the control group using conventional lung rehabilitation program for patients with COPD and 3) To study the interaction between severity of COPD and how to increase lung function that affects lung function and breathing in control and experimental group. Participants were recruited from 60 patients with COPD and has a Mild and Moderate and divided into 30 persons in experimental group and 30 person in control group. The research instrument composed of 1) Pulmonary rehabilitation program using the concept of virtual rehabilitation in patients with COPD and 2) Pulmonary rehabilitation program of the public health service for COPD. Data were analyzed using Two-Way Analysis of Variance (2-way ANOVA). The results demonstrated that: 1) The pulmonary rehabilitation using virtual rehabilitation program concept In patients with COPD was developed effectiveness. 2) Increase lung function and muscle strength, decrease respiratory rate and dyspnea after using the developed program in experimental group ($p <.05$) 3) No interaction between the severity of chronic obstructive pulmonary disease and type of program that effect to lung function, muscle strength, respiratory and dyspnea in the experimental group and the control group.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pulmonary Rehabilitation Lung Function, Virtual Rehabilitation

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก โดยพบว่าประชากรโลกทุกๆ 64 ล้านคน จะมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกว่า 3 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2018) ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2558-2560 พบประชากรป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีร้อยละการป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกปี จำนวน 147,060, 123,110 และ 164,562 ราย คิดเป็นร้อยละการป่วย 2.05, 2.10 และ 2.13 ของประชากรในประเทศไทยทั้งหมด ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้ค่อนข้างคงที่ คือ ร้อยละ 5.54, 6.95 และ 6.63 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) นอกจากอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีจำนวนมากแล้ว ยังเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคทรุดลงเรื่อยๆ คุณภาพชีวิตลดลง มีอาการกำเริบของโรคอยู่บ่อยๆ เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อเนื่อง การขาดรายได้จากการหยุดงาน การทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงกว่าเดิมเนื่องจากอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่ายกว่าปกติ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรค จึงมีความจำเป็นเพื่อจะทำให้ผู้ป่วยโรคนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัจจัยเสี่ยงหลายสาเหตุ อาทิ พันธุกรรม ควันบุหรี่ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหารและการขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ ซึ่งควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคถึง ร้อยละ 75.4 (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553, หน้า 10) เป็นโรคที่มีความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซ ที่มากระตุ้นก่อให้เกิดการอักเสบและการอุดกั้นของหลอดลมและเนื้อปอด การเปลี่ยนแปลงของหลอดลมขนาดใหญ่ คือ จะมีต่อมขับเมือก (Submucosa Gland) ใหญ่ขึ้นทำให้สร้างเสมหะมากขึ้น หลอดลมเล็กเกิดการอักเสบ ทำให้มีเสมหะอุดตันหลอดลม (Mucus Plug) กล้ามเนื้อผนังหลอดลมโตขึ้น และในเนื้อปอดมีการโป่งพองของถุงลมภายในปอด จากความผิดปกติของหลอดลมและถุงลมปอด ทำให้รูของหลอดลมมีขนาดเล็กลงและความยืดหยุ่นของปอดลดลง แรงดันลมภายในปอดลดลง แรงดึงถ่างหลอดลมลดลงทำให้หลอดลมแฟบกว่าปกติได้ หลอดลมหลั่งเมือกมากกว่าปกติทำให้ผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะเรื้อรัง การเคลื่อนไหวของปอดและผนังทรวงอกลดลงทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจมีความแข็งแรงลดลง เกิดอาการเหนื่อยอ่อนเพลียง่ายกว่าปกติ และการมีอากาศคั่งค้างอยู่ในปอดขณะหายใจออกทำให้ต้องออกแรงในการหายใจมากกว่าปกติเกิดภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) ได้ (Global Initiative for Obstructive Lung Disease [GOLD], 2018)

ภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) เกิดจากศูนย์ควบคุมการหายใจที่ก้านสมองรับความรู้สึกจากการเปลี่ยนแปลงจากผนังทรวงอกและปอดแล้วส่งกระแสประสาทไปยังส่วนแปลผลที่สมอง ซึ่งจะใช้ประสบการณ์ที่สะสมมาแปลผลออกมาเป็นอาการหอบเหนื่อย ทำให้ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจลำบาก รู้สึกว่าหายใจไม่เต็มปอด หายใจไม่โล่ง พยายามใช้แรงในการหายใจเพิ่มมากขึ้น อาจจะมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติแม้ในขณะทำงานบ้าน เช่น การล้างจาน หรือแม้แต่อยู่เฉยๆก็เหนื่อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินได้บ่อย และส่งผลทางด้านจิตใจ คือ การที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออ่อนล้า ทำให้ไม่ค่อยอยากทำกิจกรรมเนื่องจากเหนื่อย คุณภาพชีวิตลดลง มีความเครียด จนทำให้อาจมีภาวะซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคมได้ (อดิศร วงษา, 2558, หน้า 170-172) ส่งผลระยะยาวต่อการเกิดโรคอื่นตามมา เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้กล่าวคือ จะมีทั้งส่วนที่ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ ถุงลมปอดที่โป่งพองไปแล้ว และส่วนที่สามารถแก้ไขได้ คือ ส่วนที่มีการอักเสบ ผนังหลอดลมบวม และเสมหะที่มาอุดตัน ในการรักษาผู้ป่วยจึงเป็นการแก้ไขในส่วนที่สามารถแก้ไข โดยการใช้ยาขยายหลอดลมเพื่อให้ลมออกจากปอดได้มากขึ้นตอนหายใจออกและยาสเตียรอยด์เพื่อลดการกำเริบจากอาการหอบ และในผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยมากจะใช้การให้

ออกซิเจนบำบัดและในผู้ป่วยที่ถุงลมปอดมีการโป่งพองมากจนกดเบียดเนื้อปอดส่วนข้างเคียงทำให้ไม่สามารถทำงานได้จะมีรักษาด้วยการผ่าตัดเอาปอดส่วนที่มีการโป่งพองมากทิ้งไปเพื่อให้ปอดส่วนที่เหลือสามารถทำงานได้ตามปกติ (นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร และจงรักษ์ อุตรารัชต์กิจ, 2558)

นอกจากการรักษาด้วยการใช้ยา การให้ออกซิเจนบำบัดและการผ่าตัด แล้วนั้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ จะทำให้รู้จักวิธีการดูแลสุขภาพตัวเองจนสามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้ และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้ปอดกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุด ชะลอไม่ให้ปอดเสื่อมมากขึ้น โดยทั่วไปจะนิยมทำในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคค่อนข้างคงที่ (Stable Disease) เป็นลักษณะผู้ป่วยนอก (GOLD, 2018) แต่ปัจจุบันมีข้อมูลสนับสนุนว่าการทำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยนั้นเป็นวิธีการที่ปลอดภัยและไม่ยุ่งยาก โดยยิ่งเริ่มทำเร็วเท่าไหร่ยิ่งมีผลดีกับผู้ป่วย (นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร และจงรักษ์ อุตรารัชต์กิจ, 2558, หน้า 70; Hodgkin, Celli, and Connors, 2000)

วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในปัจจุบันมีการจัดเป็นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหายใจเรื้อรังแบบองค์รวมที่เพิ่มเติมจากการรักษาด้วยยา (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553, หน้า 67) เป็นวิธีการทางด้านกายภาพบำบัด เป็นการฝึกเพื่อต้องการให้เกิดการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาการหายใจ ประกอบด้วย การเพิ่มการระบายอากาศภายในปอด การเพิ่มพื้นที่ภายในปอด โดยการฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Coughing Training) และการฝึกการบริหารการหายใจ (Breathing Exercise) การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ โดยการฝึกกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจ (Respiratory Muscle Training) โดยเฉพาะกล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragms Muscle) การเพิ่มการไหลเวียนเลือดเพื่อนำออกซิเจนไปสู่ปอดได้ดียิ่งขึ้น โดยการออกกำลังกายทั้งบนและล่าง ด้วยการเดิน วิ่งเหยาะๆ และการปั่นจักรยาน การเพิ่มคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ ไม่มีอาการกำเริบซ้ำและญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ได้แก่ การให้ความรู้เนื้อหาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ และการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น (American Thoracic Society [ATS], 2015; GOLD, 2018; WHO, 2018) การเคลื่อนไหวทรวงอก (Chest Mobilization Technique) เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของผนังทรวงอก ทำให้ผนังของทรวงอกขยายตัวได้ดีขึ้น ทำโดยการก้มตัวไปข้างหน้า หงายมาด้านหลัง การเอียงตัวไปด้านข้างทั้งซ้ายและขวา และการหมุนลำตัวส่วนหน้าอก การฝึกการหายใจแบบห่อริมฝีปาก (Pursed Lip Breathing Exercise) เพื่อให้ลมมีการย้อนกลับไปดันหลอดลมที่ตีบแคบให้ขยายตัวออก ทำให้อากาศสามารถไหลเข้า ออก อย่างช้าๆ ได้มากขึ้น (ดลรวี ลีลารุ่งระยับ, 2557)

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาการหายใจและด้านสังคมเท่านั้น ยังไม่พบว่ามีโปรแกรมที่ส่งผลด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาโปรแกรมการเพิ่มสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสรีรวิทยา และด้านสังคม โดยการบูรณาการ 3 แนวคิด ได้แก่

1) แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง (Virtual Rehabilitation) เป็นกระบวนการฟื้นฟูสภาพ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในงานกายภาพบำบัด และเป็นวิธีการทางปัญญาหรือการรู้คิด (Cognitive Interventions) โดยการฝึกผู้ป่วยกับภาพเสมือนจริง (Virtual Reality) เป็นการออกแบบการทำงานอย่างเป็นระบบ เป็นการควบคุมการเคลื่อนไหวเสมือนจริงของท่าทางร่างกายกับปฏิสัมพันธ์สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีการพัฒนาเพื่อการให้ผู้ป่วยสามารถฝึกได้ด้วยตัวเองที่บ้าน สามารถทำได้ง่าย และเพลิดเพลิน สนุกสนาน เหมือนการเล่นเกมส์ ได้ฝึกประสาทสัมผัสทั้งทางการได้ยินทางหู การมองเห็นทางตาและการทรงตัวด้านร่างกาย (Threapleton, Drummond and Standen, 2016) ส่งผลดีต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ดีขึ้น (Aminov, Roger, Middleton, Caeyenberghs and Wilson, 2018; Nuic et al, 2018; Quilis et al, 2014)

2) แนวคิดการควบคุมการเคลื่อนไหว (Motor Control) การควบคุมการเคลื่อนไหว เป็นการควบคุมและรักษาจุดศูนย์ถ่วงของร่างกาย (Center of Mass) ให้อยู่ในบริเวณฐานรับด้านหน้าของร่างกาย (Base of Support) ในขณะเคลื่อนไหว นั่งยืน โดยไม่ให้เอนหน้าหลัง ไม่เกิน 12 องศา และด้านข้างไม่ให้เกิน 16 องศา มีหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบการควบคุมสมดุลของร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัวของกระดูกและข้อ การรับรู้การเคลื่อนไหวของข้อต่อ กล้ามเนื้อที่ช่วยในการรักษาท่าทางควบคุมสมดุลของร่างกาย ได้แก่ กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อท้อง กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง ต้นขาด้านหน้า กล้ามเนื้อน่อง หน้าแข้ง ร่างกายเคลื่อนไหว อวัยวะเหล่านี้จะควบคุมให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายอยู่ในฐานรับน้ำหนักของร่างกาย ส่งผลดีต่อการควบคุมท่าทางในการยืน เดิน นั่ง นอนและการเคลื่อนไหวของร่างกายดีขึ้น เหมาะสม ถูกท่าทาง ถูกวิธีและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Hatem et al, 2016; Mehta et al, 2017; Meisingset et al, 2015; Wenger et al, 2016)

3) แนวคิดการบำบัดกายจิต (Mind Body Medicine) เป็นกลุ่มของมาตรการที่ใช้เทคนิคหลากหลายวิธี ในการเสริมสร้างศักยภาพของจิตใจให้เกิดผลในทางบวกต่อระบบการทำงานต่างๆร่างกายหรืออาการต่างๆของโรค เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ ประสานการทำงานร่วมกันระหว่างสมอง จิตใจ ร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กระตุ้นและแนะนำ จนสามารถทำให้ผู้ที่ได้รับการบำบัดสามารถรู้จัก เข้าใจ และดูแลตนเองได้ ซึ่งวิธีการของการบำบัดกายและจิตประกอบด้วย (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2558; NCCAM, 2016) เมื่อมีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอแล้วจะส่งผลดีต่อร่างกาย จิตใจ และการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะบูรณาการทั้ง 3 แนวคิดนี้เพื่อพัฒนาเป็นโปรแกรมการฟื้นฟูเสมือนจริงควบคุมทิศทางการเคลื่อนไหวของอวัยวะรับความรู้สึกพิเศษ สำหรับการเพิ่มสมรรถภาพปอดและลดภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังมีการเจ็บป่วยอย่างยาวนาน ถ้าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฝึกการทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้ เกิดการตอบสนองมองเห็นการเคลื่อนไหวร่างกายของตัวเอง จะทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น แล้วเพิ่มอารมณ์ทางบวกช่วยให้สามารถควบคุมอารมณ์และความคิดของตนเองได้มากขึ้น จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ปรับสมดุลสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะธำรงดุลในจิตใจ ควบคุมอัตราการหายใจช้าลง เพิ่มออกซิเจน การไหลเวียนเลือดเข้าสู่ปอด ส่งผลให้สามารถลดภาวะหายใจลำบากได้ นอกจากนี้การวิจัยยังเป็นมิติใหม่ของนวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวิธีการเพิ่มสมรรถภาพปอด ที่มีผลต่อสมรรถภาพปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ การหายใจ และภาวะหายใจลำบากในกลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงและกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

การงานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบ 2 x 2 Factorial Pretest and Posttest Design (Between-Subject) เปรียบเทียบระหว่าง 4 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษากลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม มีกลุ่มควบคุมวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.1 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับ การฟื้นฟูเสมือนจริง การควบคุมการเคลื่อนไหว อวัยวะรับความรู้สึกพิเศษ การบำบัดกายและจิต ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะหายใจลำบาก

1.2 สร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ส่วนคำชี้แจงขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วยคำอธิบาย และสาธิตให้ดูก่อนฝึกปฏิบัติจริง และ 2) ส่วนการฝึกปฏิบัติ เป็นการฝึกปฏิบัติจริงตามลำดับขั้นตอนของโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้พากลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติและดูแลอย่างใกล้ชิด

1.3 ตรวจสอบคุณภาพ รายละเอียดเนื้อหา ของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม แล้วนำส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของโปรแกรม จำนวน 5 คน โดยประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้ความปลอดภัย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.4 ปรับปรุง รายละเอียดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.5 ตรวจสอบคุณภาพ ของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม แล้วนำส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพของโปรแกรม จำนวน 3 คน โดยประเมินความสอดคล้องความเหมาะสม ระยะเวลาที่ใช้ความปลอดภัย และไม่ก่อให้เกิดอันตรายเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ปรับปรุง โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.7 นำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นและเป็นโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วจนเหมาะสม ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย แต่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 5 คน เพื่อเป็นการประเมินว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถใช้ปฏิบัติได้จริง

1.8 ปรับแก้โปรแกรม จากปัญหา อุปสรรค ที่พบจากการทดลองใช้จริง แล้วจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรม

2. ระยะที่ 2 การนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง รายละเอียดดังนี้

2.1 ก่อนการทดลอง

2.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือประสาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจากทะเบียนประวัติการรักษาที่คลินิกหอบหืดโรงพยาบาลยางตลาด

2.1.3 ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า และดำเนินการหากลุ่มตัวอย่าง ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

2.1.4 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซักประวัติภาวะสุขภาพ เพื่อหาอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2.1.5 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อนำเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละเท่าๆกัน

2.1.6 ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กำหนดตารางนัดหมายเพื่อฝึกซ้อม และอธิบายวิธีการเตรียมตัวก่อนเริ่มกิจกรรมการทดลองกับอาสาสมัครกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งนัดวันเวลาในการดำเนินการทดลอง

2.1.7 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหอบหืด ที่มีประสบการณ์ในงานคลินิกและผ่านการอบรมการใช้เครื่องวัดสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่อง Spiro Meter

2.2 หลังการทดลอง

2.2.1 ประเมินภาวะหายใจลำบาก อัตราการหายใจ สมรรถภาพปอด และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลยางตลาด

2.2.2 ดำเนินการทดลองตามขั้นตอนของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พัฒนาขึ้น

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนของการทดลอง

2) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามลำดับขั้นตอนในจอคอมพิวเตอร์ โดยการยืนตัวตรงแยกเท้าออกประมาณ 1 คืบ วางแขนสองทั้งสองข้างไว้ข้างลำตัว หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนข้างขวาและซ้าย ขึ้นมาวางมือบนกล้ามเนื้อหายใจ บริเวณหน้าอก ออกแรงกดที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้า ใช้เวลานาน 5 วินาที พร้อมกับยกขาซ้ายขึ้นมางอสะโพกทำมุม 70 องศา กลุ่มตัวอย่างหายใจออกพร้อมยกมือออกไปวางไว้ข้างลำตัว พร้อมออกเสียง “อา” ซึ่งเป็นเสียงที่ช่วยขยายกล้ามเนื้อหายใจ ใช้เวลา 5 วินาที พร้อมกับยกขาซ้ายลงที่เดิม

3) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามลำดับขั้นตอนในจอคอมพิวเตอร์ โดยการยืนตัวตรงแยกเท้าออกประมาณ 1 คืบ วางแขนสองทั้งสองข้างไว้ข้างลำตัว หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนข้างขวาและซ้าย ขึ้นมาวางมือบนกล้ามเนื้อหายใจ บริเวณหน้าอก ออกแรงกดที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้า ใช้เวลานาน 5 วินาที พร้อมกับยกขาขวาขึ้นมางอสะโพกทำมุม 70 องศา กลุ่มตัวอย่างหายใจออกพร้อมยกมือออกไปวางไว้ข้างลำตัว พร้อมออกเสียง “อา” ซึ่งเป็นเสียงที่ช่วยขยายกล้ามเนื้อหายใจ ใช้เวลา 5 วินาที พร้อมกับยกขาขวาลงที่เดิม

4) กลุ่มตัวอย่างยืนตัวตรง แยกเท้าออกประมาณ 1 คืบ เหยียดแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าลำตัว แขนตั้งฉากกับพื้นดิน หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนข้างซ้ายและขวาขึ้นมาวางมือบนกล้ามเนื้อหายใจ บริเวณหน้าอก ออกแรงกดที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้า ใช้เวลานาน 5 วินาที พร้อมกับยกขาซ้ายขึ้นมางอสะโพกทำมุม 70 องศา กลุ่มตัวอย่างหายใจออกพร้อมเหยียดแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าลำตัวตั้งฉากกับพื้นดิน พร้อมออกเสียง “อา” ซึ่งเป็นเสียงที่ช่วยขยายกล้ามเนื้อหายใจ ใช้เวลา 5 วินาที พร้อมกับยกขาซ้ายลงที่เดิม

5) กลุ่มตัวอย่างยืนตัวตรง แยกเท้าออกประมาณ 1 คืบ เหยียดแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าลำตัว แขนตั้งฉากกับพื้นดิน หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนข้างซ้ายและขวาขึ้นมาวางมือบนกล้ามเนื้อหายใจ บริเวณหน้าอก ออกแรงกดที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้า ใช้เวลานาน 5 วินาที พร้อมกับยกขาขวาขึ้นมางอสะโพกทำมุม 70 องศา กลุ่มตัวอย่างหายใจออกพร้อมเหยียดแขนทั้งสองข้างไปข้างหน้าลำตัวตั้งฉากกับพื้นดิน พร้อมออกเสียง “อา” ซึ่งเป็นเสียงที่ช่วยขยายกล้ามเนื้อหายใจ ใช้เวลา 5 วินาที พร้อมกับยกขาขวาลงที่เดิม

6) กลุ่มตัวอย่างยืนตัวตรง แยกเท้าออกประมาณ 1 คืบ ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นตรงเหนือศีรษะ หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนข้างซ้ายและขวา ขึ้นมาวางมือบนกล้ามเนื้อหายใจ บริเวณหน้าอก ออกแรงกดที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้า ใช้เวลานาน 5 วินาที พร้อมกับยกขาซ้ายขึ้นมางอสะโพกทำมุม 70 องศา กลุ่มตัวอย่างหายใจออกพร้อมยกแขนทั้งสองข้างขึ้นตรงเหนือศีรษะ พร้อมออกเสียง “อา” ซึ่งเป็นเสียงที่ช่วยขยายกล้ามเนื้อหายใจ ใช้เวลา 5 วินาที พร้อมกับยกขาซ้ายลงที่เดิม

7) กลุ่มตัวอย่างยืนตัวตรง แยกเท้าออกประมาณ 1 คืบ ยกแขนทั้งสองข้างขึ้นตรงเหนือศีรษะ หายใจเข้า พร้อมกับยกแขนข้างซ้ายและขวา ขึ้นมาวางมือบนกล้ามเนื้อหายใจ บริเวณหน้าอก ออกแรงกดที่กล้ามเนื้อหายใจบริเวณหน้าอก พร้อมกับหายใจเข้า ใช้เวลานาน 5

วินาที พร้อมกับยกขาขวาขึ้นมางอสะโพกทำมุม 70 องศา กลุ่มตัวอย่างหายใจออกพร้อมยกแขนทั้งสองข้างขึ้นตรงเหนือศีรษะ พร้อมออกเสียง “อา” ซึ่งเป็นเสียงที่ช่วยขยายกล้ามเนื้อหายใจ ใช้เวลา 5 วินาที พร้อมกับยกขาขวาลงที่เดิม

การปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดมีจำนวน 6 ท่า ท่าละ 10 วินาที กิจกรรมทั้งหมด 6 ท่าคิดเป็น 1 ชุด รวมชุดละ 1 นาที จะทำทั้งหมดจำนวน 6 รอบ แบ่งทำครั้งละ 2 ชุด กิจกรรมระยะเวลา 2 นาที ระยะเวลารวมทั้งหมดทุกท่าจำนวน 6 นาที

2.2.3 ประเมินภาวะหายใจลำบาก อัตราการหายใจ สมรรถภาพปอด และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลยางตลาด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 4 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มทดลองแบบที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงน้อย ที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่พัฒนาขึ้น 2) กลุ่มทดลอง แบบที่ 2 คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงปานกลาง ที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่พัฒนาขึ้น 3) กลุ่มควบคุม แบบที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงน้อย ที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ 4) กลุ่มควบคุม แบบที่ 2 คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงปานกลาง ที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusions Criteria) ได้แก่

1.1 เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 35-65 ปี

1.2 เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับน้อยและปานกลาง (ตามเกณฑ์การประเมินระดับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของสมาคมโรคทรวงอกแห่งอเมริกา) และมีอาการของโรคคงที่ (Stable Disease)

1.3 สมัครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusions Criteria) ได้แก่

3. การคำนวณขนาดตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G Power 3.1.7 สำหรับ Windows คำนวณโดยการพิจารณาจากความแตกต่างระหว่างกลุ่มของผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยกำหนด Power ร้อยละ 80 ระดับความน่าจะเป็นที่ 0.05 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบสองทาง (Two – way Analysis of Variance: 2-way ANOVA) กำหนดขนาดอิทธิพลระดับกลางเท่ากับ 0.25 ในการเปรียบเทียบ 4 กลุ่ม ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คนต่อกลุ่ม รวม 4 กลุ่ม เท่ากับ 48 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจยกเลิกระหว่างการทดลอง ร้อยละ 15 ดังนั้นจึงวางแผนในการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 60 คน แบ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คนต่อกลุ่ม รวม 4 กลุ่ม เพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนที่คำนวณ แล้วสามารถเปรียบเทียบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มี 2 เครื่องมือ ได้แก่

1.1 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คำชี้แจงขั้นตอนการฝึกปฏิบัติและส่วนของการฝึกปฏิบัติ

1.2 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ คำชี้แจงขั้นตอนการฝึกปฏิบัติและส่วนของการฝึกปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้วิจัยสร้างเอง)

2.2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (ผู้วิจัยสร้างเอง)

2.3 แบบวัดภาวะหายใจลำบากของ Brog Scale เป็นแบบประเมินความรู้สึกเหนื่อยในขณะใดขณะหนึ่ง

โดยอาจประเมินความรู้สึกเหนื่อยในขณะอยู่กับที่ ขณะทำกิจกรรมและขณะหลังทำกิจกรรม แล้วแปลผลออกมาเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดยในงานวิจัยจะเป็นการประเมินความรู้สึกเหนื่อยของกลุ่มตัวอย่างในขณะอยู่กับที่ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2553)

2.4 เครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด เป็นการวัดสมรรถภาพปอด โดยการวัดปริมาตรอากาศที่หายใจและออกจากปอด โดยการวัดค่าปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่ (Forced Vital Capacity; FVC) การวัดค่าปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่ (Force expiratory volume in one second; FVC1) มีหน่วยเป็นลิตรต่อนาทีและค่าสัดส่วนของ FVC กับ FVC1 ด้วยเครื่อง Flow Sensing Spirometers (สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย, 2557)

2.6 เครื่องมือวัดอัตราการหายใจ เป็นการวัดอัตราการหายใจเข้าและออกเป็นครั้งต่อนาที ผ่านเนื้อเยื่อและเลือดที่ปลายนิ้วชี้มือขวา โดยใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (Oxygen Saturation) ด้วยเครื่อง Intensive care unit monitor รุ่น Comen C80

2.7 เครื่องมือวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจเข้าและออก เป็นการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจวัดค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้า (Maximal Inspiratory Pressure) และค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจออก (Maximal Expiratory Pressure) โดยใช้เครื่อง Respiratory Pressure Meter รุ่น RPM01 (ศศิภา บูรณพันธฤกษ์และปรียาภรณ์ สองคร, 2557)

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาด้านจริยธรรม โดยได้รับการรับรองวันที่ 25 มีนาคม 2562 เลขที่ 014/ 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้าและหายใจออก ของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ สมรรถภาพปอด อัตราการหายใจ และภาวะหายใจลำบาก ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test วิเคราะห์ความแปรปรวนค่าแรงดันสูงสุดขณะหายใจเข้าและหายใจออกของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ สมรรถภาพปอด อัตราการหายใจ และภาวะหายใจลำบาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบสองทาง (Two – way Analysis of Variance: 2-way ANOVA)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีองค์ประกอบของแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยาระบบหายใจ กล่าวคือ การหายใจเข้าแบบลึก (Deep Breathing) พร้อมกับมีแรงต้าน การหายใจออกยาว (Exhale Breathing) พร้อมกับการควบคุมการเปล่งเสียง และ การควบคุมการเคลื่อนไหวท่าทางของร่างกาย มือและแขนจากโปรแกรมเกมเสมือนจริง จัดทำเป็นโปรแกรมเกมเสมือนจริงพร้อมคู่มือการใช้งาน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านรายละเอียดเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้คะแนนรวม 1.00 คะแนน แปลผลได้ว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด การตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้คะแนนรวม 0.90 คะแนน แปลผลได้ว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด และจากการทดลองนำไปใช้จริงปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนได้อย่างต่อเนื่องราบรื่น สนุกเพลิดเพลินเวลาปฏิบัติ และเป็นกิจกรรมที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึง

ประสงค์ (Adverse event) ในระหว่างการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงสามารถนำไปใช้ได้จริง

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีที่ผ่านมาและบูรณาการ 3 แนวคิดสำคัญ ได้แก่ แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง แนวคิดการควบคุมการเคลื่อนไหวและแนวคิดการบำบัดกายและจิต ซึ่งจะใช้การมองภาพเสมือนจริงและผู้ป่วยมีการตอบสนองจากการรับรู้ผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์มาบูรณาการเป็นนวัตกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ คือ โปรแกรมเสมือนจริง ที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสรีรวิทยา จากหลักการดังกล่าวได้นำมาออกแบบเป็นโปรแกรม ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การหายใจเข้าแบบลึกพร้อมกับมีแรงต้าน การหายใจออกยาวพร้อมกับการควบคุมการเปล่งเสียง และการควบคุมการเคลื่อนไหวท่าทางของร่างกาย มือและแขนจากโปรแกรมเกมเสมือนจริง ออกแบบท่าทางของร่างกายเรียบเรียงเป็น 6 ท่า จัดทำเป็นโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยจัดทำเป็นโปรแกรมเกมคอมพิวเตอร์เสมือนจริงและคู่มือประกอบการใช้โปรแกรมเพื่อความสะดวกในการนำไปปฏิบัติกับกลุ่มทดลอง

2. ผลการเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระดับความรุนแรงน้อยและความรุนแรงปานกลาง ที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง มีสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 กลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง มีสมรรถภาพปอดหลังการทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระดับความรุนแรงน้อยและความรุนแรงปานกลาง ที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ เพิ่มขึ้นหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.4 กลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 กลุ่มทดลองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งในระดับความรุนแรงน้อยและความรุนแรงปานกลาง ที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ระหว่างหลังการทดลองกับก่อนการทดลอง มีอัตราการหายใจหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 กลุ่มทดลองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง มีอัตราการหายใจ หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 กลุ่มทดลองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงน้อย ที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง มีภาวะหายใจลำบาก ระหว่างหลังการทดลองกับก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มทดลองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับความรุนแรงปานกลาง หลังการทดลองมีภาวะหายใจลำบากหลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 กลุ่มทดลองที่โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง กับกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีภาวะหายใจลำบาก หลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวิธีการเพิ่มสมรรถภาพปอดที่มีผลต่อสมรรถภาพปอดและการหายใจ ในกลุ่มทดลองที่ใช้ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริงและกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถนำกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในโปแกรมไปใช้ฝึกออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดได้ โดยสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน แต่ควรได้รับการฝึกปฏิบัติในคลินิกโรคหอบหืดของโรงพยาบาลก่อนที่จะมาฝึกด้วยตัวเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกวิธี

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถพาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ได้

3. นักวิจัยหรือผู้สนใจ สามารถนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูเสมือนจริง ไปประยุกต์หรือเพิ่มท่ากิจกรรมในการฝึก เช่น การเดิน หรือการยกแขน ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวหลักที่ต้องฝึกให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ ดร.ปรัชญา แก้วแก่น อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร.ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
รองศาสตราจารย์ ดร.เสรี ชัดแช้ม ที่เป็นอาจารย์ผู้มีส่วนในการพัฒนาหัวข้องานวิจัย คณาจารย์วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการสอนรายวิชาต่าง ๆ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กรเพชรปาณี อดีตคณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้กรุณาให้โอกาสทางการศึกษา ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทราวดี มากมี คณบดีวิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ข้อเสนอแนะ และแนวทางแก้ไขที่เป็นประโยชน์ต่อการทำดุษฎีนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางตลาด พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหอบหืดโรงพยาบาลยางตลาด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้างานในกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลยางตลาด หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลยางตลาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนาคำ พยาบาลวิชาชีพ งานวิจัยและพัฒนาโรงพยาบาลยางตลาด ที่เป็นผู้ช่วยในการทำวิจัย และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภอยางตลาดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี นายเกรียงไกร ภูนามมา พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค โรงพยาบาลยางตลาด ที่ให้ความกรุณาเป็นแบบแสดงรูปภาพในเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ดลรวี ลีลารุ่งระยับ. (2557). **กายภาพบำบัดทรวงอกทางคลินิก.** พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557.

2. นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร และจงรักษ์ อุตรารัชต์กิจ. (2558). **การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด.** ใน สุมาลี เกียรติบุญศรี (บรรณาธิการ), Principle and Practical Points in Respiratory Care. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2558.

3. ศศิภา บูรณพันธฤกษ์ และปรียาภรณ์ สองศร. (2557).**ผลของการฝึกกล้ามเนื้อหายใจต่อสมรรถภาพปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด.**ธรรมศาสตร์เวชสาร,15(2), 260-271, 2557.

4. อดิศร วงษา. (2554). **Dyspnea.** ใน บัญชา สถิระพจน์ (บรรณาธิการ), อาการอายุรศาสตร์. (หน้า 170-181). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์, 2554.

5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง).** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.

6. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). **แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553.** กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียนอุลตร้าไวโอเร็ต จำกัด, 2553.

7. ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2561). **Health Data Center.** วันที่ค้นข้อมูล 13 พฤศจิกายน 2561, เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main.

8. สำนักการแพทย์ทางเลือก. (2558). **การแพทย์ทางเลือก.** วันที่ค้นข้อมูล 8 พฤษภาคม 2558, เข้าถึงได้จาก http://www.thaicam.go.th.

9. สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย. (2557). **แนวทางการตรวจและแปลผลสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมตรีย์ในงานอาชีวอนามัย.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสัมมาอาชีวะ, 2557.

10. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). **แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ พ.ศ.2553.** กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์, 2553.

11. Aminov, A., Rogers, J. M., Middleton, S., Caeyenberghs, K., & Wilson, P. H. (2018). What do Randomized Controlled Trials Say about Virtual Rehabilitation in Stroke? A Systematic Literature Review and Metaanalysis of Upper-limb and Cognitive Outcomes. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation.** https://doi.org/10.1186/s12984-018-0370-2.

12. Edmonds, W. A., & Kennedy, T. D. (2013). **An Applied Reference Guide to Research Designs.** United States of America: SAGE Publications, Inc.

13. Nuic, D. et al. (2018). The Feasibility and Positive Effects of a Customised Videogame Rehabilitation Programme for Freezing of Gait and Falls in Parkinson's Disease Patients: a Pilot Study. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation.** 15:31. https://doi.org/10.1186/s12984-018-0375-x.

14. Quilis, J. A. (2014). Virtual Rehabilitation for Multiple Sclerosis Using a Kinect-Based System: Randomized Controlled Trial. **JMIR Serious Games.** 2(2), 1-17.

15. American Thoracic Society. (2015). **COPD.** Retrieved November 20, 2016, from www.thoracic.org.

16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2018). **Pocket guide to COPD diagnosis management and prevention.** Retrieved November 13, 2018, from http://www.goldcopd.com.

17. National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2016). **Alternative medicine.** Retrieved November 20, 2016, from Nccih.nih.gov.

18. World Health Organization. (2018). **Chronic obstructive pulmonary disease.** Retrieved November 12, 2018, from http://www.who.int/respiratory/copd/en.

การพัฒนาและการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน

The development and evaluation of nursing practice guidelines for prevention of fatigue severity in gynecologic cancer patients receiving multimodality treatment

วารุณี วงศ์ศรีชา[1] บุษบา สมใจวงษ์[2]

Warunee Wongsricha[1], Busaba Somjaivong[2]

(Received: August 12 ,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน โดยใช้รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการขั้นสูงของ Soukup ปี ค.ศ. 2000 เป็นกรอบในการพัฒนาซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาถึงขั้นตอนที่ 1-3 คือการพัฒนาแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.97 และทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย และผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช จำนวน 20 ราย ศึกษาระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2561

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลและผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมาก และเมื่อประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 13 ราย ไม่มีความรุนแรงของความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มีระดับความเหนื่อยล้าลดลง อย่างไรก็ตามหากต้องการศึกษาถึงประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล จำเป็นต้องมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นและปรับปรุงตามบริบทของหน่วยงานก่อนนำมาใช้จริง

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ, ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช, การป้องกันความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง

ABSTRACT

This study aimed to develop and try out the developed nursing practice guidelines on prevention of fatigue severity in gynecologic cancer patients given the multimodality treatment. The guideline was adopted using the evidence-based practice model of the Advanced Nursing Practice Center U.S.A (Soukup. 2000) as a conceptual framework. This research study performed step 1-3 that was phrase of nursing practice guideline and guideline try-out phases. The adopted guideline was validated for content validity by three experts, gaining CVI= 0.97. The trial of guidelines was conducted among ten licensed nurses and 20 gynecologic cancer patients during July 23 – September 4, 2018.

The findings showed that overall the participants found the developed nursing practice guidelines feasible to use at the most level. According to the fatigue assessment results, 13 of the patients were found no increase severity of their fatigue and two were found a decrease from a more level to moderate level and from a moderate level to a low level. However, if the effectiveness of the guidelines were to be measured, it would be convincing to investigate clinical outcomes in the greater number of subjects and, prior to use, tailor the guideline to contexts specific to intended units.

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งของประชากรไทย โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่และผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเพิ่มขึ้นในทุกๆปี[1] และจากรายงานทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งระดับโรงพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 - 2560 พบมีผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 3,439, 3,610 และ 3,441 รายตามลำดับ[2] สำหรับสถิติการให้บริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามะเร็งเป็นโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด[3] และเมื่อพิจารณาชนิดของมะเร็งที่พบในเพศหญิง 10 อันดับแรก พบว่ามะเร็งทางนรีเวชเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม[4] ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามะเร็งนรีเวชยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในปัจจุบันใช้การรักษาแบบผสมผสานหลายวิธีเข้าด้วยกัน หรือเรียกว่า multimodality treatment[5] โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย การเลือกการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ชนิดของมะเร็ง การแพร่กระจายของมะเร็ง สภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วย จากการศึกษาในมะเร็งนรีเวชพบว่า พยาธิสภาพของมะเร็งและผลข้างเคียงจากการรักษาสามารถส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย[6] และนอกจากนี้ยังมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงอีกด้วย[7]

ความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง (cancer-related fatigue) หมายถึงการรับรู้ถึงความเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้าและขาดพลังงานซึ่งเกิดจากมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็ง[6] โดยไม่เชื่อมโยงกับกิจกรรมหรือการออกแรง และไม่สามารถบรรเทาได้โดยการนอนหลับหรือการพัก[8,9] ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยร้อยละ 70 – 100[8] และสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการวินิจฉัยโรคและเกิดมากขึ้นเมื่อความก้าวหน้าของโรคเพิ่มขึ้น[9] นอกจากนี้เมื่อศึกษาถึงความชุกของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 53 โดยพบมากในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่[7]ตามลำดับ

การเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งส่งผลกระทบดังนี้ 1) ด้านร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย เหนื่อยอ่อนแรง หมดแรง[10] ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง[10,11] 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้มีความตึงเครียด วิตกกังวล ขาดสมาธิ หากมีความรุนแรงมากอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความมีคุณค่าในตนเองลดลง[10] 3) ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง แยกตัวออกจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจกับชีวิต[12] นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลจากการต้องดูแลและรับผิดชอบหน้าที่ต่างๆแทนผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าควรตรวจคัดกรองความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งทุกรายเพื่อประเมินระดับของความเหนื่อยล้าและป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไม่ให้เกิดความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และกิจกรรมหรือวิธีการต่างๆ ในการป้องกันและลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ไม่ใช้ยาและกิจกรรมที่ใช้ยา โดยกิจกรรมที่ไม่ใช้ยาได้แก่ 1) กิจกรรมทางกายภาพ เช่น การออกกำลังกาย 2) การใช้ psychosocial Interventions และ 3) การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ กลวิธีการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนการฝึกการบริหารจัดการความเหนื่อยล้า[13] รวมถึงการแก้ปัญหาในเรื่องความทุกข์ทางจิตใจด้วย[14] ส่วนกิจกรรมที่ใช้ยาได้แก่ การใช้ erythropoietin และ darbepoetin[8] เป็นต้น การจัดการความเหนื่อยล้าแบบไม่ใช้ยาเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลและมักถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น การออกกำลังกาย การจัดการเรื่องโภชนาการระหว่างการรักษา และการจัดการความสมดุลของกิจกรรมและการนอนหลับพักผ่อน[10] เป็นต้น

หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผสมผสาน ทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช จำนวน 5 ราย ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความเหนื่อยล้าในระหว่างการรักษา และความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมีผลกระทบเชิงลบต่อผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีความเหนื่อยล้าระดับรุนแรงผู้ป่วยจะขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง เป็นผลมาจากความสามารถในการเดินทางเพื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง หรือความสามารถในการรับมือกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาลดลง ทำให้ความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและเพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลอีกด้วย และจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย พบว่าพยาบาลยังมีความรู้และความสนใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชน้อย ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการประเมินและบันทึกความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ส่งผลต่อระบบบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชจะเกิดความเหนื่อยล้าที่รุนแรงในระหว่างการรักษาและหลังการรักษา ผู้จัดทำจึงสนใจในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อประเมินความเหนื่อยล้าและป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Soukup, 2000[15] มาเป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติไปผสมผสานเข้าสู่การปฏิบัติจริงในหน่วยงาน ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาถึงขั้นตอนที่ 3 เท่านั้น โดยมีรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนดังนี้

1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase) ได้มาจากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ 1) practice triggered ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานจะเกิดความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ซึ่งผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของตน บางรายไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจริง และมีระดับของความเหนื่อยล้าแตกต่างกันในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัญหาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมักได้รับการดูแลและแก้ไขเมื่อมีอาการแสดงที่รุนแรงมากแล้ว 2) knowledge triggered ปัญหาที่พบจากการค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าความเหนื่อยล้าสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ ร้อยละ 70 – 100 ในช่วงของการรักษามะเร็ง[9] ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่สัปดาห์แรกของการให้เคมีบำบัด[14] และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะพบความ

เหนื่อยล้าเพิ่มสูงสุดในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา[16] และยังคงอยู่ถึง 2 สัปดาห์หลังจากสิ้นสุดการรักษา[17] และเมื่อศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พบว่าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 53 โดยพบมากในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งรังไข่[7]ตามลำดับ

2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (evidence-supported phase) โดย 1) กำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้น คือ แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน 2) วิเคราะห์และประเมินหลักฐานความรู้เพื่อการประยุกต์ใช้ โดยใช้เกณฑ์ตามสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna briggs institute, 2014) ในการประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (levels of evidence) และจัดระดับข้อเสนอแนะของการนำหลักฐานไปประยุกต์ใช้ ตามแนวทางของ The Joanna Briggs Institute (2004-2006) จากการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่อง เพื่อนำมายกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล 3) ตรวจสอบคุณภาพของร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity [CVI]) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช พยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช และอาจารย์พยาบาลผู้ชำนาญการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ได้ค่า CVI = 0.97 พร้อมทั้งประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น โดยการใช้แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน จากนั้นนำร่างของแนวปฏิบัติการพยาบาลมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและสร้างเป็นแนวปฏิบัติเพื่อทดลองใช้ในหน่วยงานต่อไป

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของงานวิจัยที่ได้จากการสืบค้น

ชื่องานวิจัย	ผู้แต่ง /ปี	ที่มา	ระดับหลักฐาน	ระดับข้อเสนอแนะการนำใช้
1. Nonpharmacological nursing interventions for the management of patient fatigue: a literature review	Patterson et al. (2012)	PubMed	1.b	B
2. A brief yoga intervention implemented during chemotherapy: A randomized controlled pilot study	Sohl et al. (2016)	PubMed	1.c	C
3. A randomised controlled trial testing the feasibility and efficacy of a physical activity behave oural change intervention in managing fatigue with gynaecological cancer survivors	Donnelly et al. (2011)	PubMed	1.c	B
4. Effects of an aerobic exercise programme on fatigue for patients with breast cancer undergoing radiotherapy	Yang et al. (2015)	PubMed	2.c	B
5. Fatigue in Gynecological Cancer Patients During and After Anticancer Treatment	Prue et al. (2010)	PubMed	3.c	B
6. Fatigue related to radiotherapy for breast and/or gynecological cancer: a systematic review	Alcantara-Silva et al (2013)	PubMed	3.d	B

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่มาจากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและมีเนื้อหาที่ทันสมัยซึ่งศึกษาระหว่างปี ค.ศ. 2010 – 2016 โดยเป็นงานวิจัยที่ได้มีการจัดระดับข้อเสนอแนะของการนำหลักฐานไปประยุกต์ใช้ อยู่ในระดับ B จำนวน 5 เรื่อง หมายถึง งานวิจัยที่มีข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการฝึกทักษะของผู้ปฏิบัติหรือต้องจัดหาทรัพยากรเพิ่มขึ้นเล็กน้อย งานวิจัย ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง หมายถึง งานวิจัยที่มีข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ แต่ต้องมีการฝึกทักษะให้ผู้ปฏิบัติและมีการจัดหาทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติม ดังนั้นก่อนการนำผลงานวิจัยไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้ศึกษาได้มีการอบรมและฝึกทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมการศึกษาให้มีความเข้าใจและชำนาญก่อนการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

จากการสืบค้นมีข้อค้นพบที่นำมาจัดหมวดหมู่เพื่อพัฒนาเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้ 1) ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งความหมาย ความรุนแรง สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า 2) มีการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังการรักษามะเร็ง โดยใช้เครื่องมือจำเพาะเจาะจงในการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง 3) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง และ 4) มีการติดตามประเมินผลความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเป็นระยะๆ จนกว่าจะสิ้นสุดการรักษา

3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (evidence - observed phase) หลังจากร่าง แนวปฏิบัติการพยาบาลได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่นแล้ว ผู้ศึกษาได้นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อพิจารณาทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการเข้าร่วมการศึกษา และสิทธิต่างๆในการเข้าร่วมหรือการไม่เข้าร่วมการศึกษา ให้แก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ เพื่อขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา เมื่อกลุ่มอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้ศึกษาได้มีการจัดอบรมวิธีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้กับพยาบาลวิชาชีพจนแน่ใจว่าสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง จากนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 1 ราย จะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะรับแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ที่บ้านต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์หรือจนกว่าจะถึงนัดครั้งต่อไป การศึกษาในครั้งนี้มีพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมโครงการทั้งหมด จำนวน 10 ราย และผู้ป่วยจำนวน 20 ราย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษานำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชกลุ่มเป้าหมาย ในวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นรายบุคคล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งสิทธิต่างๆในการเข้าร่วมหรือการไม่เข้าร่วมในการศึกษา เพื่อขอคำยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจะใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยที่ลงชื่อให้คำยินยอมแล้วเท่านั้น

2. ขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน

การประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ เน้นการประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการ คือการประเมินความเป็นไปได้ โดยใช้แบบประเมินที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย การประเมินความสะดวกในการนำไปใช้ ความชัดเจน สามารถเข้าใจง่าย ความสามารถในการนำไปนำไปปฏิบัติ และประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือพยาบาลวิชาชีพผู้ทดลอง

ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และผู้ป่วยผู้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 12 ราย และผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 10 ราย (ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล) และผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 รายที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 23 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 4 เดือน กันยายนพ.ศ. 2561 (โดยพยาบาล 1 ราย นำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 2 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาลและผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช เป็นต้น

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผู้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ที่บ้าน ประกอบด้วย อายุ ระดับการรักษา การวินิจฉัยโรค และการรักษา เป็นต้น

1.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง (fatigue symptom inventory [FSI]) ของ Hann, Denniston, and Baker, 2000 ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิรินุช บูรณะเรืองโรจน์[18] โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดีมาก 0.94)

1.4 แบบประเมินความความเป็นไปได้ต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินความเป็นไปได้ ปัญหา และอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสาน

เครื่องมือทั้งหมดที่ใช้ในจากการศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI = 0.97

สรุปผลการศึกษา

1. ผลจากการศึกษาส่วนของพยาบาลวิชาชีพผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดเป็นเพศหญิง และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี จำนวน 1 ราย อายุระหว่าง 30 - 40 ปี จำนวน 6 ราย และระหว่าง 40 - 50 ปี จำนวน 3 ราย ประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาส่วนใหญ่อยู่ที่ 5 – 10 ปี จำนวน 4 ราย รองลงมาคือ มากกว่า 10 ปี จำนวน 3 ราย 1 - 3 ปี จำนวน 2 ราย และน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 ราย ตามลำดับ โดยพยาบาลวิชาชีพแสดงความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

ตาราง 1 แสดงความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการ	ระดับของความคิดเห็น (ราย)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้	8	2	
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน	8	2	
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้	8	2	
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	10	-	
5. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย	7	2	

จากผลการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาล มีความคิดเห็นในระดับสูงสุด คือระดับมาก ในหัวข้อ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้ มีความชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 80 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 100 และ 3) ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 70 ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากเป็นช่วงเวรเช้า ซึ่งมีหัตถการหลายอย่าง อีกทั้งผู้ป่วยมีปริมาณมากทำให้ไม่สะดวกในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีการฝึกทักษะของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2) ปัญหาเรื่องของอัตรากำลังและสถานที่ อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ยังต้องได้รับการปรับแก้ไขเรื่องภาษาที่ใช้ ให้มีความเข้าใจง่ายและสะดวกต่อการใช้ต่อไป

2. ผลจากการศึกษาส่วนของผู้ป่วยผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (11 ราย) มีอายุอยู่ระหว่าง 50 – 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งรังไข่ (15 ราย) ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด ซึ่งเคมีบำบัดสูตร paclitaxel ร่วมกับ carboplatin เป็นการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมากที่สุด (17 ราย) และผู้ป่วยส่วนใหญ่ (19 ราย) ได้รับเคมีบำบัดโดยใช้ระยะเวลาเพียง 1 วัน ต่อ 1 cycle ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (9 ราย) มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (10 ราย)

จากข้อมูลด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลงและรับประทานอาหารลดลงจากเดิม จำนวน 12 ราย มีอาการคลื่นไส้อาเจียนในแต่ละวัน จำนวน 8 ราย มีอาการท้องเสีย/ ถ่ายเหลว จำนวน 2 ราย มีอาการปวด จำนวน 8 ราย และมีภาวะซีด จำนวน 2 ราย ส่วนความทุกข์ทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความกลัวเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของเคมีบัดบัด การลุกลามของโรค มีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องงานและการพึ่งพาผู้อื่น ส่วนคะแนนของความเหนื่อยล้า พบว่าสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น มีจำนวน 5 ราย 2) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าลดลง จำนวน 2 ราย และ 3) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าไม่เปลี่ยนแปลง จำนวน 13 ราย ซึ่งเมื่อพิจารณาผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 และ 3 พบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้เกือบทุกข้อ ยกเว้นกิจกรรมการเดินในช่วงสัปดาห์ที่ 1 เท่านั้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเหนื่อยอ่อนเพลียจากการรับเคมีบำบัด และเมื่อศึกษาถึงรายละเอียดของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วย พบว่าในสัปดาห์แรกหลังได้รับเคมีบำบัดผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ซึ่งเกิดจากการไม่สามารถทำกิจกรรมได้ อันเนื่องมาจากหลัง

รับเคมีบำบัดช่วง 2-3 วันแรก ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยล้าและหมดแรงมาก กิจกรรมที่สามารถทำได้มากที่สุดคือ การนอนพักผ่อน บางรายมีอาการคลื่นไส้อาเจียน จนไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ในรายที่รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 และ 2 เริ่มมีอาการผมร่วง ยังไม่สามารปรับตัวได้ร่วมกับมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้ป่วยที่รับเคมีบำบัดครั้งแรกจะยังไม่สามารถปรับตัวได้หลังรับการรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเลือกไม่รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารปริมาณที่น้อยลงเมื่อมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งแตกต่างกับผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการรับเคมีบำบัดมาแล้วหลายครั้ง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลายขึ้นและเลือกรับประทานในช่วงเวลาที่ไม่อาการมากกว่าเลือกไม่รับประทานเลย

ตาราง 2 แสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

รายการ	ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็น		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้	16	4	
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน	18	2	
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้	18	2	
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	20	-	
5. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย	17	3 0	

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 20 ราย มีความคิดเห็นในระดับสูงสุด คือ ระดับมาก ในหัวข้อต่างๆ ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ร้อยละ 100 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้ ร้อยละ 80 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจน ร้อยละ 90 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 90 และ 5) ข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 85 ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า มีความเหนื่อยล้ามากและคลื่นไส้อาเจียนในช่วงสัปดาห์แรกหลังได้รับเคมีบำบัด ซึ่งเป็นอุปสรรคช่วงสัปดาห์แรกของการปฏิบัติเท่านั้น ในสัปดาห์ต่อมาจะพบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ แต่อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ยังต้องได้รับการปรับแก้ไขเรื่องภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายและสะดวกต่อการใช้ต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

ด้านพยาบาลวิชาชีพ

เมื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 10 ราย ให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และแสดงความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรักษาแบบผสมผสานมีความสะดวกในการนำไปใช้ มีความชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ร้อยละ 80 มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ร้อยละ 100 และข้อเสนอแนะการปฏิบัติสามารถเข้าใจง่าย ร้อยละ 70 นอกจากนี้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติยังเห็นว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง และเป็นความรู้ใหม่/เพิ่มความรู้แก่พยาบาลในการปฏิบัติงานอีกด้วย เนื่องจากมีเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ทำให้ง่ายต่อการประเมินและติดตามระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย อีกทั้งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลยังเป็นตัวยืนยันว่าพยาบาลผู้การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการพยาบาล นอกจากนี้การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในครั้งนี้ยังเป็นตัวกระตุ้นให้พยาบาลมีความสนใจในการพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการดูแลความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชอีกด้วย ซึ่ง

ส่วนที่เพิ่ม

สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พุทธรักษาและคณะ[19]ที่อธิบายถึงปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนหนึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องมีความสนใจและพร้อมในการพัฒนาตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ให้ความสำคัญและเห็นประโยชน์ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และปัจจัยด้านคุณภาพของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งต้องชัดเจน อ่าน ทำความเข้าใจและนำไปใช้ได้ง่าย สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้จริง ส่วนปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากเป็นช่วงเวรเช้า ซึ่งมีหัตถการหลายอย่าง อีกทั้งผู้ป่วยมีปริมาณมากทำให้ไม่สะดวกในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาเรื่องของอัตรากำลังและสถานที่ ผู้สร้างแนวปฏิบัติจะเสนอกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอคำปรึกษาและหาแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีการฝึกทักษะของพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ด้านผู้ป่วย

จากข้อมูลด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วย นอกจากมะเร็งและการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้ว พบว่ามีปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ ผู้ป่วยมีความอยากอาหารลดลงและรับประทานอาหารลดลง มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีอาการท้องเสีย/ถ่ายเหลว มีความปวด มีภาวะซึด และมีความทุกข์ทางด้านจิตใจ เช่น ผู้ป่วยบางรายบอกว่าตนเองมีความวิตกกังวลเมื่อต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากกลัวผลข้างเคียงที่เกิดจากเคมีบำบัด บางรายบอกว่าตนเองรู้สึกกลัวตายและยังต้องการอยู่กับครอบครัว ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของสาคร หับเจริญและคณะ[20]ที่ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง คือ อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ตามลำดับ นอกจากนี้ความปวด และอาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น ความกังวล ก็มีผลกระทบโดยตรงกับระดับความเหนื่อยล้าอีกด้วย[17] ส่วนความเหนื่อยล้า พบว่าผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นและมีระดับที่สูงขึ้นหลังได้รับเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของสาคร หับเจริญและคณะ[20]ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในระดับที่สูงขึ้นคือการได้รับเคมีบำบัด

ความสามารถในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้มากขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 เนื่องจากช่วง 2 - 3 วันแรกจะรู้สึกเหนื่อยล้าและหมดแรงมาก กิจกรรมที่สามารถทำได้มากที่สุดคือการนอนพักผ่อน โดยผู้ป่วยจะยังไม่สามารถออกกำลังกายหรือรับประทานอาหารตามความต้องการของร่างกายได้ เนื่องจากเคมีบำบัดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอ่อนเพลียและคลื่นไส้อาเจียนตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรับเคมีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกร หวานกระโทกและคณะ[21] ที่อธิบายว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเหนื่อยล้า จะใช้วิธีการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอในจัดการอาการมากที่สุด เนื่องจากเป็นการลดการใช้พลังงานและรักษาความสมดุลของพลังงานในร่างกาย และเมื่อพิจารณาเรื่องการจัดการอาการของผู้ป่วยที่มีปัญหาคลื่นไส้อาเจียน ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ พบว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งที่ 1 หรือ 2 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่รับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารปริมาณที่น้อยลง แทนการเลือกรับประทานอาหารที่หลากหลายขึ้นหรือการเลือกรับประทานในช่วงเวลาที่ไม่อาการ และจากเหตุผลนี้จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prue และคณะ[14] ที่อธิบายว่าระดับของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะพบความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่สัปดาห์แรกของการรักษา

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าลดลง และ 3) ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเหนื่อยล้าไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเมื่อพิจารณาผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 และ 3 พบว่าผู้ป่วยทุกรายสามารถ

ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้เกือบทุกข้อ ยกเว้นกิจกรรมการเดินในช่วงสัปดาห์ที่ 1 เท่านั้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเหนื่อยอ่อนเพลียจากการรับเคมีบำบัด ดังนั้นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเป็นไปได้ในการป้องกันความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช เนื่องจากผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ครบทุกข้อ คือสามารถออกกำลังโดยการเดิน วิ่ง หรือปั่นจักรยาน ฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และครบ 5 หมู่ และฝึกเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ หรือฟังเพลง ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ไม่มีระดับความเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มีระดับความเหนื่อยล้าที่ลดลงอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bower และคณะ[13] พบว่ากิจกรรมการออกกำลังกายสามารถแก้ไขความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ และการศึกษาของ Mitchell และคณะ[22] อธิบายว่านอกจากกิจกรรมการออกกำลังกายแล้ว กิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างอื่น การฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลาย การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การทำสมาธิและการลดความเครียดยังช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ การศึกษาของ Alcantara-Silva และคณะ[17] ยังพบว่าการให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโภชนาการที่ถูกต้อง สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้อีกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วย มีความสะดวกในการนำไปใช้ ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษามาใช้

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้จัดทำในครั้งนี้ เป็นการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) โดยศึกษาถึงขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (evidence - observed phase) เท่านั้น หากต้องการให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง จำเป็นต้องนำร่างแนวปฏิบัติที่ได้จากการปรับแก้ไปประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) โดยผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ก่อนประกาศใช้และเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้นในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพียง 3 สัปดาห์ ดังนั้นการสรุปผลจึงได้ในแง่ความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติเท่านั้น อาจยังไม่เห็นผลในเรื่องของการป้องกันหรือการลดความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่ชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ในเรื่องของการป้องกันและลดความรุนแรงของความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยอาจใช้การเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งต่อไปจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันและลดความรุนแรงของความเหนื่อยล้าได้อย่างชัดเจน

ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น จึงทำให้ยังไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น การป้องกันความรุนแรงหรือการลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งได้ อีกทั้งระยะเวลาในการศึกษาและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวนจำกัด ดังนั้นจึงทำการศึกษาเพียงแค่ผลลัพธ์ทางกระบวนการเท่านั้น ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการวางแผนในการศึกษาครั้งต่อไปถึงผลลัพธ์ทางด้านคลินิกเพื่อเป็นการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. **แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556 – 2560).** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ, 2556.
2. กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. **ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560.** พรทรัพย์การพิมพ์จำกัด กรุงเทพฯ, 2560.
3. กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น. **รายงานสถิติประจำปี โรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปี 2557.** โรงพิมพ์เพ็ญพริ้นติ้ง ขอนแก่น, 2558.
4. วรนิพิฐ พาลุสุข และคณะ. **รายงานทะเบียนมะเร็งประจำปี 2557 โรงพยาบาลขอนแก่น.** ขอนแก่นการพิมพ์ ขอนแก่น, 2557.
5. เสวก วีรเกียรติ. (บรรณาธิการ). **นรีเวชวิทยา.** พิมพ์ครั้ง 3. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บียอน เอ็นเทอร์ไพรซ์ กรุงเทพฯ, 2551.
6. Hofman, M. et al "Cancer-Related Fatigue: The Scale of the Problem". **The Oncologist.** 12(1) : 4–10, 2007.
7. Sekse, R. J. T. et al. "Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study". **Journal of Clinical Nursing.** 24(1) : 546–555, 2014.
8. Howell, D. et al. "A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue". **Current Oncology.** 20(3) : 233-246, 2013.
9. Stone, P. C., & Minton, O. "Cancer-related fatigue". **European Journal of Cancer.** 44(1) : 1097-1104, 2008.
10. สวนีย์ บำรุงสุข และกุสุมา กังหลี. "ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา : แนวทางการบรรเทาความเหนื่อยล้า". **วารสารพยาบาลทหารบก.** 15(3) : 162-169, 2557.
11. Akkuzu, G. et al. "Functional Status in Turkish Women with Gynecological Cancer". **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.** 15(5) : 2045-2049, 2014.
12. Koornstra, R. H. T. et al. "Management of fatigue in patients with cancer – A practical overview". **Cancer Treatment Reviews.** 40(1) : 791–799, 2914.
13. Bower, J. E. "Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation". **American Society of Clinical Oncology.** 32(17) : 1840-1850, 2014.
14. Prue, G. et al. "Fatigue in Gynecological Cancer Patients During and After Anticancer Treatment". **Journal of Pain and Symptom Management.** 39(2) : 197-210, 2010.
15. ฟองคำ ติลกสกุลชัย. **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ.** พิมพ์ครั้งที่ 6. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พรี-วัน กรุงเทพฯ, 2553.
16. จิราภรณ์ บุตรทอง และคณะ. "ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา". **วารสารสภาการพยาบาล.** 24(4) : 29-42, 2552.
17. Alcantara-Silva, T.R. et al. "Fatigue related to radiotherapy for breast and/or gynaecological cancer: a systematic review". **Journal of Clinical Nursing.** 22(19-20) : 2679–2686, 2013.
18. สิรินุช บูรณะเรืองโรจน์ และคณะ. "ประสบการณ์และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด". **วารสารสภาการพยาบาล.** 21(2) : 47-62, 2549.
19. ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา และคณะ. "ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ". **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.** 24(3) : 94-103, 2559.
20. สาคร หับเจริญ และชลธิชา ปานโบ. "ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด". **วารสารโรคมะเร็ง.** 31(1) : 13-24, 2554.
21. ศุภกร หวานกระโทก และคณะ. "แบบแผนอาการเหนื่อยล้า การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด". **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.** 32(1) : 50-58, 2554.
22. Mitchell, S.A. et al. "Putting evidence into practice: an update of evidence-based interventions for cancer-related fatigue during and following treatment". **Clinical Journal of Oncology Nursing.** 18(6) : 38-58, 2014.

รูปแบบการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืนโดยใช้บทเรียนและค่ากลางความสำเร็จ เพื่อแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

Sustainable Iodine Community/ Village Development Model by Lesson Learn and Success Norm for Problem Solving Iodine Deficiency in Health Region 7th

เพ็ญนิดา ไชยสายัณห์[1], ตำแหน่ง สินสวาท[2], ชัญญานุช ปานนิล[3]
วาสนา มงคลศิลป์[4], เดือนเพ็ญ ใจเต้[4], สุนันทินี ศรีประจันทร์[4]

(Received: September 12,2018; Accepted: October 11,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบชุมชนมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืนโดยใช้บทเรียนและค่ากลางความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างเป็น ประชาชนจาก 13 ชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 130 ครัวเรือน ผู้ร่วมถอดบทเรียนเป็นผู้นำชุมชน อสม. พ่อค้า ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก13 ชุมชน จำนวน 65 คน ระยะเวลาศึกษาปี 2561-2562 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบบประเมินชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน และรายงานการดำเนินงานไอโอดีนในการตรวจราชการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired T–test, Mc Nemar test, Man-Whitney U test และ Chi-square test ($p<0.05$)

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 41- 60 ปี 64.4% เพศหญิง57.7% อาชีพเกษตรกร 41.5% การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป40% สถานการณ์ไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนดำเนินการ พบว่าความครอบคลุมครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพ 20-40 ppm. 86.2% ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 128.4µg/L หลังทดลองใช้รูปแบบใน 13 ชุมชนพบว่า 1) คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.33 ±1.22คะแนน VS 8.93±1.16 คะแนน, $p<0.001$) คะแนนการปฏิบัติเพิ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.54 ±1.23คะแนน VS 10.05 ± 1.15 คะแนน, $p<0.001$) คะแนนความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก 52.2% เฉลี่ย 49.22 ± 5.63 คะแนน ครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (89.2% VS 93.8%, $p=0.031$) 2) ถอดบทเรียนความสำเร็จจาก 13 ชุมชน ได้ค่ากลางความสำเร็จในการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ซึ่งมีแนวทางดำเนินงาน 6 กิจกรรมหลัก คือ การเฝ้าระวัง การใช้มาตรการชุมชน การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย การจัดการสิ่งแวดล้อม การสื่อสารเพื่อปรับพฤติกรรม และการปรับแผนงาน ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องไอโอดีน 3) หลังดำเนินการใช้รูปแบบฯในเขตสุขภาพที่7 พบว่า หมู่บ้านมีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นจาก88.7% เป็น92.8% ครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพเพิ่มขึ้นจาก89.6% เป็น94.7% หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นจาก81.8% เป็น 94.05% ค่า มัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (127.7µg/L VS 165.86µg/L, $p<0.001$)

คำสำคัญ : ภาวะขาดสารไอโอดีน ไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน

Abstract

This is research and development study. Using community-based participatory action research model. The objective were to develop and evaluate Iodine community / village model. The population were community leaders, health volunteers, people, salt sellers, cooks in communities, local officials, teachers and public health officials in health area 7th. The samples consisted of 130

[1] นักวิชาการสาธารสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
[2] นักวิชาการสาธารสุขเชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
[3] นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

households. Study period 2018 – 2019. Data collection tools were questionnaires, Iodine community / village assessment form and report. Data were analyzed by descriptive statistics : percentage, mean, standard deviation. And inferential statistics comparing the differences with Paired T-test, Mc Nemar test, Man-Whitney U test and Chi-square test ($p<0.05$).

The study found that : most of the samples were 41-60 years old 64.4%, female 57.7%, farmer 41.5%, bachelor degree 40%. The study of Iodine situation in health area 7th found that coverage of using quality iodized salt 20-40 ppm. of household was 86.2%. The median of urine Iodine of pregnant women was 128.4 *μg/L*. After trial for 3 months found that : 1) Iodine knowledge scores increased statistically (8.33 ±1.22 VS 8.93± 1.16 points, $p < 0.001$). Practice scores increased significantly (9.54 ± 1.23 VS 10.05 ± 1.15 points ($p<0.001$). Most of satisfaction points were high 52.2%, average 49.22 ± 5.63 points. Coverage of quality Iodized salt consumption in households was statistically significant increasing (89.2% VS 93.8%, $p = 0.031$). 2) Took success lesson learn of development model from 13 communities to be norm of success model. Guideline to develop Iodine community / village by 6 main activities : surveillance and screening, community policy, health management, environmental management, communication for change behavior and plan adjustment. Under participation process and enhancing with Iodine knowledge. 3) After expanding the developed model in 4 provinces, health area7th, found that Iodized salt fund in village were increased from 88.7% to 92.8%. Coverage for quality Iodized salt consumtion in households was increased from 89.6% to 94.7%. Coverage of pregnant women received and took Iodine supplement increased from 81.8% to 94.05%. The median of urine Iodine in pregnant significantly increased (127.7μg/L VS 165.86μg/L, $p<0.001$). Conclusion, the development model effected more comprehensive to develop process of sustainable Iodine village to reduce Iodine deficiency disease, from median of urine Iodine in pregnant women are higher. So the development model should be published and applied the model to solve problem in other areas.

Key word : Iodine deficiency disease, urine Iodine in pregnant , Iodine/community village

บทนำ

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และเด็กปฐมวัย เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการสร้างเซลล์สมองและการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกในครรภ์มารดาจนถึง 3 ปี หากขาดสารไอโอดีนตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา อาจทำให้ปัญญาอ่อน ประสาทพิการแต่กำเนิด การขาดสารไอโอดีนตั้งแต่ในวัยเด็ก ทำให้พัฒนาการของสมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ลดความเฉลียวฉลาดหรือลดระดับสติปัญญาของเด็ก ทำให้เด็กมีปัญหาทางการเรียน และกระทบต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ[10] อย่างไรก็ตาม ภาวะขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ หากประชากรทุกกลุ่มวัยเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีสารไอโอดีน และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เกลือ เครื่องปรุงรส หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆที่มีปริมาณไอโอดีนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของแต่ละวัย [4]

สถานการณ์ของภาวะขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยเป็นดังนี้ 1) สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์พบแนวโน้มมากขึ้นถึงแม้จะยังไม่น่าเป็นห่วงแต่ควรเฝ้าระวังต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด 2) คุณภาพตามมาตรฐานของเกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนบางส่วนยังเป็นปัญหาและยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง 3) ประชาชนบางส่วนมีความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียของโรคขาดสารไอโอดีนยังไม่เพียงพอ[13]

สถานการณ์ภาวะขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ 4 จังหวัดเขตสุขภาพที 7 พบว่าอยู่ในระดับที่เป็นปัญหาดังข้อมูล 1) ผลการสุ่มสำรวจไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2556 พบว่าสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะต่ำกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ร้อยละ 65.7 ,46.1, 68.4 และ 62.5ตามลำดับ[11] แปลผลตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ พื้นที่ที่มีสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150ไมโครกรัม/ลิตร เกินร้อยละ 50 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน[15] 2) ภาวะขาดสารไอโอดีนในทารก

แรกเกิด เกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าพื้นที่ใดที่มีผลการตรวจTSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิต/ลิตร เกินร้อยละ 3 ถือว่าเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน ในปี 2560 พบว่ามีภาวะขาดสารไอโอดีนทั้ง 4 จังหวัดคือ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ พบร้อยละ 7.44, 8.26, 14.07และ 11.07ตามลำดับ[1] 3) ผลการสุ่มตรวจร่างกายนักเรียนระดับประถมในเขตสุขภาพที่ 7 ปี 2561 จำนวน 405 ราย พบภาวะคอพอกในเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 8.6 จำแนกรายจังหวัดขอนแก่น, มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ร้อยละ 4.7, 3.7, 12.7และ13.4 ตามลำดับ[6] 4) ผลการสุ่มตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ในปี 2560 พบว่าจังหวัดขอนแก่นใช้เกลือเสริมไอโอดีนร้อยละ 61.86 และครัวเรือนมีการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนที่มีปริมาณไอโอดีนระหว่าง 20 – 40 ppm. ร้อยละ 84.70[1] จากข้อมูลสถานการณ์แสดงว่า ทั้ง 4 จังหวัดเป็นพื้นที่ที่มีหญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด มีภาวะขาดสารไอโอดีน

การกำกับ ติดตาม และประเมินผลตามแผนการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 การขับเคลื่อนการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่ความยั่งยืน ประกอบด้วย ประเด็นที่ 1 คือการสร้างภาคีเครือข่ายให้เข้มแข็ง ประเด็นที่ 2 คือการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนมุ่งสู่ความยั่งยืนร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและภาคีเครือข่าย และประเด็นที่ 3 คือมาตรการเกลือเสริมไอโอดีนยั่งยืน เริ่มดำเนินการในปี 2559 ในพื้นที่ต้นแบบ โดยพัฒนาระบบบริหารจัดการเกลือเสริมไอโอดีนตั้งแต่การผลิตให้มีคุณภาพและเพียงพอ กระจายให้ครอบคลุม และส่งเสริมให้ประชาชนเลือกบริโภคเกลือเสริมไอโอดีน [13] ซึ่งได้มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในจังหวัดแล้ว จากรายงานสถานการณ์ไอโอดีน พบว่าเขตสุขภาพที่ 7 เป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีนทั้ง 4 จังหวัด [7] พบว่า จากภาวะขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิดใน 4 จังหวัดคือ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ ร้อยละ 7.44, 8.26, 14.07 และ11.0 ตามลำดับ ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าพื้นที่ใดที่มีผลการตรวจ TSH มากกว่า 11.2 มิลลิยูนิต/ลิตร เกินร้อยละ 3 ถือว่าเป็นพื้นที่ขาดสารไอโอดีน ศูนย์อนามัยที่7 ขอนแก่น ได้ทำการศึกษาค้นหาแนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่รับผิดชอบ โดยทำการศึกษาวิจัยค้นหาปัญหา และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561 ได้ศึกษาสถานการณ์ไอโอดีนในเขตสุขภาพที่7 ค้นหาพื้นที่ที่ดำเนินการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนได้ดี ไม่มีปัญหาภาวะขาดสารไอโอดีนในทารกแรกเกิด และผ่านการประเมินกระบวนการชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืน ผลการศึกษาได้พื้นที่ต้นแบบที่ตำบลหนองหิน อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น และถอดบทเรียนต้นแบบชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืนโดยใช้ค่ากลาง เพื่อหารูปแบบ / แนวทางการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน[5] เพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินงานในพื้นที่อื่นต่อไป

ค่ากลาง หมายถึง งานที่ใครๆก็ทำ [14] เป็นเครื่องมือวิเคราะห์จัดการงานต่างๆที่อยู่ในกลุ่มกิจกรรมเดียวกัน ให้เป็นงานในกิจกรรมหลัก กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้จังหวัดและกรมวิชาการ ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาร่วมกับการจัดการค่ากลาง เพื่อติดตามสนับสนุนการพัฒนาตามแผนงาน/โครงการ ค่ากลางมี 2 ประเภท คือ 1)ค่ากลางสำหรับผู้สนับสนุน ใช้เป็นแนวทางการสนับสนุนผู้ปฏิบัติของจังหวัดและอำเภอ 2) ค่ากลางผู้ปฏิบัติ โดยจัดทำค่ากลางความสำเร็จระดับเขตจากพื้นที่ที่ดำเนินงานแล้วประสบความสำเร็จ และจังหวัดนำไปปรับปรุงเป็นค่ากลางความคาดหวังระดับจังหวัดเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานให้แก่ระดับผู้ปฏิบัติในพื้นที่

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เห็นความสำคัญของปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน และเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 จึงได้ทำการศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนโดยใช้บทเรียนและค่ากลางความสำเร็จเพื่อแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ศึกษารูปแบบจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา จัดทำเป็นค่ากลางความสำเร็จเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในแก้ไขปัญหา ซึ่งการเรียนรู้จากบทเรียนความสำเร็จและค่ากลาง จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้เรียนรู้วิธีปฏิบัติจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ น่าจะส่งผลให้มีโอกาสการประสบความสำเร็จได้มากขึ้น และนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนอย่างเพียงพอ แก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน ส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนโดยบทเรียนความสำเร็จและค่ากลาง

3.เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน จาก 13 อำเภอๆ ละ 1 ตำบลๆละ1หมู่บ้านละ 10 คน/10 ครัวเรือน รวมจำนวน 130 คน / 130 ครัวเรือน ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่ร่วมถอดบทเรียน เป็น ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ครู อสม.ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่ 13 อำเภอๆละ 1ชุมชนๆละ 5 คน รวมจำนวน 65 คน

ได้จากการคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วนก่อน-หลัง[16] โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบที่ร้อยละ80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่0.05 อ้างอิงจากตัวเลขที่ใช้ในการคำนวณจากรายงาน[6] ซึ่งอ้างอิงจากรายงานการตรวจคุณภาพเกลือไอโอดีนในครัวเรือนปี 2560 คือร้อยละ60 และกำหนดความแตกต่าง หากความครอบคลุมการใช้เกลือไอโอดีนในชุมชนหลังการทดลองผู้วิจัยมุ่งหวังให้ได้ถึงระดับผ่านตัวชี้วัดของกรมอนามัยคือร้อยละ90 จะถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 130 ครัวเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบรายงาน ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว และกรมอนามัยได้เผยแพร่แก่ภาคีเครือข่ายใช้ในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ได้แก่

1. แบบสอบถามความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจเรื่องการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของผู้นำชุมชน/แกนนำชุมชน และของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. แบบประเมินกระบวนการชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน

3. แบบรายงานการตรวจราชการ ตก.1-3

4. แบบรายงานการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณได้จากการสัมภาษณ์ สอบถาม ประเมิน และรายงานการเฝ้าระวัง ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และลงรหัส บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ ข้อมูลความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ ภาวะโรคขาดสารไอโอดีน และกระบวนการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired T – test, Mc Nemar test, Man-Whitney U test และ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < 0.05$ [9]

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ

1. ศึกษาสถานการณ์ภาวะขาดสารไอโอดีน ในเขตสุขภาพที่ 7 และพื้นที่ศึกษา

2. พัฒนารูปแบบโดย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เชิญผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนและภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ/ตำบล จาก 13 อำเภอ 13 ชุมชน ของจังหวัดขอนแก่น ระดมสมองร่วมกันพัฒนารูปแบบการดำเนินควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน จากบทเรียนความสำเร็จในการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน โดยใช้เครื่องมือค่ากลาง พัฒนารูปแบบเป็นค่ากลางที่คาดหวังในการดำเนินควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และจัดทำแผนปฏิบัติการของแต่ละอำเภอตามแนวทางค่ากลางที่คาดหวัง เพื่อใช้เป็นแนวทางดำเนินงานใน 13 อำเภอ

3. นำรูปแบบค่ากลางที่คาดหวังในการดำเนินควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน มาทดลองใช้โดยบูรณาการร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านไอโอดีน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ทดลองใช้รูปแบบฯในพื้นที่ศึกษา 13 ชุมชน ในระยะเวลา 3 เดือน โดยคณะผู้วิจัยติดตามเยี่ยมเสริมพลัง สนับสนุนวิชาการ และสังเกตการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

4. ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบฯในพื้นที่ศึกษา 13 ชุมชน เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังทดลอง ได้แก่ กระบวนการพัฒนาชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน ภาวะขาดสารไอโอดีน ประเมินความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจ และถอดบทเรียนความสำเร็จจากการทดลองใช้รูปแบบใน 13 ชุมชน โดยใช้เครื่องมือ ค่ากลาง [14] ได้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว เป็นรูปแบบค่ากลางความสำเร็จในการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน

ระยะที่ 2 ขยายผลการใช้รูปแบบ

1. นำรูปแบบค่ากลางความสำเร็จในการดำเนินควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนที่พัฒนาแล้ว ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนสู่ความยั่งยืน ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีการดำเนินงานในพื้นที่ 4 จังหวัด

2. ติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ในระบบตรวจราชราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 ได้แก่ กระบวนการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืน ผลลัพธ์ที่ส่งผลถึงประชาชน คือ ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ที่แสดงภาวะขาดสารไอโอดีน ติดตามผลเป็นรายจังหวัด อำเภอ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เป็นรายจังหวัดและภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ

สถานการณ์ไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า หมู่บ้านมีการดำเนินงานตามกระบวนการ ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ร้อยละ 87.8 ความครอบคลุมครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพ 20-40 ppm. ร้อยละ 86.2 หมู่บ้านมีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน ร้อยละ 88.7 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตรร้อยละ 41.8 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์อยู่ที่ 128.4 ไมโครกรัม/ลิตร

พัฒนารูปแบบโดยนำบทเรียนความสำเร็จการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนในพื้นที่ต้นแบบมาบูรณาการร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านไอโอดีนใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ผลการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41- 60 ปี ร้อยละ 64.4 เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.7 ประกอบอาชีพเกษตร ร้อยละ 41.5 รองลงประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 40 รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ30 และส่วนใหญ่มีสถานะในชุมชนเป็นประชาชนร้อยละ 27.7

ตาราง 1 เปรียบเทียบครัวเรือนที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=130 คน)

ตัวแปร	Pre - test	Post - test	p-value
ครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ	116 (89.2%)	122 (93.8%)	0.031 *
ครัวเรือนไม่ได้ใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ	14(10.8%)	8(6.2%)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$, p-value จากสถิติ Mc.Nemar Chi-square

จากตาราง 1 พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ครัวเรือนมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้นจาก116 ครัวเรือน (ร้อยละ89.2) เป็น 122 ครัวเรือน (ร้อยละ93.8) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.05 และครัวเรือนที่ไม่ได้ใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพลดลงจาก14 ครัวเรือน (ร้อยละ10.8) เป็น 8 ครัวเรือน (ร้อยละ 6.2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของประชาชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 130 คน)

	Pre - test	Post - test	p-value
คะแนนความรู้ Mean ± SD	8.33±1.22	8.93±1.17	< 0.001*
ระดับความรู้ในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน			
ความรู้อยู่ในระดับดี	33 (25.4%)	17 (13.1%)	
ความรู้อยู่ในระดับดีมาก	97 (74.6%)	113 (86.9%)	
คะแนนการปฏิบัติ Mean ± SD	9.54 ± 1.23	10.05 ± 1.15	< 0.001*
ระดับการปฏิบัติตัวในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน			
การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี	22 (16.9%)	10 (6.2%)	
การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดีมาก	108 (83.1.%)	120 (92.3%)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05, p-value จากสถิติ Paired T – test

จากตาราง 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 8.33±1.22 คะแนน เป็น 8.93±1.16 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001 และพิจารณาระดับความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีมาก เพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบจากร้อยละ 74 เป็นร้อยละ 86 และหลังการใช้รูปแบบคะแนนการปฏิบัติ เฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 9.54 ± 1.23 คะแนน เป็น 10.05 ± 1.15 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.001 และพิจารณาระดับการปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบจากร้อยละ 83.1 เป็นร้อยละ 92.3

คะแนนความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ เฉลี่ย 49.22 ± 5.63 คะแนน และพิจารณาระดับความพึงพอใจกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจจากการใช้รูปแบบในระดับมากร้อยละ 56.2 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 34.6 และความพึงพอใจน้อยร้อยละ 9.2

ถอดบทเรียนโดยใช้เครื่องมือค่ากลาง (norm) ได้ค่ากลางความสำเร็จในการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ดังนี้

ตาราง 3 ค่ากลางความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

กิจกรรมงาน	ค่ากลางความสำเร็จ
1.การเฝ้าระวัง/คัดกรอง	1. อสม.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ จัดทำทะเบียนกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เร็วและดูแลให้กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และส่งข้อมูลให้ รพสต. 2. อสม.ร่วมกันจนท.ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนในร้านค้า ครัวเรือน โรงเรียนโดยใช้ชุดตรวจ I-Kit ปีละ 2 ครั้ง *3.* อสม.เฝ้าระวังรถเร่เกลือที่มาขายในชุมชน และการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน *4.* จนท.สรุปปัญหาการใช้เกลือไอโอดีนและคืนข้อมูลให้ชุมชน/ผู้เกี่ยวข้องทราบ
2.การใช้มาตรการทางสังคม/ชุมชน	1. ผู้นำชุมชน อสม.ประชาชนร่วมกันกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชน 2. ให้ร้านค้าในชุมชนจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนและปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนเท่านั้น ถ้าร้านไหนไม่ใช้จะบอกกันต่อไม่ให้ซื้อ 3. จัดตั้งกองทุนเกลือทุกหมู่บ้าน และจัดให้มีการจำหน่ายต่อเนื่องและยั่งยืน 4. ชุมชนกำหนดให้ รพสต./อสม.เป็นตัวแทนในการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนให้ร้านค้าในชุมชนและครัวเรือน 5. โรงเรียนแจ้งนโยบายการใช้เกลือเสริมไอโอดีน ประกอบอาหารกลางวันสำหรับนักเรียน
3. การจัดการสุขภาพ	1. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และติดตามการใช้เกลือเสริมไอโอดีน

ตาราง 3 ค่ากลางความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

กิจกรรมงาน	ค่ากลางความสำเร็จ
กลุ่มวัย	2. ติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ให้กินยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกวันตลอดการตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดให้นมบุตร กินยาต่อเนื่องทุกวันจนครบ 6 เดือน 3. โรงเรียนตรวจสุขภาพนักเรียนทุกคนพร้อมตรวจคัดกรองภาวะคอพอก ปีละ 2 ครั้ง 4. โรงเรียนจัดตั้ง อย.น้อย ส่งต่อความรู้เรื่องไอโอดีนจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง 5. อสม.ติดตามการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ร้านค้า และการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์
4.การจัดการสภาวะแวดล้อม	1. ชุมชนจัดตั้งกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน จำหน่ายและกระจายเกลือผ่าน รพสต., ร้านค้า, อสม. อย่างต่อเนื่อง 2. ชุมชนมีข้อกำหนดให้ร้านค้าจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนเพื่อบริโภค 100% 3. จนท.จัดหาแหล่งซื้อเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพให้มีใช้ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง 4. จนท.ให้ความรู้การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน การตรวจคัดกรองภาวะคอพอก 5. โรงเรียนปรับหลักสูตรบูรณาการความรู้เรื่องไอโอดีนสอดแทรกในกิจกรรมการเรียน
5.การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. อปท./ผู้นำชุมชน/อสม.ช่วยกระจายข่าวสารการใช้เกลือเสริมไอโอดีนสู่ครัวเรือนอย่างครอบคลุม 2. ผู้นำชุมชน/อสม.ให้ความรู้ประชาชนเรื่องไอโอดีนทางหอกระจายข่าวทุกสัปดาห์ 3. มีการติดตามรายงานการใช้เกลือเสริมไอโอดีนผ่านที่ประชุมประจำเดือน 4. จัดรณรงค์วันไอโอดีน โดยอสม.และรพสต.มีแผนการเยี่ยมบ้าน 5. อสม.และ รพสต.ตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อสื่อสารงานไอโอดีน
6.การปรับปรุงแผนงาน/โครงการ	1. จัดทำโครงการ/กิจกรรมการตรวจสอบคุณภาพเกลือ และการให้ความรู้เรื่องไอโอดีน 2. ปรับแผนงาน โครงการ / กิจกรรม ปีละ 1-2 ครั้ง 3. ค้นหานวัตกรรมเกลือเสริมไอโอดีนในชุมชน เช่น กล้วยฉาบไอโอดีน ปลาร้าไอโอดีนฯ

ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ หลังใช้รูปแบบในเขตสุขภาพที่ 7 ติดตามประเมินผลในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนและระบบตรวจราชการ พบว่าผลการดำเนินงานพัฒนาชุมชนหมู่บ้านไอโอดีนละผลลัพธ์ต่อหญิงตั้งครรภ์ ตามตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารเสริมไอโอดีนก่อนและหลังใช้รูปแบบในเขตสุขภาพที่ 7

การดำเนินงาน	เป้าหมาย	ก่อน (ปี2561)	หลัง (ปี2562)
หมู่บ้านมีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน	100 %	88.7	92.8
ครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพ (20-40 ppm.)	> 90 %	86.2	94.7
ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน	100 %	87.8	90.7
หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน	100 %	81.8	94.05
ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์	ไม่ต่ำกว่า 150 µg/L	128.4	167.5
ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 µg/L	50 %	41.8	54.9

ข้อมูล : ศูนย์อนามัยที่7 ขอนแก่น, 2561-2562

จากตาราง 4 ผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารเสริมไอโอดีนในเขตสุขภาพที่7 หลังใช้รูปแบบ พบว่าหมู่บ้านมีกองทุนเกลือเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 88.7 เป็น 92.8 ครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนมีคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ86.2 เป็นร้อยละ 94.7 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.8 เป็นร้อยละ94.05 ค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ไม่ต่ำกว่า 150 µg/L ภาพรวมเขต 7 เพิ่มขึ้นจาก 128.4 µg/L เป็น 167.5 µg/L และหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะไม่ต่ำกว่า 150 µg/L เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 54.9

ตาราง 5 ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนก่อนและหลังใช้รูปแบบในเขตสุขภาพที่ 7

ตัวแปร	ก่อน (ปี2561)		หลัง (ปี2562)		P-value
	median (µg/L)	IQR** (µg/L)	median (µg/L)	IQR** (µg/L)	
ระดับไอโอดีน	127.7	64.5-233.12	165.86	97.05-277.15	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 , p-value จากสถิติ Man-Whitney U test , ** IOR = Inter Quatile range

จากตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ก่อนกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ก่อนและหลังใช้รูปแบบในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p <0.001

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ที่พัฒนามาจากจากบทเรียนความสำเร็จของพื้นที่ต้นแบบ นำไปทดลองใช้ในพื้นที่ทดลอง 13 ชุมชน โดยการมีส่วนร่วม พบว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องและผู้ใช้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก จากนั้นพัฒนาเป็นค่ากลางรูปแบบความสำเร็จ และนำรูปแบบความสำเร็จนี้ บูรณาการร่วมกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านไอโอดีน ไปใช้ขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ 4 จังหวัด เขตสุขภาพที่7 ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาแล้ว พบว่ามีประสิทธิผลต่อการขับเคลื่อนกระบวนการชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ที่ช่วยผลักดันให้กระบวนการชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ในเขตสุขภาพที่ 7 สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมมากขึ้น และหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีการเผยแพร่รูปแบบ และนำรูปแบบการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ไปใช้เป็นแนวทาง/ประยุกต์ใช้ขยายผลในพื้นที่อื่นๆต่อไป เพื่อช่วยให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยประสบความสำเร็จสู่ความยั่งยืน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน และทดลองใช้รูปแบบ โดยบูรณาการร่วมกับ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านไอโอดีนและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเชิญภาคีเครือข่ายผู้รับผิดชอบงาน ร่วมเรียนรู้รูปแบบจากบทเรียนความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน ร่วมกับเรียนรู้กระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ และมีการทบทวนความรู้เรื่องไอโอดีน โดยให้พื้นที่นำข้อมูลสถานการณ์จริงในพื้นที่มาร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาปัญหาสถานการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการทำงานที่ได้จากการถอดบทเรียนพื้นที่ร่วมพัฒนา/ปรับแผนปฏิบัติการตามบริบทแต่ละพื้นที่แบบบูรณาการโดยชุมชนมีส่วนร่วม นำแผนปฏิบัติการไปลงมือปฏิบัติ ดำเนินการอย่างน้อย 3 เดือน แล้วเชิญทุกพื้นที่มาเสนอผลงานแลกเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน ถอดบทเรียนแนวทางการดำเนินงานจากหลายๆพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จพัฒนาเป็นค่ากลางความสำเร็จเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนต่อไป ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิม ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเท่านั้น ดำเนินการตามแนวทางชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนเท่านั้น ไม่มีการพัฒนาจากค่ากลางความสำเร็จ และการเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องไอโอดีน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทร ยนต์ตระกูลและคณะ (สุนทร ยนต์ตระกูล,2557) พบว่า การพัฒนาองค์ความรู้ ปรับ

ทัศนคติ และฝึกทักษะ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วม โดยใช้ความร่วมมือและการ เสริมอำนาจแก่ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีน สอดคล้องการศึกษา[2] พบว่า กระบวนการดำเนินงานหมู่บ้านไอโอดีน ที่มีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับกลุ่ม ผู้นำชุมชนและกลุ่มแม่บ้าน ชุมชนได้ประกาศพันธะสัญญาร่วมกัน มีการสำรวจและเฝ้าระวังการบริโภคเกลือคุณภาพ และผลิตภัณฑ์ปรุงรสของครัวเรือนในชุมชนเป็นประจำอย่าง ต่อเนื่อง ปีละ 2 ครั้ง และสอดคล้องกับการศึกษา[5] พบว่าการจัดกระบวนการกลุ่มและให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้กลุ่มแม่บ้านมีความรู้และมีการปฏิบัติเรื่องการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่ถูกต้อง

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ก่อนและหลังการการใช้รูปแบบฯพบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ มีระดับความรู้และการปฏิบัติและความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา[2] พบว่าความรู้การปฏิบัติและความพึงพอใจ เรื่อง การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของกลุ่มผู้นำชุมชน ก่อนและหลังการดำเนินงานหมู่บ้านไอโอดีน บ้านวังเตียน ตำบลสำโรงชัย อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า หลังดำเนินการหมู่บ้านไอโอดีน ครัวเรือนมีการบริโภคเกลือคุณภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้นำชุมชนและกลุ่มแม่บ้าน มีความรู้ การปฏิบัติ และพึงพอใจ เรื่องการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. รัฐควรมีนโยบาย หรือกฎหมายควบคุมเกลือบริโภคที่วางจำหน่ายในท้องตลาดต้องเป็นเกลือที่เสริมไอโอดีนเท่านั้น เพื่อส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนของประชาชนในประเทศให้ได้ครอบคลุมมากที่สุด

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นออกข้อบัญญัติ ในการจำหน่ายเกลือเสริมไอโอดีนเพื่อบริโภค กำหนดมาตรการชุมชน หรือข้อปฏิบัติในการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในท้องถิ่นที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นการดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน และให้การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น สนับสนุนงบประมาณของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น เพื่อจัดทำ โครงการพระราชดำริในการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีน

3. ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ ให้ความรู้ ให้ประชาชนรับรู้ถึงปัญหาการขาดสารไอโอดีน สร้างกระแสการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง สื่อทุกช่องทางเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงทุกช่องทางทั้งทางออกอากาศ สื่อออนไลน์ กระจายเสียง สื่อเอกสาร โปสเตอร์ นิทรรศการ และให้ทุกพื้นที่ทั่วประเทศจัดกิจกรรมรณรงค์วันไอโอดีนแห่งชาติ ในวันที่ 25 มิถุนายน ของทุกปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่7 ขอนแก่น นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจพงษ์ ทีมงานคลัสเตอร์วัยทำงาน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นทุกท่าน ผู้รับผิดชอบงานไอโอดีนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด พร้อมทีมงานไอโอดีนในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ทั้ง 4 จังหวัด ที่ร่วมกันขับเคลื่อนงานไอโอดีนในทุกพื้นที่และศึกษา วิจัยเพื่อพัฒนางานไอโอดีน และขอขอบคุณอาจารย์กัญญา จันทร์พล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ให้คำปรึกษาแนะนำทาง ด้านรูปแบบการวิจัย สถิติ และระบาดวิทยามาโดยตลอด

เอกสารอ้างอิง

1 กรมอนามัย. **สรุปผลการตรวจสอบการดำเนินงานโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนประจำปีงบประมาณ.** กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2560.

2 ทัศพร ชูศักดิ์. **ผลการดำเนินงานหมู่บ้านไอโอดีน จังหวัดนครสวรรค์.** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, วารสารการพยาบาลทหารบก.ปีที่ 18 ฉบับพิเศษ พฤษภาคม - สิงหาคม, ปทุมธานี, 2560.

5 ปัทมาพร ภูมิเวียงศรี. **ผลของการส่งเสริมการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนในกลุ่มแม่บ้าน ตำบลหว้าทอง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา).ก.ค.- ธ.ค.** ขอนแก่น, 2548.

4 รัชตะ รัชตะนาวิน. **สารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย.** คณะแพทย์ศาสตร์ รามาธิบดี กรุงเทพมหานคร, 2552.

5 วาสนา มงคลศิลป์. **ถอดบทเรียนต้นแบบชุมชน / หมู่บ้านไอโอดีนยั่งยืนโดยใช้ค่ากลาง.** ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

6 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. **รายงานสรุปตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2561**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561.

7 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. **รายงานผลการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ 2562**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562.

8 สุนทร ยนต์ตระกูล และคณะ. **รูปแบบการพัฒนาการแก้ไขปัญหาขาดสารไอโอดีนแบบมีส่วนร่วมอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข.** ปีที 23 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน, 2557.

9 สุทิน ชนะบุญ. **สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยด้านสุขภาพเบื้องต้น. เอกสารประกอบการประชุมโครงการวิจัยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารในเด็กวัยเรียนในเขตสุขภาพที่7.** ศูนย์อนามัยที่7 ขอนแก่น. 2561.

10 สำนักโภชนาการ. **รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนและตรวจคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน โครงการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนแบบบูรณาการปี2558.** กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพ, 2560.

11 สำนักโภชนาการ. **สรุปผลการตรวจสอบการดำเนินงานโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนประจำปีงบประมาณ 2556**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2556.

13 สำนักโภชนาการ. **รายงานประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ครั้งที่ 1/ 2561**. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2561.

14 อมร นนทสุต. **วิวัฒนาการของแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การจัดการค่ากลาง การบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม.** ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, 2560.

15 องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. **ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการสู่เป้าหมายการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน อย่างยั่งยืนในประเทศไทย. รายงานการทบทวนโครงการ ขจัดโรคขาดสารอาหารไอโอดีนในประเทศไทยโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอก พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร : มปท., 2552.

16 Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H. (2003). **Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.).** Chapman & Hall/CRC., 152-153 p.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรอายุ 35-59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

Factors Affecting Preventive Behaviors for High Blood Pressure Among Adults 35-59 Years Old in Saithongwattana District, Kamphaengphet Province

จรรจิรา เล็กแจ้ง[1] , อาทิตยา วังวนสินธุ์[2]

Janjira Lekchaeng[1] , Artittaya Wangwonsin[2]

(Received: October 15,2018; Accepted: November 20, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 – 59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรอายุ 35 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 488 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression)

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.70 และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (β =.285, p <.001) สถานภาพโสด (β =.122, p <.05) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (β =.118, p <.05) การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (β =.116, p <.05) และเส้นรอบเอว (β =-.094, p <.05) โดยสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 20.10 (R^2 = .201 , F = 24.218, p-value <.001)

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรค,โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This survey research aimed to study preventive behaviors and factors predicting preventive behaviors for high blood pressure among adults aged 35-59 years in Saithongwattana District, Kamphaengphet Province. The 488 samples did self-administration questionnaires. Descriptive statistic were used to analyze the frequency, percentage, mean, standard deviation and the inferential statistic were used to analyze the multiple regression coefficients.

The results shows that the most of samples were preventive behaviors for high blood pressure at medium level 86.70 percent and factors that predictive of preventive behaviors for high blood pressure were social supports (β =.285, p <.001), Single status (β =.122, p <.05), perception of the effectiveness of response (β =.118, p <.05), perceived of self-efficacy (β =.116, p <.05) and waist circumference (β =-.094, p <.05). Altogether were predict preventive behaviors for high blood pressure 20.10 percent (R^2 = .201 , F = 24.218, p-value <.001)

Keywords: preventive behaviors, hypertension

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] อาจารย์ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกซึ่งรวมถึงประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาทั่วโลก ซึ่งจากรายงานองค์การอนามัยโลก กล่าวว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบถึงหนึ่งพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] เมื่อดูรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย ข้อมูลจากสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุโรคดังกล่าว จำนวน 5,165 ราย ซึ่งสูงกว่าปี 2555 ที่มีจำนวน 3,684 ราย สถานการณ์ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2555 - 2557 พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คือ 1,570.63, 1,621.72, 1,710.89 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2]

เมื่อพิจารณารายเขตบริการสุขภาพ จำนวน 12 เขต พบว่าในปี 2557 เขตที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ เขต 1, เขต 5, และเขต 3 ตามลำดับ [2] โดยในเขตบริการสุขภาพที่ 3 พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุด 3 จังหวัดแรก ได้แก่ พิจิตร กำแพงเพชร และ อุทัยธานี ตามลำดับ[1] สถานการณ์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร มีอัตราป่วย ในปี พ.ศ.2556 – 2559 เท่ากับ 17,720.45, 11,720.84, 13,511.23 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยพบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุด ในปี 2559 ได้แก่ อำเภอทรายทองวัฒนา, อำเภอคลองขลุง และอำเภอโกสัมพีนคร มีอัตราป่วยเท่ากับ 15,410.63, 15,041.94 และ 14,138.40 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าระดับประเทศ

จากรายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension: Pre-HT) ของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ปี 2557 – 2559 พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง(Pre-HT) ร้อยละ 53.01, 49.95 และ 54.46 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับประชากรวัยเดียวกัน และพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (อุบัติการณ์) ร้อยละ 6.27, 7.10 และ 14.8 ตามลำดับ[3] จะเห็นว่าแนวโน้มความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และกลุ่มเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าเกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ อัตรากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่เกินร้อยละ 8[2]

ผลกระทบที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงทางร่างกาย ได้แก่ ทำให้มีอาการปวดต้นคอ มึนงง วิงเวียนศีรษะ และมีความเครียดจากการรู้สึกไม่สุขสบายทางกาย การประกอบอาชีพ และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มลดลง[4] ผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกาย คือ ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต นำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง ผลกระทบต่อจิตใจ คือ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ คือ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น เสียเวลาจากการขาดงาน ทำให้รายได้ครอบครัวลดน้อยลง[5]

อำเภอทรายทองวัฒนาเป็นชุมชนที่มีพื้นถิ่นเดิมมาจากภาคอีสาน ที่มาอาศัยอยู่เป็นระยะเวลายาวนานถึง 80 ปี จึงมีวัฒนธรรมผสมผสานระหว่างคนอีสานและคนภาคกลาง ความหลากหลายเหล่านี้จึงทำให้มีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ถึงแม้ว่ามีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้เป็นจำนวนมาก แต่อำเภอทรายทองวัฒนามีคุณลักษณะพื้นที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้น การค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค จะสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปดำเนินการปรับพฤติกรรมให้ตรงกับบริบท ที่พบว่าถึงแม้จะมีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง แต่ยังพบว่ากลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มเป็นกลุ่มป่วยสูงขึ้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อลดโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการลดความเสี่ยง ผู้ที่สำคัญที่สุดคือบุคคลกลุ่มเสี่ยง[6] ดังนั้นจำเป็นต้องเข้าใจบริบท วิถีชีวิตและพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรอายุ 35-59 ปี เขตอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Ronald W.Roger) ที่เชื่อว่าการประเมิน การรับรู้ข้อมูล ทั้งการรับรู้ความรุนแรง และรับรู้โอกาสเสี่ยงที่

จะเกิดสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองและการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผล ส่งผลให้เกิดความกลัวและทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค[7] และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มาประยุกต์ใช้ โดยคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางการดำเนินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในพื้นที่ลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากร อายุ 35-59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากร อายุ 35-59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษาปัจจัยทำนาย (Predictive Factor) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 35- 59 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร มีจำนวนทั้งหมด 5,234 คน[3]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35- 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 504 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ 30 เท่าของตัวแปรทำนาย การวิจัยนี้มีตัวแปรทำนายจำนวน 16 ตัว จึงมี ขนาดตัวอย่าง 30 × 16 = 480 คน[8] และ เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก ร้อยละ 5[9] รวมเป็น 504 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ได้รับแบบสอบถามกลับมา 488 คน จึงคิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 96.82

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ของสมาชิกในครอบครัว การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สาเหตุ อาการ การป้องกันโรค เป็นแบบสอบถามเลือกตอบถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ และ การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก หากข้อคำถามเชิงบวก คือ 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4= เห็นด้วย 3=ไม่แน่ใจ 2=ไม่เห็นด้วย และ1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ 3=ได้รับเป็นประจำ 2=ได้รับบางครั้ง และ1=ไม่ได้รับ หากข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงกันข้าม

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กำหนดให้ผู้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ 4=ปฏิบัติเป็นประจำ 3=ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2=ปฏิบัติบางครั้ง และ 1=ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ได้

ปฏิบัติ แปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุดหารสาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้ค่า Index of Item – Objective Congruence (IOC) ได้ค่า IOC = 0.67 หลังจากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยหา โดยแบบสอบถามความรู้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (alpha coefficient) โดยวิธี Kuder–Richardson (KR20) ได้ค่าความเชื่อมั่น= 0.705 และใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลตอบสนอง การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.744, 0.702, 0.761, 0.814, 0.799 และ 0.725 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลถดถอยแบบพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอรับรองการพิจารณาและได้รับการรับรองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เลขที่ IRB No.0925/60 และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม 2561

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอทรายทองวัฒนา ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและให้ผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชน ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 488 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 47.41 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 41 – 50 ปี ร้อยละ 46.70 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยที่ 24.14 ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วน (ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 เป็นต้นไป) ร้อยละ 74.60 เส้นรอบเอวเกิน ร้อยละ 36.30 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 57.17 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.00 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 54.90 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 23.20 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 69.90 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.80 ด้านสภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลครอบครัว ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 56.10 สูบบุหรี่ ดื่มสุราร้อยละ 9.80 และร้อยละ 43.40

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมของความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.27 คะแนน (S.D. = 1.67) (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาพรวมของการรับรู้ในความรุนแรงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.65 คะแนน (S.D. = 4.56) (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) ภาพรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.14 คะแนน (S.D. = 4.51) (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) ภาพรวมของการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.59 คะแนน (S.D. = 4.64) (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) ภาพรวมการรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกัน

โรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.37 คะแนน (S.D. = 4.35) (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)

แรงสนับสนุนทางสังคม ภาพรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.65 (S.D. = 2.86) (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)

พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับจากคะแนนรวม (สูง ปานกลางและต่ำ) โดยใช้ค่าสูงสุด (60คะแนน) ลบด้วยค่าต่ำสุด (15 คะแนน) หารด้วยสาม โดยปรับตามเกณฑ์ของเบสท์[10] พบว่าภาพรวมของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 37.06 คะแนน (S.D. = 5.12)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สถานภาพโสด การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและเส้นรอบเอวที่ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ซึ่งตัวแปรสามารถอธิบายการผกผันพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20.1 (R^2 = .201) ดังแสดงในตาราง 1 โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = 18.019 + .511 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 2.142 (สถานภาพโสด) + .131 (การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง) + .137 (การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง) - 1.005 (เส้นรอบเอว)

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง (n=488)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
1. แรงสนับสนุนทางสังคม	.511	.079	.285	6.473	< .001
2. สถานภาพโสด	2.142	.717	.122	2.989	.003
3. การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	.131	.052	.118	2.497	.013
4.การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	.137	.057	.116	2.415	.016
5. เส้นรอบเอว	-1.005	.436	-.094	-2.306	.022
Constant	18.019	2.230		8.082	< .001
R = .192 **R^2 = .201** **F = 24.218** **p-value < .001**					

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผลการดำเนินงานลดเสี่ยงลดโรคยังได้ผลยังไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มเสี่ยงปรับพฤติกรรม ทั้งที่ปัจจุบันมีนโยบายให้ทุกพื้นที่คัดกรองโรคความดันโลหิตและรณรงค์ให้ประชาชนตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนให้ความรู้ในการควบคุมป้องกันโรค ใช้มาตรการต่างๆ ผ่านกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ในการลดเสี่ยงจากกลุ่มปกติ ลดป่วยจากกลุ่มเสี่ยง และลดภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มป่วย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มคนปกติ กลุ่มที่มีความเสี่ยง และกลุ่มที่ป่วยเพื่อดูแลให้เหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข สื่อและเทคโนโลยีต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสม[11] เมื่อพิจารณาถึงประชาชนอายุ 35 – 59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร ถึงแม้จะมีวิธีการดำเนินงานคล้ายคลึงกับที่อื่นตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณารายด้าน พบพฤติกรรมด้านการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นข้อการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง มีระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอทรายทองวัฒนา ยังเป็นชุมชนกึ่งเมือง กึ่งชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการปลูกพืชผักสวนครัวรับประทานเอง มีวัฒนธรรม ค่านิยม ในการรับประทานผักผลไม้อยู่เสมอ และมีพื้นถิ่นเดิมเป็นคนอีสาน จึงมีการรับประทานอาหารรสจัด เค็มจัด อาหารจานด่วน, อาหารสำเร็จรูป และเครื่องดื่มชูกำลัง โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อทั้งเวลาและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือข้อการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที ขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานและประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ขาดเวลาที่จะมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ กระต่ายน้อย (2557)[12] และอุไรพร คล้ำฉิม (2554)[5] พฤติกรรมเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการที่หน่วยบริการสุขภาพดำเนินการอยู่ต้องปรับกระบวนการ/วิธีการใหม่โดยเฉพาะการมุ่งเน้นพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเข้มงวดในการปรับพฤติกรรมมากกว่าคนปกติ

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม (β =.285, p<.001) สถานภาพโสด (β = .122, p<.05) การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (β=.118, p<.05) การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (β = .116, p<.05) และเส้นรอบเอว (β = -.094, p<.05) ที่ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) โดยทั้งห้าตัวแปรสามารถอธิบายการผกผันพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20.1 (R^2 = .201) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เนื่องด้วยอำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ยังมีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการ ทั้งอารมณ์ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ho, et al (2012)[13] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมืองโฮจิมิน ประเทศเวียดนาม พบว่าปัจจัยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สอดคล้องกับกิตติพร เนาว์สุวรรณ(2559)[14] ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) สอดคล้องกับนุจรี อ่อนศรีน้อย (2559)[15] ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 27.60 จากการวิจัยนี้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม เช่นครอบครัว ชุมชน หรือแม้กระทั่งแรงสนับสนุน คำชมเชยจากผู้ให้บริการ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมบุคคลในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับความผูกพันใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม การมีโอกาสได้ดูแลผู้อื่น

ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูล ข่าวสาร[16]

สถานภาพ พบว่า สถานภาพโสดมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าสถานภาพสมรส อาจมาจากสามารถเลือกทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตน รวมถึงไม่มีภาระในการดูแลผู้อื่น จึงมีพฤติกรรมที่ดีกว่า

การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นการกระทำโดยนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สื่อสารทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง และยังส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรอายุ 35 – 59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร อาจเนื่องมาจากประชาชนมีความคาดหวังหรือเชื่อมั่นผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำหรือการปฏิบัติตนทั้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ปรับทัศนคติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (1997)[17] ได้กล่าวว่า บุคคลที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค จะต้องมีการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และมีความหวังในผลของการกระทำนั้น

การรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าตนมีทางเลือกที่จะกระทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี สามารถเลือกทางเลือกในการกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเลียนแบบ การเรียนรู้หรือการสอนด้วยคำพูด แล้วรับรู้ว่าตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับสูงสุด เป็นพื้นฐานให้บุคคลปฏิบัติโดยแท้จริง[7] กลุ่มตัวอย่างประชากรอายุ 35 – 59 ปี อำเภอทรายทองวัฒนา จังหวัดกำแพงเพชร มีการรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง มีความรู้สึกนึกคิดและเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโรเจอร์ (1983)[7] กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ เป็นความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนที่มีต่อทางเลือกนั้น สอดคล้องกับสุมาพร สุจำนง และคณะ (2556)[18] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง และHo, et al (2012)[13] ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประเทศเวียดนาม พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เส้นรอบเอว พบว่า เส้นรอบเอว สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ในทางผกผัน คือ ยิ่งมีเส้นรอบเอวเกิน พฤติกรรมป้องกันโรคยิ่งลดลง (อธิบายติดลบ) ทั้งนี้ เส้นรอบเอว สามารถวัดได้ในทุกเดือนและเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจน ไม่ว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ แต่อาจมีเส้นรอบเอวเกินหรือที่เรียกว่าอ้วนลงพุง นั้นเป็นเครื่องกระตุ้นและแสดงผลให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับบุบผาชาติ ทีงาม, เยาวภา ติอัชสุวรรณ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2555)[19] พบว่าเส้นรอบเอวมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ไคร้ม่วง (2558)[20] และการศึกษาของ Kabore and Lazar (2016)[21] ที่พบว่า เส้นรอบเอว มีผลโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือผู้ที่จะป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จะต้องเน้นในกลุ่มดังกล่าวโดยการลดน้ำหนัก หรือลดพุงอย่างเข้มข้น

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 จากการศึกษาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น หากจะส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จะต้องเสริมแรงทางด้านแรงสนับสนุนทั้งจากเพื่อน บุคคลในครอบครัวและสังคม โดยการชักชวนไปทำกิจกรรมหรือรับประทานอาหารที่

สามารถป้องกันโรคได้ บุคคลในครอบครัวโดยการทำกิจกรรมทางกายหรือปรับรสชาติในการปรุงอาหารแต่ละมื้อ และสังคมโดยการสร้างมาตรการชุมชน หรือกฎข้อระเบียบ

1.2 ปัจจัยการรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และการรับรู้ความคาดหวังความสามารถของตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องสร้างให้กลุ่มประชาชน หรือกลุ่มเสี่ยงรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยควรมีการประเมินความพร้อมที่จะปรับพฤติกรรม ให้ความรู้ในรูปของสื่อต่างๆ และพฤติกรรมที่ดี เพื่อสร้างแรงจูงใจและเชื่อว่าตนสามารถจัดการและป้องกันโรคได้ หรือนำไปประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยบูรณาการร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

1.3 ปัจจัยที่มีผลเชิงลบ คือ เส้นรอบเอวเกิน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องให้ความสำคัญผู้ที่มีปัจจัยดังกล่าว โดยอาจดำเนินการเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล เพื่อเพิ่มความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค อาจเน้นการพูดคุยสื่อสารเป็นรายบุคคล เสริมแรงด้านการรับรู้ความสามารถและก้าวผ่านอุปสรรคโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาร่วมเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพดี

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำผลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันเหล่านี้มาพัฒนาเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของพื้นที่

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ ในแต่ละบุคคลเชิงลึกโดยสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้รายละเอียดในการนำมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ช่วยวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. (อินเทอร์เน็ต). (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2561). จาก: http://www.thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2558. (อินเทอร์เน็ต). (สืบค้นเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559). จาก: http://bps.moph.go.th/ new_bps/sites/default/files/statistical2557.pdf.

3. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ: Health Data Center (HDC). อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดกำแพงเพชร. (อินเตอร์เน็ต). (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2561). จาก: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php.

4. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. (กรุงเทพฯ): บริษัทฮั่วน้ำพริ้นติ้ง จำกัด; 2558.

5. อุไรพร คล้ำฉิม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้นในจังหวัดสมุทรสงคราม(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). (ชลบุรี): มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.

6. วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. (นนทบุรี): สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.

7. Roger, W. Cognitive and physiological processes theory of protection motivation: Social psychology: Cacioppo. New York: 1983.

8. กัลยา วานิชย์บัญชา. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for windows. พิมพ์ครั้งที่ *5*. (กรุงเทพฯ)*:* ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*;* 2549.

9. สุรภีย์ อี๊ธงชัย และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณงานการควบคุมงาน การสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานกับความผาสุกทางใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 5 (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). (นนทบุรี)*:* มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*;* 2556.

10. Best, J. W. Research in education (3rd ed*.)* Englewood Cliffs, NJ*:* Prentice Hall: 1977.

11. อาทิตยา วังวนสินธุ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2561;11(2):397-402,

12. หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย. ปัจจัยทำนายระดับความดันโลหิตของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). (พิษณุโลก): มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2557.

13. Ho, et al. Factors influencing health – promoting behavior of Vietnamese patients with hypertension. Journal of Science*,* Technology and Humanities. 2012*,;*10(1):65-71.

14. กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2559;8(1):1-13.

15. นุจรี อ่อนสีน้อย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). (ชลบุรี)*:* มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

16. ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. (ขอนแก่น): โครงการตำราวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น*;* 2553.

17. Bandura, A. Self – efficacy*:* The exercise of control. New York*:* W.H. Freemanand: 1997.

18. สุมาพร สุจำนง และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. 2556*;* 9(2*)*: 20-30.

19. บุบผาชาติ ทีงาม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโพนม่วง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2555; 5(3): 127 – 134.

20. กรรณิการ์ ไคร้ม่วง. ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงใน ตำบลแม่ข่า อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). (เชียงใหม่)*:* มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.

21. Kabore, T. & Lazar, J. Prevalence and risk factor for pre-hypertention among adults in burkina faso West Africa. Journal of Community & Public Health Nursing. 2016; *2*(3): 1-8.

นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Policy on quality development and nursing standards of nursing directors in community hospitals, Northeastern Thailand.

ยุพดี ดู่ป้อง[1] พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย[2]
Yupadee Doopong[1] Peerapong Bunsawasdgulchai[2]

(Received: August 17 ,2018; Accepted: September 19,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล กระบวนการพัฒนานโยบาย และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานระดับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และมีประสบการณ์การทำงาน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 161 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล กระบวนการพัฒนานโยบาย และปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ การหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

คำสำคัญ : นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This survey research study aimed to explore the policy on quality development and nursing standards, policy process and obstacles in the policy on quality development and nursing standards of nursing directors in community hospitals, Northeastern Thailand. The sample of 161 nursing directors in community hospitals, Northeastern Thailand who have working experiences more than 1 year. The self-administered questionnaires were used to collect data which consisted of the Nursing policies and standards,Policy process development and Barriers of the policy on quality development and nursing standards development. The data were analyzed using descriptive statistic.

Keyword: Policy on quality development Nursing standards of nursing directors and community hospitals, Northeastern Thailand.

[1] นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันในทุกประเทศได้เผชิญการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลให้สังคมโลกดูแคบลง ทุกคนสามารถติดต่อสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศในด้านต่างๆได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งรวมทั้งข้อมูลทางด้านบริการสุขภาพ ที่มีการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจในบริการ การให้บริการที่ล่าช้า หรือแม้กระทั่งความผิดพลาดในการให้บริการของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อความไว้วางใจในการมาใช้บริการและก่อให้เกิดปัญหาการฟ้องร้องตามมา

รัฐบาลได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เพื่อเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ ซึ่งสำนักคณะกรรมการการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้นำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560-2579) มาแปลงเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) และใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อน แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ซึ่งนำไปสู่การขับเคลื่อนประเทศให้มีความมั่นคงมั่งคั่งและยั่งยืน อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีภารกิจในการดูแล ควบคุม พัฒนาระบบบริการสุขภาพของหน่วยงานบริการสุขภาพในประเทศ ได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ โดยนำเอาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) มาเป็นกรอบแนวทางดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และเกิดประสิทธิผลสูงสุดกับประชาชนในประเทศไทย (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ภายใต้การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan)และได้แบ่งพื้นที่บริการสุขภาพออกเป็น 12 เขต เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการรูปแบบแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในพื้นที่ใกล้เคียงกันตลอดจนการสร้างระบบการทำงานให้เชื่อมโยงกันเป็นระบบเครือข่าย ด้วยแนวคิดการเกื้อกูลกันช่วยเหลือกันการบริหารร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งหวังให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชน (เกวลิน ชื่นเจริญสุขและคณะ ,2559) และเพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและบริการดังกล่าวสำนักการพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลมาเป็นกลยุทธ์และเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้บริการทางการพยาบาลซึ่งเป็นบริการหลักของงานบริการในโรงพยาบาลมีคุณภาพ และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข,2559)

โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยหลายกลุ่มงาน ซึ่งในแต่ละกลุ่มงานมีกลุ่มงานย่อยที่มีหัวหน้าหน่วยในฐานะของผู้บริหารระดับต้น ทำหน้าที่เชื่อมถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติของผู้ปฏิบัติ จากการสัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีขนาดใกล้เคียงกับโรงพยาบาลของผู้วิจัยเอง และจากประสบการณ์ในการทำงาน พบว่าโรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งที่มีขนาดของโรงพยาบาลใกล้เคียงกัน มีแหล่งที่มาของนโยบายเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาล ที่แตกต่างกัน ทั้งที่มีการรับนโยบายจากส่วนกลางมาปฏิบัติ และนโยบายที่องค์กรพัฒนาขึ้นมาใช้เองให้ตรงกับบริบทของตน จากการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่า มีกระบวนการนำใช้นโยบายทางด้านการพยาบาลสู่ผู้ปฏิบัติที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลบางแห่งมีการดำเนินงานตามขั้นตอนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติครอบคลุมในทุกขั้นตอน แต่บางแห่งมีกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่ไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมนอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีการพัฒนาและนำใช้นโยบายที่มีทั้งนโยบายที่มีลักษณะคล้ายกัน และจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนานโยบายการพยาบาลนั้น สาเหตุสำคัญเกิดจากผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจ ไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายด้านมาตรฐานทางการพยาบาล ปฏิบัติงานตามที่ทีมงานบริหารสั่งการมาแต่ไม่ทราบว่านโยบายที่รับมาปฏิบัตินั้นเป็นนโยบายมีความสำคัญ

นโยบาย เป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้ภารกิจของหน่วยงานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือในการช่วยควบคุม กำกับติดตาม การทำงานของผู้บริหารในแต่ละหน่วยงาน ผู้บริหารต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ตลอดจนผลลัพธ์และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากนโยบายดังกล่าว นโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติได้นั้นจึงต้องตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของหน่วยงาน ตลอดจนมีวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทและความพร้อมของหน่วยงานซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ในองค์กรของพยาบาลก็เช่นเดียวกัน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจำเป็นต้องมีการกำหนดนโยบายเพื่อใช้เป็นกรอบแนวปฏิบัติ และเป็นเครื่องมือในการทำงาน ซึ่งจะช่วยการปฏิบัติงานของพยาบาลในระดับปฏิบัติการเป็นไปในทิศทางเดียวกันและสอดรับกับนโยบายที่ได้รับมอบหมายจากส่วนกลาง อีกทั้งยังสามารถชี้นำการดำเนินงาน และการบริหารองค์กร เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และมีการประสานการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เกี่ยวกับนโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลตลอดจนกระบวนการพัฒนานโยบาย และปัญหาอุปสรรคในการพัฒนานโยบายของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลระดับต้น (First–level hospital) เนื่องจากเป็นหน่วยบริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลที่ประชาชนในระดับอำเภอสามารถเข้าถึงได้ง่าย และเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ต้องมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งคุณภาพและมาตรฐานทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลของหัวหน้ากลุ่มพยาบาล ในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. ศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลหัวหน้ากลุ่มพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย 257 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามนโยบายและมาตรฐานการพยาบาล กระบวนการพัฒนานโยบาย ปัญหาและอุปสรรค ของหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นเอง ได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ของพยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพประสบการณ์การทำงานตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล การอบรมเพิ่มเติมด้านบริหารทางการพยาบาล การอบรมเพิ่มเติมด้านมาตรฐานคุณภาพการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล และที่มาของนโยบายของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกระบวนการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยพัฒนาจากกรอบแนวคิดของของโธมาส อาร์ ดาย [๙] ซึ่งมีกระบวนการพัฒนานโยบาย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การระบุปัญหา (Identification) 2) การ

กำหนดเป็นวาระหรือประเด็นที่สนใจ (Agenda Setting) 3) จัดทำร่างนโยบายหรือการก่อรูปนโยบาย (Formulation) 4)การอนุมัตินโยบาย มาเป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 5)การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation) และ 6)การประเมินผลนโยบาย (Evaluation)ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรู้ความเข้าใจดังนี้

5	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมากที่สุด หรือได้ปฏิบัติร้อยละ 80 ขึ้นไปของนโยบายที่ได้พัฒนา
4	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับมาก หรือได้ปฏิบัติร้อยละ 60-79 ของนโยบายที่ได้พัฒนา
3	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับปานกลาง หรือได้ปฏิบัติร้อยละ 40-59 ของนโยบายที่ได้พัฒนา
2	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อย หรือได้ปฏิบัติร้อยละ 20-39 ของนโยบายที่ได้พัฒนา
1	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุดหรือได้ปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 20 ของนโยบายที่ได้พัฒนา

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออก เฉียงเหนือมีอะไรบ้างในแต่ขั้นตอนโดยใช้ข้อแบบคำถามปลายเปิด ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบด้านเนื้อหา(Content Validity) ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การตีความของข้อความ ความครอบคลุม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไข เนื้อหาที่พิจารณารอบแรกจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI =1.0 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีสัมปสิทธ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของคอนบาค พบว่าแบบสอบถามในส่วนของกระบวนการพัฒนานโยบาย ผู้วิจัยได้นำมาหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0. 97 เมื่อพิจารณาในภาพรวมถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 161 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 98.10 มีช่วงอายุ 51-55 ปี จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 49.06 มีค่าเฉลี่ย 51.86 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29 โดยมีอายุสูงสุด 59 ปีและอายุต่ำสุด 36 ปี ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 88.80 ในด้านประสบการณ์การทำงานประสบการณ์การทำงานด้านการเป็นวิชาชีพการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 122 คน คิดเป็น 75.8 มีค่าเฉลี่ย 27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.69 โดยมีประสบการณ์การทำงานด้านการเป็นวิชาชีพการพยาบาลสูงสุดจำนวน 37 ปีและต่ำสุด 10 ปี ด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อายุงานอยู่ในช่วง 16-20 ปี จำนวน 55 คน คิดเป็น 34.2 มีค่าเฉลี่ย 15.10 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.67 โดยมีประสบการณ์การทำงานด้านประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน อายุงานสูงสุดจำนวน 34 ปีและต่ำสุด 1 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่หัวหน้ากลุ่มพยาบาลได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการบริหารการพยาบาลหรือการจัดการทางการพยาบาล จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และเคยการเข้าร่วมกิจกรรมหรืออบรมเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายหลักสูตรระยะสั้นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7

1.2 นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2.1 นโยบายด้านการพัฒนาองค์กรพยาบาลประกอบด้วย 5 นโยบาย ได้แก่ 1) จัดทำวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายของ

โรงพยาบาลเพื่อเป็นทิศทางการปฏิบัติงานขององค์กรพยาบาล 2) จัดทำแผนการบริหารจัดการ ที่ตอบสนองต่อนโยบายขององค์กร และเอื้อต่อการปฏิบัติงานขององค์กรพยาบาลในทุกระดับให้สามารถบรรลุพันธกิจ 3) กำหนดกฎระเบียบ และแนวปฏิบัติขององค์กรพยาบาล เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน 4) กำกับติดตามนิเทศและประเมิน ผลการดำเนินงานขององค์กรพยาบาลและ 5) แต่งตั้งคณะกรรมการขององค์กรพยาบาล เพื่อวางแผนพัฒนาแนวทางปฏิบัติควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลผลการศึกษา พบว่า หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของนโยบายในทุกนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 100.0 มาจากส่วนกลางกระทรวง/กรม/กองทางสาธารณสุข รวมทั้งมีการพัฒนาขึ้นเองจากความต้องการของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และหน่วยงานอื่น

1.2.2 นโยบายด้านการพัฒนากลไกการจัดการและเครื่องมือในการทำงานประกอบด้วย4 นโยบายได้แก่ 1) กำหนดแผนงาน และแผนงบประมาณในการปฏิบัติงานของหน่วยบริการพยาบาล2) จัดทำแผนการนิเทศ กำกับติดตามการดำเนินงาน และแนวปฏิบัติของหน่วยบริการพยาบาล เพื่อให้เป็นไปตามคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล3) กำหนดกฎระเบียบ และแนวปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานด้านการพยาบาล และ 4)วิเคราะห์ต้นทุนบริการพยาบาลและความคุ้มทุนของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลให้ได้ตามคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลพยาบาลผลการศึกษา พบว่า หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของนโยบายในทุกนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 100.0 มาจากส่วนกลางกระทรวง/กรม/กองทางสาธารณสุข รวมทั้งมีการพัฒนาขึ้นเองจากความต้องการของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และหน่วยงานอื่น

1.2.3 นโยบายด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้เพื่อใช้ในหน่วยงานของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ประกอบด้วย5นโยบาย ได้แก่1) จัดทำนโยบายด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ในหน่วยงานหรือองค์กรพยาบาล เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล2)กำหนดแนวทางสำหรับการนำข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติงาน มาประมวลผลเป็นสารสนเทศ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานด้านการบริการพยาบาล3) กำหนดวิธีการสื่อสาร และเผยแพร่ผลของการจัดการความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานด้านการบริการพยาบาล4) ประเมินและตรวจ สอบระบบ ข้อมูลและสารสนเทศในหน่วยงานหรือองค์กรพยาบาลให้มีความถูกต้องและพร้อมใช้งานและ 5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพัฒนาและการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลและสารสนเทศทางพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของ นโยบายด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศ และการจัดการความรู้เพื่อใช้ในหน่วยงานส่วนใหญ่มาจากส่วนกลางกระทรวง/ กรม/กองทางสาธารณสุขและจากผู้บริหารพัฒนาขึ้นเอง สำหรับนโยบายที่มาจากความต้องการของผู้ปฏิบัติ พบว่ามีเพียงบางนโยบายเท่านั้น ได้แก่ 1) จัดทำนโยบายด้านการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและการจัดการความรู้ในหน่วยงานหรือองค์กรพยาบาล เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลและ 2)กำหนดแนวทาง สำหรับการนำข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติงาน มาประมวลผลเป็นสารสนเทศ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานด้านการบริการพยาบาล

1.2.4 นโยบายด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรประกอบด้วย 7 นโยบายด้าน ได้แก่ 1) กำหนดคุณสมบัติ หลักเกณฑ์ และแนวทางในการคัดเลือกบุคคลให้เข้าสู่ตำแหน่ง ทั้งด้านบริหาร ด้านวิชาการและด้านบริการ2) จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรทาง การ พยาบาลเพื่อให้มีโอกาสได้รับการพัฒนาศักยภาพ เช่นการฝึก อบรม เพื่อพัฒนาวิชาการ การจัดกิจกรรมวิชาการและการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นต้น 3) ส่งเสริมให้บุคลากรที่มีศักยภาพและความพร้อมได้เข้ารับการอบรมหรือศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น 4) ส่งเสริมการให้มีการนำองค์ 5) พัฒนาและส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาล และองค์

ความรู้ทางการพยาบาล รวมทั้งศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอื่นๆเพื่อรักษาคุณภาพและมาตรฐานของการดูแลและการให้บริการทางการพยาบาล 6)จัดกิจกรรม หรือเปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการวางแผน หรือพัฒนาระบบ และดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและ 7)การประเมินผลผลการศึกษา พบว่าหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของนโยบายในทุกนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 100.0 มาจากส่วนกลางกระทรวง/ กรม/กองทางสาธารณสุข รวมทั้งมีการพัฒนาขึ้นเองจากความต้องการของผู้บริหารพัฒนาขึ้นเอง และจากความต้องการของผู้ปฏิบัติ ไม่พบว่ามีนโยบาย ที่พัฒนามาจากความต้องการของผู้รับบริการ(ผู้ป่วยและญาติ)หรือจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2.5 นโยบายด้านการรักษาและการคงอยู่ในวิชาชีพของบุคลากรประกอบด้วย 6 นโยบายด้าน ได้แก่1) สร้างแรงจูงใจบุคลากรทางการพยาบาลบำรุงขวัญกำลังใจ ดูแลความเพียงพอของสวัสดิการและความปลอดภัยในการทำงานตลอดจน การส่งเสริมให้มีบรรยากาศที่ดีในการทำงาน 2) วางแผนกำหนดอัตรากำลังบุคลากรควบคุมกำกับการจัดสรรอัตรากำลังและการหมุนเวียนบุคลากรพยาบาลในทุกสาขาการพยาบาล จัดอัตรากำลังให้มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน 3)มีระบบการให้คำปรึกษาช่วยเหลือการแก้ไขปัญหา จากความเสี่ยง ที่เกิดจากงานบริการพยาบาล 4) จัดสวัสดิการให้กับบุคลากรการพยาบาลให้ครอบคลุม เช่น จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากการทำงาน สวัสดิการบ้านพัก รถรับส่งเจ้าหน้าที่ เพิ่มค่าตอบแทนนอกเวลาหรือในงานที่มีความเสี่ยงสูงเป็นต้น 5) ประกาศเกียรติคุณให้กับบุคลากรที่สร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงาน เช่น การนำเสนอผลงานในเวทีต่างๆ วิจัยดีเด่นบุคลากรจบการศึกษาเป็นต้น และ6) ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรวิชาชีพ เพื่อพัฒนาความ ก้าวหน้า และผดุงเกียรติแห่งวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของนโยบายด้านการรักษาและการคงอยู่ในวิชาชีพของบุคลากร มาจากส่วนกลางกระทรวง/ กรม/กองทางสาธารณสุข จากผู้บริหารพัฒนาขึ้นเองและผู้ปฏิบัติพัฒนาขึ้น มีเพียงบางนโยบายซึ่งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของนโยบายมาจากความต้องการของผู้รับบริการ(ผู้ป่วยและญาติ)ได้แก่ 1)มีระบบการให้คำปรึกษาช่วยเหลือการแก้ไขปัญหา จากความเสี่ยงที่เกิดจากงานบริการพยาบาล และ2)ประกาศเกียรติคุณให้กับบุคลากรที่สร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงาน เช่น การนำเสนอผลงานในเวทีต่างๆ วิจัยดีเด่นบุคลากรจบการศึกษาเป็นต้น

1.2.6 นโยบายด้านการพัฒนาบริการโดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย4 นโยบายได้แก่1) กำหนดมาตรฐานและแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง 2) มีกิจกรรมรับฟังความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนทำงาน และพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล3)สนับสนุนให้มีช่องทางที่หลากหลายสำหรับรับฟังความคิดเห็น และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและมีส่วนได้ส่วนเสีย และ4) สนับสนุนนำใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลผลการศึกษา พบว่าหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลได้ระบุที่มาของนโยบายในทุกนโยบาย คิดเป็นร้อยละ 100.0 มาจากส่วนกลางกระทรวง/ กรม/กองทางสาธารณสุขรวมทั้งมีการพัฒนาขึ้นเองจากความต้องการของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ปฏิบัติ ผู้รับบริการ และหน่วยงานอื่น

3.กระบวนการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3. 1 การระบุปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนานโยบาย ผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในขั้นตอนการระบุปัญหาที่นำมาสู่การพัฒนานโยบายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.26, S.D. = 0.74) เมื่อพิจารณารายกิจกรรมย่อย พบว่า ทุกกิจกรรมมีการดำเนินงานในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานมากที่สุด ได้แก่ สรุปสถานการณ์หรือสำรวจประเด็นปัญหาขององค์กร เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบาย ($\bar{x}$ =4.39, S.D. = 0.78) ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยที่สุด ได้แก่ การแต่งตั้งคณะกรรมการ

หรือกำหนดผู้รับผิดชอบการพัฒนานโยบายในประเด็นที่สนใจ($\bar{x}$ =4.04, S.D. = 0.78)

3.2 การกำหนดวาระหรือประเด็นที่สนใจในการพัฒนานโยบายผลการศึกษา พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในขั้นตอนการกำหนดวาระหรือประเด็นที่สนใจในการพัฒนานโยบายที่นำมาสู่การพัฒนานโยบายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.23, S.D. = 0.52) พิจารณารายกิจกรรมย่อย พบว่า จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรหรือภายนอกองค์เกี่ยวกับประสบการณ์หรือผลสำเร็จของการแก้ไขปัญหาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายมีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.39, S.D. = 0.43)ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมจัดลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา($\bar{x}$ =3.98, S.D. = 0.65)

3.3. การจัดทำร่างนโยบาย หรือการก่อรูปนโยบาย ผลการศึกษา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในขั้นตอนการจัดทำร่างนโยบาย หรือการก่อรูปนโยบายที่นำมาสู่การพัฒนานโยบายอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.13, S.D. = 0.06) พิจารณารายกิจกรรมย่อย พบว่า กิจกรรมประชุมคณะกรรมการและผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำหรือกำหนดร่างนโยบายในประเด็นที่สนใจมีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.37 SD. = 0.05)ส่วนกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดเลือกร่างนโยบายในประเด็นที่สนใจ เสนอต่อผู้นำองค์กรหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง($\bar{X}$= 3.74 SD. = 0.09)

3.4 การคัดเลือกและประกาศนโยบาย ผลการศึกษา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในขั้นตอนการการคัดเลือกและประกาศนโยบายที่นำมาสู่การพัฒนานโยบายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ =3.66, S.D. = 1.26) พิจารณารายกิจกรรมย่อย พบว่า ทุกกิจกรรมมีการดำเนินงานในระดับปานกลางเช่นเดียวกันโดยกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานระดับปานกลางแต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมวางแผนกำกับติดตามควบคุมและการนิเทศการดำเนินงานตามนโยบาย($\bar{x}$ =3.71, S.D. = 1.32) ส่วนกิจกรรมที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยที่สุดได้แก่ ประกาศนโยบายและเผยแพร่นโยบายในหลายช่องทาง เช่น การทำเป็นเอกสารเผยแพร่นโยบายการทำเป็นประกาศของโรงพยาบาลการติดประกาศในสถานที่ต่างๆและการแจ้งนโยบายในที่ประชุม เป็นต้น($\bar{x}$ =3.58,SD. = 1.30)

3.5 การนำนโยบายไปปฏิบัติ ผลการศึกษา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่นำมาสู่การพัฒนานโยบายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.07SD. = 0.76)พิจารณารายกิจกรรมย่อย พบว่า กิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมวางแผนกำกับติดตามควบคุมและการนิเทศ($\bar{x}$ =3.71, S.D. = 1.32) และกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินงานน้อยที่สุด ได้แก่ กิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการหน่วยงานหรือกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนและแนวปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำเนินงานและกิจกรรมตามนโยบายที่กำหนดเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานน้อยสุด มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}$ =3.58,SD. = 1.30)

3.6 การประเมินผลนโยบายผลการศึกษา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในขั้นตอนการด้านการประเมินผลนโยบายที่นำมาสู่การพัฒนานโยบายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.07SD. = 0.76) พิจารณารายกิจกรรมย่อย พบว่า กิจกรรมที่มีการดำเนินงานสูงสุดค่าคะแนนอยู่ในระดับมากคือกิจกรรมดำเนินการประเมินและสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายที่ประกาศ($\bar{x}$ =4.24, S.D. = 0.82) และกิจกรรมแต่งตั้งคณะกรรมการหรือกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลนโยบายที่มีการดำเนินงานน้อยสุด มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{x}$ =3.58,SD. = 1.30)

3.ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการศึกษาสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า จากจำนวนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่ระบุปัญหาผู้ตอบแบบสอบถาม 161 คน ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100.0 พบว่ามีประเด็นปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การ

พัฒนานโยบายขาดการติดตามนิเทศผลการปฏิบัติตามนโยบายและไม่ได้นำผลมาแสดงให้เป็นรูปธรรม จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 95.0 รองลงมาได้แก่ จากการขาดแคลนอัตรากำลังและภาระงานที่ไม่สมดุล จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 และด้านของกระบวนการการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลสู่การปฏิบัติหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลยังขาดองค์ความรู้ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนานโยบายคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญความรุนแรงของปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วนในการในการแก้ไขปัญหากำหนดวาระหรือประเด็นที่สนใจในการพัฒนานโยบายมีการปฏิบัติตามข้อเสนอนโยบาย

2 การทบทวนงานวิจัยหรือค้นหาตัวอย่างของบุคคลจากหน่วยงานหรือองค์กร ที่ประสบความสำเร็จ มีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับประสบการณ์หรือผลสำเร็จของการแก้ไขปัญหา ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกำหนดวาระประเด็นในการพัฒนานโยบายอย่างเป็นรูปธรรม เกี่ยวกับประสบการณ์หรือผลสำเร็จของการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นไปตามที่ สำนักการพยาบาล สนับสนุนการนำใช้ข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล

3. มีการนำเสนอร่างนโยบายในประเด็นที่สนใจกับผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีการประชุมหรือจัดเวทีเพื่อสร้างการเรียนรู้และให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับร่างนโยบาย ในประเด็นที่สนใจ รวบรวมและสรุปความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดเลือกร่างนโยบายในประเด็นที่สนใจ เสนอต่อผู้นำองค์กรหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีเวทีเพื่อสร้างการเรียนรู้และให้ข้อคิดเห็นรวบรวมและสรุปความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำร่างนโยบายในประเด็นที่สนใจ เป็นการเลือกนโยบายที่เกี่ยวกับปัญหาได้พัฒนา

4. ด้านการก่อรูปของนโยบาย มีการพัฒนานโยบายที่เกิดจาก มีการประชุมของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ องค์การที่ทำหน้าที่วางแผนด้านนโยบาย กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ให้ความสนใจกับการประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดเลือกร่างนโยบายในประเด็นที่สนใจ เสนอต่อผู้นำองค์กรหรือผู้บริหารที่เกี่ยวข้องแต่จากการศึกษาในกระบวนการนี้ทุกโรงพยาบาล ได้กระทำกระบวนการไม่เหมือนกัน อาจเป็นเหตุผลที่จะทำให้นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลไม่ประสบความสำเร็จและไม่ได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ

5. ด้านการคัดเลือกและประกาศนโยบาย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลควรมีการจัดทำแผนงาน/โครงการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลควรระบุผู้รับผิดชอบ ระบุวิธีการดำเนินการตัวชี้วัด กำกับติดตามควบคุม และการนิเทศการดำเนินงานตามนโยบาย ในการคัดเลือกและประกาศใช้นโยบาย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลจะมีการประชุมทบทวน และคัดเลือกนโยบาย ในการเผยแพร่และประกาศนโยบายควรใช้หลายใช้ช่องทาง เช่น การทำเป็นเอกสารเผยแพร่นโยบาย หรือติดประกาศเฉพาะในกลุ่มงานการพยาบาล ในสถานที่ต่างๆ แจ้งนโยบายในที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

6. ผู้ปฏิบัติทางการพยาบาล ควรมีส่วนร่วม ในการพัฒนานโยบายคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล เนื่องจากในการปฏิบัติงานให้ตรงตามนโยบายคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ผู้ปฏิบัติถือเป็นกลไกหัวใจหลักในการปฏิบัติงาน ถ้าผู้ปฏิบัติเข้าใจถึงนโยบายคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

7. ด้านกระบวนการพัฒนานโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ผู้ปฏิบัติทางการพยาบาลควรมีส่วนร่วมในกระบวนการ กิจกรรมย่อยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการพัฒนาด้านคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล

8. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนานโยบายด้านคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

9. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนานโยบายด้านคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล ของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

10. วิจัยและพัฒนาในการพัฒนานโยบายคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาล

11. ศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย กระบวนการวิจัย การพัฒนานโยบายและประเมินผล ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและมาตรฐานการพยาบา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือให้ นางชิดชม สกุลไทย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสีชมพู นางขัตติยา สวัสดิมูล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลซำสูง นางสาวมัณฑนา รุ่งสาย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเขาสวนกวาง จ. ขอนแก่น ผศ.ดร. ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล และ ผศ.ดร. อภิญญา จำปามูล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1.Anderson, J. E. (1975). Public policy-making. New York: Praeger.

2.Dunn, W. N. (1994). Public policy analysis: An introduction (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.2.Nursing Division, 2001; Nursing Office, (2001). Nursing standards in the community. (2nd edition). Bangkok: Thammasat University Press.

3.Dye, T. R. (1998). Understanding public policy (9th ed.). Upper Saddle River,NJ: Prentice-Hall.

4.Edwards,G.C. and Sharkansky, I . (1978) **"The Policy Predicament**",pp.303-304

5.Kowalin Chuencharoensuk and Faculty of Medicine (2016). Health Service System Development Plan (Service plan) 2018-2022. The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand Limited. Bangkok.

6.Mason, D., Leavitt, J., & Chaffee, M. (2007). Policy and politics: A framework for action. In D. Mason, J. Leavitt, & M. Chaffee (Eds.), *Policy and Politics in Nursing and Health Care*. St. Louis: Elsevier

7.Nakamura, R. T., & Smallwood, F. (1980). The politics of policy implementation. New York: St. Martin's Press.

8. National Health Development Plan No. 12, Ministry of Public Health (2016). National Health Development Plan No. 12 (2017-2021). Nonthaburi.

9.Quade, E.S. (1982). **"Analysis of Public Decisions Second Edition Making and Implementing Public Policy** ,pp. 3.5

10. Strategy and Plan Division Office of the Permanent Secretary for Public Health, (2016). Public Health Statistics, 1996. Nonthaburi

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

FACTORS AFFECTING THE USE OF EVIDENCE BASED PRACTICE AT KHONKAEN COMMUNITY HOSPITAL

รัชดาพร ไพบูรณ์[11], พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย[2]

Ratchadaporn Paiboon[1], Peerapong Boonsawasdgulchai[2]

(Received: June 30,2018; Accepted: August 2,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ไม่รวมหัวหน้าพยาบาลทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 216 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์กร และแบบสอบถามการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.94 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า 1) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับ น้อย ($\bar{X}$= 1.34 , S.D. = 0.93) 2) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ ลักษณะองค์กร อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 3.46, S.D. = 0.69) ลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล อยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 3.45, S.D. = 0.82) ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.20, S.D. = 0.61) และลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.69) 3) ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยลักษณะพยาบาลวิชาชีพ และปัจจัยลักษณะองค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ร้อยละ 17.4 ($R = 0.86, R^2 = 0.174$, Constant = -0.898, $F = 18.68$, $P = 0.01$)

คำสำคัญ: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study predictive factors affecting the the use of Evidence – based nursing practice at Khonkaen community hospitals. 216 registered nurses who have working experience 1 year or more, excluding head nurses, were systematic random sampled. Data were collected by a questionnaire with the Cronbach's alpha coefficient for organizational factors and the implementation of evidence-based practice were 0.94 and 0.96 respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The finding revealed that : 1) Nurses had low level ($\bar{X}$ = 1.34, S.D. = 0.93) in the implementation of evidence - based practice. 2) Organizational factors in aspect of organizational characteristics ,characteristics of nursing administrators had high level ($\bar{X}$ = 3.46, 3.45, S.D. = 0.69, 0.82), characteristics of nurses had moderate level($\bar{X}$ = 3.20, S.D. = 0.61), and characteristics of facilities had low level 3) Organizational

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

factors and characteristics of nurses were significantly related the implementation of evidence - based practice at 0.01 level, and both factors could conjoin the predictive power for 17.4 % ($R = 0.86$, $R^2 = 0.174$, Constant = -0.898, $F = 18.68$, $P = 0.01$)

Key word: Evidence – based practice, Registered nurses

บทนำ

ภายใต้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เป็นระบบสุขภาพที่พึงประสงค์[1] ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพและการรักษามากขึ้น กระแสเรียกร้องสิทธิและคุ้มครองผู้บริโภคพัฒนาเป็นไปอย่างก้าวกระโดด อันเนื่องมาจากผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการประกอบวิชาชีพ เป็นผลให้เกิดการฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น[2] ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านการพัฒนาการประกันสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ เป็นโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนานโยบายในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล[3] สอดคล้องกับนโยบายการให้บริการด้านสุขภาพ โดยให้มีการพัฒนาระบบมาตรฐานการบริการ และแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่างๆที่จะอาจเกิดขึ้น[2] ดังนั้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาเพื่อการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันจึงมีบทบาทมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ยังเป็นการใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ซึ่งได้จาก กระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์ อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการ ตัดสินใจในกระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งวิธีการและขั้นตอนในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ คือ การวิเคราะห์และกำหนดปัญหา การสืบค้นหลักฐาน วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐาน นำไปใช้ และประเมินผล[4] วงการพยาบาล แพทย์ และสาธารณสุขของประเทศไทย กำลังตื่นตัวกับการใช้ผลงานวิจัย (research utilization) หรือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน คือหนึ่งในบุคลากรพยาบาล มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการสร้างคุณค่าเพิ่ม ให้กับงานการบริการให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด พยาบาลปฏิบัติงานโดยใช้กระบวนการพยาบาล ตั้งแต่ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล จนถึงการประเมินผลการพยาบาล[5] การใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลหรือการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะนำไปสู่ประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น[7] นอกจากความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว สำหรับการปฏิบัติโดยวิธีเดิมที่ปฏิบัติต่อๆกันมา ไม่สามารถประกันความถูกต้อง และไม่ได้รับความนิยมต่อไป[8] ผลกระทบจากบริการที่ไม่อยู่ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อาจส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อตัวผู้รับบริการได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ อุปสรรคในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแม้ว่าพยาบาลจะมีทัศนคติที่ดีต่อ EBP แต่ระดับความรู้และทักษะเกี่ยวกับ EBP มีเพียงเล็กน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ปัจจัยด้านสมรรถนะของพยาบาล ด้านนโยบายองค์กร และด้านการสนับสนุนของผู้บริหาร ส่วนปัจจัยด้านอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ[9] การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ปัจจัยในด้านทักษะการค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านความรู้ในการปฏิบัติ ด้านส่งเสริมและสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลง และด้านอุปสรรคต่อการค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง หลักฐานเชิงประจักษ์ กับการปรับปรุงคุณภาพ และประสบการณ์ความคลาดเคลื่อนทางคลินิกของพยาบาล พบว่า อายุ ระดับการศึกษา และตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในการ

ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการเสริมสร้างทักษะการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล อาจลดข้อผิดพลาดทางคลินิกได้[10]

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนทำงานหลากหลายหน้าที่ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลวิชาชีพพยาบาลส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่า จะปฏิบัติการพยาบาลตามที่เรียนมาหรือเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานที่ปฏิบัติต่อๆกันมา การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ผู้นำใช้คือหัวหน้าพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้กรณีเมื่อมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นแล้ว ส่วนในเรื่องวิชาการมีกิจกรรมการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น มีการเปิดอบรมวิชาการในแต่ละปีเรื่องการทำวิจัยโดยใช้กระบวนการ R2R แต่บางส่วนไม่มีโอกาสได้เข้าร่วมการอบรม การสืบค้นข้อมูลออนไลน์เกี่ยวกับงานวิจัยหรือแนวทางปฏิบัติต่างๆมีอุปสรรคและเข้าถึงยากเพราะติดภาระงานที่หลากหลาย

ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง โดยศึกษาตัวแปรที่คัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยพัฒนาหรือสนับสนุนให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล อันนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล ลดความเสี่ยงจากอุบัติการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ก่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและเกิดการบริการที่มีความเป็นเลิศได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านองค์กร ซึ่งประกอบด้วยลักษณะองค์กร ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวก ลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล และลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัด ระยะเวลาด้านการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาล ยกเว้นหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าพยาบาล มีความสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่ม โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยเปิดตาราง Power Analysis for Multiple Regression [12] กำหนดอำนาจทดสอบ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็ก ที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยคัดสรรสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็กได้ร้อยละ 31 (R^2 = .31) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาด effect size = .31 เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปร โดยมีตัวแปรอิสระจำนวน 9 ตัวแปร นำมาคำนวณในสูตร Rule of Thumb จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 180 คน และจากการศึกษาที่ผ่านมามีการสูญหายประมาณร้อยละ 20 ผู้วิจัยจึงเพิ่มแบบสอบถามร้อยละ 20 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 216 ราย การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับ

แบบสอบถามกลับคืน 180 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.3 ซึ่งคิดอัตราการสูญหายของแบบสอบถามร้อยละ 16.7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน แผนก ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์และการทำวิจัย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านองค์กร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามของลัดดาวัลย์ พุทธรักษา (2559) ประกอบไปด้วย 4 ลักษณะ คือ ลักษณะองค์กร ลักษณะของสิ่งอำนวยความสะดวก ลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล และ ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 ระดับ (Likert scale) มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ค่าคะแนน 5 – 1 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การสืบค้นและประเมินคุณภาพของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ การแบ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หรือข้อมูลกับผู้ร่วมงานหรือผู้ป่วย การรวบรวมและประเมินผลลัพธ์ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ค่าคะแนน 0 - 4 ตามความถี่การปฏิบัติ และแปลผลระดับ 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ตามระดับช่วงคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Item Objective Congruence Index: IOC) ซึ่งจากการหาค่า IOC ของแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.60 และ 1.0 ตามลำดับ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach' alpha coefficient) การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพล ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 และ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนาโดยหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) วิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศ หญิงร้อยละ 96.1 ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 31-40 ปี ร้อยละ 33.9 โดยมีอายุเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{X}$ = 37.14, S.D. = 10.07) ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุดอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 94 ราย ร้อยละ 52.3 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี จำนวน 162 ราย ร้อยละ 90 ตำแหน่งงาน มากที่สุดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 91 ราย ร้อยละ 50.6 เคยอบรมเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใน 5 ปี จำนวน 34 ราย ร้อยละ 18.9 ระยะเวลาในการอบรม เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2.50 ชั่วโมง ($\bar{X}$ = 2.50, S.D. = 9.6) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น มีประสบการณ์ในการทำวิจัย เพียง 38 ราย ร้อยละ 21.1

2. ปัจจัยด้านองค์กรและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปัจจัยด้านองค์กร ประกอบด้วยทั้งหมด 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ลักษณะองค์กร ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 3.46, S.D. = 0.69) รองลงมาด้าน ลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 3.45, S.D. = 0.82) และน้อยที่สุด ด้านลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับน้อย

($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.69) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับ น้อย ($\bar{X}$ = 1.34 , S.D. = 0.93) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ท่านได้เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย อยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.74, S.D. = 1.13) รองลงมา ท่านได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนร่วมงานเกี่ยวผลการพยาบาลที่ได้เก็บรวบรวมไว้ อยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.64, S.D. = 1.08) และน้อยที่สุด คือ ท่านได้ประเมินและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย อยู่ระดับ น้อย ($\bar{X}$ = 1.09, S.D. = 1.15)

3) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ได้มากที่สุด ได้แก่ ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ และลักษณะองค์กร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ได้ร้อยละ 17.4 แสดงว่า มีร้อยละ 82.6 เป็นผลมาจากตัวแปรอื่นที่ไม่ได้นำมาศึกษา รายละเอียดแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น (n = 180)

ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R^2	Adjust R^2	R^2Change	F Change	sig
Model 1 ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	.381	.145	.140	1.45	30.23	0.00
Model 2 - ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ - ลักษณะองค์กร	.418	.174	.165	.029	6.24	.01

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบมาตรฐาน (Beta) พบว่า ตัวแปรที่มีค่า Beta สูงสุด คือลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ (Beta = .270) รองลงมา คือ ลักษณะองค์กร (.203) ตามลำดับ ตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนน มาตรฐาน (Beta) การทดสอบการมีนัยสำคัญของ B ของการวิเคราะห์การถดถอย เชิงพหุ ที่ใช้พยากรณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น

ตัวพยากรณ์	B	SE(b)	Beta	t	Sig
Constant	-0.898	-	0.373	-2.406	0.01
ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ	.407	.12	.270	3.320	0.00
ลักษณะองค์กร	.272	.09	.203	2.499	0.01
R = .86, R^2 = 1.74 F = 18.68					

แสดงว่า ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ เป็นตัวพยากรณ์สำคัญอันดับแรกพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น รองลงมาคือ ลักษณะองค์กรโดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

Y (การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ฯ) = -0.898 + 0.407ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ + 0.272 ลักษณะองค์กร

สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

Z (การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์) = 0.270ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ + 0.203ลักษณะองค์กร

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น 2)เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น โดยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าอยู่ในระดับ น้อย ($\bar{X}$ = 1.34 , S.D. = 0.93) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ท่านได้เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย อยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.74, S.D. = 1.13) รองลงมา ท่านได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อนร่วมงานเกี่ยวผลการพยาบาลที่ได้เก็บรวบรวมไว้ อยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$ = 1.64, S.D. = 1.08) และน้อยที่สุด คือ ท่านได้ประเมินและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัย ($\bar{X}$ = 1.09, S.D. = 1.15) กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.1 ช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 31-40 ปี ร้อยละ 33.9 โดยมีอายุเฉลี่ยในภาพรวม ($\bar{X}$ = 37.14, S.D. = 10.07) ประสบการณ์การทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุดอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.3 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี จำนวน 162 ราย ร้อยละ 90 รองลงมาระดับปริญญาโท จำนวน 17 ราย ร้อยละ 9.4 และน้อยที่สุด ระดับปริญญาเอก จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.60 สำหรับการศึกษาต่อในระดับที่สูงกว่าปริญญาตรียังมีน้อย เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ผู้บริหารไม่ได้เข้ามาสนับสนุนการลาศึกษาต่อ ทำให้การเรียนในระดับที่สูงกว่าปริญญาตรีมีน้อยตำแหน่งงาน มากที่สุด ตำแหน่งงาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 50.6 ประสบการณ์ในการอบรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการทำวิจัยเคยอบรมเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ภายใน 5 ปี จำนวน 34 ราย ร้อยละ 18.9 ระยะเวลาในการอบรม เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2.5 ชั่วโมง ($\bar{X}$ = 2.50, S.D. = 9.6) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น มีประสบการณ์ในการทำวิจัย เพียง 38 ราย ร้อยละ 21.1 ซึ่งจากการวิเคราะห์บริบทโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ยังมีการสนับสนุนเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีน้อย ยกเว้น บุคคลที่ได้รับการศึกษาต่อเฉพาะทาง 4 เดือน ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่าในตัวหลักสูตรมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การคัดเลือกใช้งานวิจัย และอื่น ๆ เพื่อมาพัฒนางานประจำที่มีอยู่ นอกจากนั้นในกลุ่มที่ทำวิจัยบางส่วนอยู่ในช่วงทำผลงานวิชาการ จึงจำเป็นต้องนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ จึงทำให้กลุ่มที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นั้นยังมีน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิวิมล ศิริรักษ์ ทัศนี ประสบกิตติคุณ และอาภาวรรณ หนูคง (2559) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัย มากถึงร้อยละ 53.6

และร้อยละ 54.1 ร้อยละ 62.2 ไม่เคยเข้าร่วมฟังการนำเสนอผลงานวิจัยในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.7 ไม่เคยอ่านงานวิจัยทางการแพทย์ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่ามากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.1) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมหรือการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และประมาณสามในสี่(ร้อยละ 74.5) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้าร่วมโครงการการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ความสนใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นั้นยังไม่แพร่หลายในบริบทพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น และระดับประเทศก็เช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยด้านองค์กรประกอบด้วยทั้งหมด 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ลักษณะองค์กร ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 3.46, S.D. = 0.69) รองลงมาด้าน ลักษณะของผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.45, S.D. = 0.82) และน้อยที่สุด ด้านลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.51, S.D. = 0.69) ลักษณะองค์กร มีผลต่อการสนับสนุนให้ทุก สหสาขาวิชาชีพมีบทบาทในการพัฒนางานของตนเอง โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่พยาบาลส่งเสริมและมุ่งเน้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างแพร่หลาย แต่ก็ไม่สามารถจัดกระทำได้ต่อเนื่องตลอดเวลา เนื่องจากต้องรอนโยบายในส่วนขององค์กรที่จะมาสนับสนุนในการส่งเสริม จัดกระทำและนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ดังนั้นองค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะกำหนดทิศทางการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาของศศิวิมล ศิริรักษ์ ทัศนี ประสบกิตติคุณ และอาภาวรรณ หนูคง (2559) พบว่า นโยบายองค์กร การสนับสนุนของผู้บริหาร และสมรรถนะของพยาบาลสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในงานได้เป็นอย่างดี

2. ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพล ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น มีสองตัวแปร คือ ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพและลักษณะองค์กร อธิบายได้ว่า ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ (Beta = 0.270) กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีความมั่นใจว่าจะสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ลงสู่การปฏิบัติและมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จะทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น อีกทั้งมีศักยภาพ ในการอ่านงานวิจัย หรือบทความวิจัย และสามารถอ่านงานวิจัยเป็นภาษาอังกฤษได้ รวมถึงมีทักษะในการสืบค้นงานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความต้องการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น หากพยาบาลมีแรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จะทำให้มีความสามารถในการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์เกิดทัศนคติที่ดีและยอมรับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการมีภาระงานที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้มีเวลาในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติได้ และลักษณะองค์กร (Beta = .203) อธิบายได้ว่า องค์กรที่มีนโยบายสนับสนุนให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำงาน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและระบุหน้าที่อย่างชัดเจนในการพัฒนางานและกิจกรรมที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จัดสรรเวลาเพื่อให้พยาบาลดำเนินการเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นอกเหนือเวลางาน สนับสนุนให้มีการอบรมเกี่ยวกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในงาน สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันในทีมพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำงาน และได้รับความยินยอมโดยการเซ็นชื่อเพื่อให้ความร่วมมือจากผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจทำการแทนผู้ป่วยในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีระบบ หรือ คณะกรรมการ ที่ให้อำนาจพยาบาล ในการพัฒนา เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาลจะทำให้เกิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในองค์กรมากยิ่งขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล ศิริรักษ์ ทัศนี ประสบกิตติคุณ และ อาภาวรรณ หนูคง (2559) ปัจจัยทำนาย

การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็กพบว่าสมรรถนะของพยาบาล นโยบายองค์กร การสนับสนุนของผู้บริหารสามารถ ร่วมกันทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็กได้ร้อยละ 31 ($R2 = 0.31$, $F = 28.73$, $p < 0.001$) โดยมีเพียงปัจจัยด้านสมรรถนะของพยาบาลเท่านั้นที่สามารถทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.54$, $p < 0.001$)และจากการศึกษาของ อดินุช สุภการกำจร (2550) ปัจจัยที่มีที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือปัจจัยด้านสมรรถนะของพยาบาล ด้านนโยบายองค์กร และด้านการสนับสนุนของผู้บริหาร

สรุปได้ว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ และลักษณะขององค์กร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยปัจจัยทั้ง2ตัวนี้ร่วมกันทำนายการใช้กระบวนการโดยรวมได้ร้อยละ 17.4

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรที่การสนับสนุนส่งเสริม กำหนดนโยบาย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของพยาบาลวิชาชีพ มากยิ่งขึ้น เพราะจะทำให้บทบาทพยาบาลที่ชัดเจนเรื่องการพัฒนาคุณภาพและการนำเอาหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในงาน รวมถึงแหล่งการเข้าถึงฐานข้อมูล เช่น ฐานข้อมูลวิจัย อีกทั้งจังหวัดขอนแก่นยังมีมหาวิทยาลัยประจำจังหวัด ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรมาเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงการทำ MOU ในการใช้ฐานข้อมูลเพื่อสืบค้นงานวิจัย ให้เป็นแบบอย่างนำร่องจังหวัดอื่นๆ

2. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์แก่พยาบาลที่สนใจและอยากศึกษาต่อ

3. สนับสนุนองค์กรแห่งการเรียนรู้ เพื่อให้บุคลากรภายในพัฒนางาน ซึ่งหนึ่งในการพัฒนางาน คือ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้นั้นเอง

4. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นผลการประเมินความคิดเห็นจากพยาบาลต่อการนำใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่าจังหวัดขอนแก่น ควรมีการศึกษาในประเด็นผลลัพธ์จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้มากขึ้น เพื่อนำมาพัฒนาต่อไป รวมถึงโอกาสที่จะเข้าถึงงาน ความจำเป็น รวมถึงการทำวิจัยเพื่อลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

5. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยลักษณะพยาบาลวิชาชีพ และ ปัจจัยลักษณะองค์กร โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ร้อยละ 17.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่า ยังมีปัจจัยทำนายอื่นๆ ที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกมาร่วมกันทำนายอีก 82.6 ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่า ผู้ที่จะศึกษาเรื่องเดียวกันนี้ในครั้งถัดไป ควรเลือกตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายที่สูง มาทดสอบซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา คอยให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ทุกขั้นตอน ตรวจสอบ แก้ไข คอยชี้แนะ อบรมสั่งสอน และปลูกฝังให้ผู้วิจัยได้รู้จักคิดและแสวงหาความรู้ รวมทั้ง เอาใจใส่ต่อเนื่องตลอดหลักสูตร ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และประธานและคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ชี้ให้เห็นถึงข้อบกพร่องและชี้แนะแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1 โสภณ เมฆธน. (2559). **ปฏิรูประบบสาธารณสุขไทยด้วย "คลินิกหมอครอบครัว"** , สืบค้นเมื่อ ก.ค. 2560. https://www.hfocus.org

2 สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว, สมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกันคุณภาพบริการพยาบาล. **วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15** ฉบับที่ 2 พ.ค.- ส.ค. 2557

3 วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2551). Patient Safety Awareness: safe nurse save life. **เอกสารประชุมวิชาการครั้งที่ 18**, กุมภาพันธ์ 2551. นนทบุรี. โฟร์ดี อี เอ็ม จำกัด.

4 อรพรรณ โตสิงห์. (2555). **การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลศัลยกรรม.** มหาวิทยาลัยมหิดล.

5 ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2551). **การปฏิบัติการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์** : หลักการและวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: พรี-วัน.

6 กองการพยาบาล. (2544). **แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ.** กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.

7 กฤษฎา แสวงดี. (2551). **การศึกษาอุปทานกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย**. นนทบุรี. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สคว).

8 ฟองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). **การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์** : การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พรี-วัน.

9. วัชรีย์ แสงมณี, ยุพิณ วัฒนสิทธิ์, นิตยา ไกรวงศ์ และอุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2549) อุปสรรคในการใช้ผลงานวิจัยทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 24**(6): 537-547.

10. Bernadette Mazurek Melnyk. (2008). The Evidence- Based practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New Instruments. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 208-216.

11. ธีรารักษ์ นำภานนท์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อุษณีย์ จินตะเวช. (2558) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ในเขตภาคเหนือ. **พยาบาลสารปีที่ 42** ฉบับพิเศษ พฤศจิกายน 2558.

12. นงนุช หอมเนียน, สุชาดา รัชชุกูล. (2559) ผลของการพัฒนาการบริหารยาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่ออุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาและความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤต. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปีที่ 28** ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559

13. ลัดดาวัลย์, รัชนีภรณ์, และประนอม. (2559). ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 4** ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน 2559.

14. ศศิวิมล ศิริรักษ์ ทัศนี ประสบกิตติคุณ และ อาภาวรรณ หนูคง. (2559). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็ก. **วารสารพยาบาลศาสตร์**(34)1, 5-15.

15. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

The Development of Vodcast Enhancing Nursing Students Knowledge and Nursing skill of Faculty of Nursing at A Private College

Phawadee Thongnopkhun Toyn[1],Naree Achwarin[2]

(Received: August 15,2018; Accepted: October 29,2018)

Abstract

The study aimed to develop Vodcast to enhance nursing students' knowledge and nursing skill by using Vodcast as a supplementary tool to support the traditional classroom mode in a Fundamental Nursing subject. The mixed research design was used for this study. The quasi experimental research for quantitative research method and qualitative research were employed for this study. The population was freshmen nursing students of the Faculty of Nursing at a private college who enrolled the Fundamental of Nursing subject. Forty of nursing students were recruited for the sample of the study. The researcher developed Vodcast pertaining of wound care contents, constructed the test questions for pre-posttest measuring nursing knowledge and using questionnaires with five Likert scale measuring nursing skill and attitudes towards using Vodcast enhancing nursing students' knowledge and skill. For qualitative data, the researcher developed and used the semi structured questionnaire to interview the nursing students. The researcher employed descriptive statistic and pair –t test for the data analysis. The research findings revealed that after the experiment by using Vodcast as a supplementary tool to support a traditional classroom mode, the nursing knowledge and nursing skill were significantly differences at 0.5 and the overall of nursing students' attitude towards using Vodcast was satisfied at good level.

Keywords: Vodcast, Nursing knowledge, Nursing skills, attitude

[1] 1Ph.d Candidate, Doctor of Philosophy in Teaching and Technology Program, Assumption University, Thailand.

2 Program Director and Lecturer, Doctor of Philosophy in Teaching and Technology Program, Assumption University, Thailand.

Introduction

Technology is increasingly being used for many reasons, and nowadays young people have grown up with the internet and multimedia. Additionally, using technology is a necessary tool combining the widespread popularity of portable media players via the internet to facilitate the teaching and learning process in nursing education. Technology Enhanced Learning has formed an integral part of health professional programs and is growing in acceptance and generally aims to be a flexible, engaging learner. Vodcast is the potential option which is selected as a supplementary tool to enhance learning experience and be effective tool to achieve and assist nursing students for understanding of congested contents of lecturing concepts together with traditional teaching methods. The University of Nottingham teachers used

Podcasts as educational tools to supplement classroom teaching of pharmacology (RCN learning zone).[3] However, from reviewed literature , using Vodcast in Thailand as a new media for educational support in Higher Education it is not widespread. Nursing education today mostly uses the traditional classroom mode with not much evidence found using a new media. The process of learning in nursing has been a traditional system which includes a lot of content of subjects along with practicing in the Learning Resource Center (LRC) to follow the necessary nursing skills topic that had been lectured about. Therefore; using Vodcast as a supplement technology toolof portable media player via the internet to facilitate the teaching and learning process in nursing education and assist nursing student embracing Vodcast as a new learning tool. The aim of this study is to use Vodcast technology as a supplementary tool to enhance Nursing students' Knowledge and Nursing skill.

Objectives

1. To improve Nursing students' knowledge and nursing skills by developing Vodcast as a supplementary tool for traditional classroom.

2. To investigate the effectiveness of Vodcast enhancing Nursing students knowledge and nursing skills.

3. To explore theattitude towards using Vodcast as a supplementarytool enhancing Nursing students knowledge and nursing skill.

Research Methodology

The development of Vodcast was based on the contents of the wound cares for lecture session. The study attempted to find out the effectiveness and attitude of using Vodcast to improve the nursing student knowledge and nursing skill. The Quasi experiment with one group design, comparing scores of pre-test and post-test of the nursing knowledge and skill. The independent variable for the study was Vodcast. The dependent variables for this study were the nursing students' knowledge, analyzed by pair t-test, measuring nursing skill and the nursing students' level of attitude towards using Vodcast, and content analysis for qualitative data. The quasi-experimental research took place over a period of four sessions in 4 week. The lesson plan had been designed based on the course objectives and relevant to the Thai Qualification Framework1(TQF 1) of the Fundamental Nursing subject. Forty nursing students who enrolled Fundamental nursing subject were recruited for the sample of the study. The researcher constructed the questions for the test and questionnaires for collecting the quantitative data and semi-structured questionnaire for interviewing the nursing students for qualitative data. aims at first- year nursing students from Nursing faculty of a private college.

Population and Sample

The population consisted of 93 first year- students of faculty of nursing at a private college. The sample was

40 nursing students, were selected by using purposive sampling method. Participants were tested the knowledge by doing pre-test before using Vodcast and doing post-test include evaluating nursing skill about wound care after using Vodcast. All participants were selected again by simple random sampling method for 20 participants to do a focus group and interviewing by divided into 4 groups. The students were interviewed, measuring the attitude towards using Vodcast in group.

Instrument

The researcher modifies the tool to assess nursing students' knowledge by doing pre-test and post-test also measuring nursing skill by using a five point rating scale in the clinical setting and academic knowledge. The researcher adopted an instrument from Bog Attitude Questionnaires [(1)] for a level of attitude with 5 likert scale. For qualitative study, a semi- structured interview about attitude towards using Vodcas which was focused on the four core constructs in UTAUT(Unified Theory of Acceptance and Use of Technology Theory).The instrument of intervention, the researcher developed a Vodcast about wound care based on the objectives of the Course that relevant to the Thai Qualification Framework 1(TQF 1).

Data analysis

Categorical data was analyzed for quantitative data, by using descriptive statistic and inferential statistics for conclusion, statistical package "SPSS" used to analyze data, frequency, percentage, mean, standard deviation and ranges are created to describe the demographic information. The data from the Likert scale showed the attitude and in addition, inferential statistics were conducted for testing the research hypotheses. An alpha of .05 was used as the marker of statistical significance. The score from pre-post test in control group and treatment group, mean score was compared within group with pair t- test. Data from the open ended questions from the interviewing was analyzed by content analysis.

Conclusion

After trial, the data was analyzed by using paired sample t- test. The results showed as follow:

Table 1 *Mean and standard deviation of Pre-Post test score for knowledge achievement*

	$\bar{X}$	S.D.	N
Pre – test	11.53	3.21	40
Post- test	16.68	2.30	40

Table 2*Pair T- test for Mean Difference of Pre-Post test of knowledge achievements*

	Mean Difference	S.D.	Sig	N
Pre-Post Test	-5.15	2.45	.000	40

*Statistic significance at p< .05

Table 1, 2 showed that the participants using Vodcast had higher score in post-test as showed improvement on knowledge achievements. There was significant improvement in knowledge after using Vodcast as presented.

Table 3 *Mean, standard deviation and level of Attitude towards using Vodcast in each part (n=40)*

Items	Attitude		
	$\bar{X}$	S.D.	Level
1.Performance Expectancy (PE)	3.95	.7739	Good
2.Effort Expectancy (EE)	2.85	.6830	Moderate
3. Social Influence(SI)	4.00	.9386	Good
4. Facilitating Condition(FC)	4.00	.8506	Good
Overall of Attitude	3.70	.5378	Good

Table 3 present the mean, standard deviation and level of Attitude toward using Vodcast in each part. For overall of attitude was shown good attitude toward using Vodcast. (X = 3.70, S.D= .5378)

Table 4: *Mean, standard deviation and Grade of nursing skill*

Grade	Range	Frequency	Percentage	$\bar{X}$	S.D.
A	>95%	1	2.5	57.43	5.44
B	85-94	11	27.5		
C	75-84	28	70		

From Table 4, all participants could pass from a standard grade as grade C was a minimum grade for evaluation of nursing skill for a professional.

Table 5*: The thematic clusters of the items used in a questionnaire and examples of the questions that were included*

Theme	Items	Percentage	N(20)
Helpfulness	How Vodcast helped you study about wound care topic in Fundamental Nursing subject?	90	18
Usefulness and learning	How do you get benefited from Vodcast? What do you like and dislike about Vodcast?	95	19
Transferability	What do you think about using wound care lecture transferred to Vodcast for study this course?	95	19

From Table 5, most of participants were very much in favour of additional Vodcast, , one or two student simply commenting “great…keep them coming” “want to study more topic from it”. Overall participant indicated that Vodcast were beneficial additional resource for learning, but that they were most useful when used along with lecture class. Vodcast are closer to actual lecture experience, a combination of visual and audio information will always elicit a greater understanding. As can be seen below students were in favor of review lecture and procedure via Vodcast, considering the Vodcast as additional revision material rather than the

main source of learning: Vodcast were good and help to reinforce the lecture, procedure and clarify understanding. Even though, the Vodcast were good there is no better was of learning than sitting in the lecture and experiencing it personally as after that Vodcast can help to review both lecture and the procedure anywhere and anytime. The result show the answer of opened-end questionnaire include of focus group interview 90% of samples gave the answer that Vodcast can help to study in wound care topic and 95 % think Vodcast is useful and transferability for learning.

Discussion

The findings of the study are presented in accordance with the hypotheses as follow:

First Hypothesis: "There is no difference in knowledge before and after using Vodcast" the result showed a difference in knowledge before and after using Vodcast then H_{a1} was accepted and $H_{01.}$was rejected. This indicates that nursing students who used Vodcast had knowledge achievement which was statistically significant ($p < .05$) relevant to Williams, A., Aguilar-Roca, N. & O'Dowd, D.K. (2010)[5] teaching biology to students via either power point videos with voiceovers covered in lecture classes . The result found that students who used the instruction media on video could correct five out of six questions which was significantly higher than the other students who did not use it. The second hypothesis: "The use of Vodcast as a supplementary tool is effective use of technology to support nursing students' knowledge and nursing skill". According to the result of this research, nursing students who used Vodcast had knowledge achievement and demonstrated nursing skills that were excepted in order that participants could get a standard grade. The findings were supported by Brittain et al. (2006)[2] who found that students prefer Vodcasts which positively impacted on grades. Alternatively video may be used to demonstrate a practical skill especially nursing skill that can be played over and over again until the skill has been mastered. Questionnaires were used to assess students' attitude toward using Vodcast and were designed to determine the attitude level toward using Vodcast on how the use of Vodcast was useful as a supplementary tool to enhance knowledge and nursing skill Overall students indicated that Vodcast was a beneficial additional resource for learning which was most useful when used along with lecture classes. According to Vogel and Oliver (2006)[4], students may be benefit from the ability to watch again any lecture, to enrich their notes taken which adds to an increased understanding of material particularly useful in term of revision/assessment. This research findings supported the research hypothesis 1, 2 and the null hypotheses were therefore rejected for this study.

Implications and Recommendations

An evaluation of the research demonstrates how Vodcast can make a significant improvement in the understanding and awareness of the various procedure and protocols that nursing students have to consider when studying for their Bachelor degree in Fundamental Nursing. According to the results achieved, positive outcome in the area of creatively of process and product were shown of problem solving. This research provides guideline to assist the teacher in course development programs whist applying Vodcast as a supplementary tool if teaching and learning. Additionally it provides a foundation for developing a mire creative learning environment. Overall the conclusion of the research indicate that the use of Vodcast allows students the ability to enhance their knowledge and understanding of Nursing procedures and protocols anytime, anywhere base up on the philosophy of student centered learning. However based upon the research findings, future research could be

explored whether Vodcast can be used as a supplementary tool for the teaching learning process in other disciplines.

Acknowledgement

I would like to express my gratitude to the following: Dr. NareeAchwarin, my dissertation advisor my family and others for helping, stimulating, suggesting and encouragement. I would like to thank experts, nursing staff and nursing students of faculty of nursing at a private college for great contributions to this study.

References

1 Aryadoust, Vahid and Shahsavar, Zahra. " Vadility of Persian Blog Attitude Questionnaire: An Evidence- Base Approach". Journal of Modern Applied Statistical Methods. (2016) Vol.15: Iss.I, Article 22. DOI:10.22237/jmasm/1462076460

2 Brittain S, Glowacki P, Van Ittersum J, Johnson L. "Podcasting Lecture". **EDUCAUSE.** Quatery 2006 Vol.29(3) : 24-31.

3 Oonagh Meade, Dianne Bowskill, Joanne S Lymn. Pharmacology podcasts: a qualitative study of non-medical prescribing students' use, perceptions and impact on learning. **BMC Medical Education,** 11 : 1, 2011.

4 Vogel, M. & Oliver, M. Learning design tools project: Designing for learning in virtual learning environments. **London, CETL**, Goldsmiths: 55, 2006.

5 Williams, A., Aguilar-Roca, N., & O'Dowd, D. K. Lecture capture podcasts: differential student **use and performance in a large introductory course. Educational Technology Research and Development. 64(1) : 1–12, 2010.**

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

Effectiveness of self-management program among people with pre-hypertension at Umphang District, Tak Province

ดวงจันทร์ วงษ์ตั๊ะ[1],วุฒิชัย จริยา[2]

Duangjun Wongta[1],Wutthichai Jariya[2]

(Received: August 20,2018; Accepted: October 29,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อ ความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 สัปดาห์ และ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คู่มือการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง, และ การติดตามเยี่ยมบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 5 ชนิด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 5 เครื่องมือวัดค่าความดันโลหิต ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือตามมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการศึกษาพบว่า หลังเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวเฉลี่ย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และภายหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวเฉลี่ย หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ส่วนภายในกลุ่มควบคุมคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง ไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ สามารถนำแนวคิดการจัดการตนเองนี้ ไปประยุกต์ใช้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นได้ โดยควรคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

คำสำคัญ **: โปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง**

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effectiveness of self-management program on hypertension knowledge, self-efficacy, self-management behavior and systolic blood pressure and diastolic blood pressure among people with pre-hypertension. The sample were 60 divided into experimental group and control groups equally. The experimental group received the self-management program for 10 weeks while the control group received the routine nursing care. The research instruments included the self-management program, the practice guideline of self-management program, the field notes on the health behavior changing management and the home visiting. The data were collected by using 1) a questionnaire inquired about personal information 2) a questionnaire for testing the hypertension knowledge 3) a questionnaire inquired on self-efficacy for self-management behavior 4) a questionnaire inquired about self-

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

management and 5) an analog blood pressure instrument calibrated to agree with value of the applied standard of the Department of Health Service Support. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, independent t-test and ANCOVA.

The results of study were as follows: 1) After the participation in the self-management program, the experimental groups had the significant higher mean scores of the hypertension knowledge, self-efficacy, self-management behavior than the controlled group (p-value < 0.05). The experimental group also had the systolic blood pressure and diastolic blood pressure lower than the controlled group (p-value < 0.05). 2) After the participation in the self-management program, the experimental group had the significant higher mean scores of the hypertension knowledge, self-efficacy, self-management behavior than before participating in the intervention (p-value < 0.05). The experimental group also had the systolic blood pressure and diastolic blood pressure lower than before participating in the intervention (p-value < 0.05) However, the difference in means scores before and after the intervention for the hypertension knowledge, self-efficacy, self-management behavior and the systolic blood pressure and diastolic blood pressure within the control group was not statistically significant. The results of the study suggest that the self-management program should be applied for people with pre-hypertension in other areas.

***Keywords*: self-management program, people with pre-hypertension**

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง ถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยหนึ่งที่เห็นได้ชัดคือ พฤติกรรมการบริโภคของประชาชนเปลี่ยนไป ความเร่งรีบ ทำให้โอกาสในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์น้อยลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เห็นได้จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นทุกปี และจะทำให้มีโอกาสที่จะป่วยด้วยโรคอื่นๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคดังกล่าว น่าจะเป็นหนทางที่ปลอดภัยและประหยัดงบประมาณมากกว่าการรักษา โดยเลือกรับประทานอาหารรสเค็มให้น้อยลง งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ หากสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอน่าจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย (กมลชนก เทพสิทธา, 2558)[1]

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO,2013)[2] พบว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของการตาย สูงถึงร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด หรือ ประมาณ 7.5 ล้านคน ทั่วโลก ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คน มีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบว่า มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่นกัน และ ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกรวงสาธารณสุข,2560)[3] พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน5,597,671คน) และอัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.02 (จำนวน 813,485 คน) นอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ15ปีขึ้นไปโดยการตรวจร่างกาย ปี พ.ศ.2552 และ 2557 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 24.7 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2559)[4]

จากการศึกษาของ ลอริก และคณะ (Lorig et al., 2003)[5] พบว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และจัดการตนเองกับสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1. การจัดการทางการแพทย์ (medical or behavior management) 2. การจัดการกับบทบาท (role management) 3. การจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะเรื้อรังของโรค (emotional management) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1.การแก้ไขปัญหา 2.การตัดสินใจ 3.การใช้แหล่งข้อมูล 4.การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ 5.การลงมือปฏิบัติ 6.การปรับทักษะ และมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง ด้วยการใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการชักจูงจากสังคม นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมบางอย่างให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นการประเมินความสามารถทางการปฏิบัติของตนเองของแต่ละบุคคล

จากการคัดกรองโรคเรื้อรัง ของ สถานบริการสาธารณสุขชุมนบ้านกิ่วห้าง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ในปี 2556 – 2558 พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น คิดเป็น 59.62, 64.92 และ 79.50 ต่อพันประชากร ตามลำดับ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกิ่วห้าง เคยจัดโครงการ ให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับ อสม.เพื่อเป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน ปี พ.ศ.2557 โดยผู้เข้ารับการอบรมเป็น อสม.ในพื้นที่ แต่ยังไม่มีการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อย่างจริงจัง มีเพียงการนัดมาวัดความดันโลหิตซ้ำที่สถานบริการ และให้ความรู้รายบุคคล เท่านั้น ยังไม่การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวคิดนี้ ซึ่งการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นการป้องกันโรคระยะแรก อันจะทำให้กลุ่มเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

สมมติฐานของการวิจัย

1.ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต ที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

2.ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง 2 กลุ่ม (Two group pretest-posttest Design) คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) จะเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง และกลุ่มควบคุม (Comparison group) จะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้จากการคัดกรองโรคความดันโลหิตของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกิ่วห้างจำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยหาขนาดตัวอย่างจากข้อมูลที่เกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่เคยศึกษามาก่อน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ของ Schlessman (1982) (อ้างใน ศันย์สนีย์ กองสกุล, 2552)[6] ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 18 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คือกลุ่มละ 4 คน ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จึงเป็นกลุ่มละ 22 คน อย่างไรก็ตามพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและทำให้เกิดการผิดพลาดในการศึกษา ประมาณ ร้อยละ

50 ควรมีขนาดกลุ่มละประมาณ 25 คน โดยขนาดที่มากขึ้นจะทำให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น (Polit D. F. and Beck C. T., 2008)[7] ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มละ 30 คน รวม 60 คน โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกิ่วห้าง ตำบลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ส่วนกลุ่มควบคุมคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านแม่กลองคี ตำบลโมโกร อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ1.อายุ 35 – 59 ปี 2.ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจากสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกิ่วห้างและมีระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 139/89 มม.ปรอท 3.เป็นผู้ที่สติสัมปชัญญะดี 4.สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ 5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากศึกษา คือ1.กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ 2.ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามกำหนด 3.ผู้ที่มีอาการทางจิตประสาท ความผิดปกติทางพฤติกรรมและการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง 1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการจัดการตนเองของลอริก และคณะ (Lorig et al., 2003)[5] ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1.การแก้ไขปัญหา 2.การตัดสินใจ 3.การใช้แหล่งข้อมูล 4.การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ 5.การลงมือปฏิบัติ 6.การปรับทักษะ และมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตน เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติด้วยตนเอง ด้วยการ ใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงและการชักจูงจากสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมความรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง และพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่อง1.การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร 2.การจัดการบทบาท 3.การจัดการอารมณ์ โดยมีการทำกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง มีการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และเสริมแรง ด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยใช้เวลาทั้งหมด 10 สัปดาห์ 1.2 คู่มือการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 1.3 แบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) ว่าสอดคล้องตรงตามนิยามทางทฤษฎี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถทำความเข้าใจได้อย่างถูกต้องตรงกันและเท่าเทียมกัน (Polit D. F. and Beck C. T., 2008)[7] จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก จำนวน 1 ท่าน หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้าแล้ว ผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง และระดับความดันโลหิต เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อมูลตามความเป็นจริง จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ (10 คะแนน) โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจาก Hae-Ra Han et al. (2011)[8] ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก-ผิด เป็นการประเมินความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง พัฒนาโดย Tobias, Jochen Gensichen , Katja Goetz,Joachim Szecsenyi and Cornelia Mahler (2011)[9] จำนวน 16 ข้อ (80 คะแนน) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความมั่นใจในความสามารถที่

จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามด้านบวกและเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากการศึกษาของ Nakris Kahter (2010)[10] จำนวน 24 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา สำนวนภาษา ความชัดเจนและประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยพิจารณาทีละข้อความว่าสอดคล้องกับทฤษฎีหรือเนื้อหาหรือไม่ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความเที่ยงตรง (I-CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 (Polit D. F. and Beck C. T., 2008) หลังจากนั้นนำไป หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้วยการทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ละมุ้ง จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความรู้โรคความดันโลหิตสูง, แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน,แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.86 และ 0.70 ตามลำดับ

3.เครื่องมือวิทยาศาสตร์ คือ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM – 7130 ใช้แบบเสียบสายชาร์ตแบตเตอรี่ มีหน่วยวัดเป็น มิลลิเมตร/ปรอท โดยมีการสอบเทียบเครื่องมือ (Calibration) ของเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล ปีละ 1 ครั้ง จาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อย ดังนี้ 1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการทำวิจัย 2. ผู้วิจัยเตรียมทีมผู้ช่วยผู้นักวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน นักโภชนาการ 1 คน เพื่อร่วมดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย รายละเอียดของโปรแกรมการจัดการตนเอง การเก็บข้อมูลการวิจัย 3.ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัย ประโยชน์ของงานวิจัย และแจ้งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.ขั้นดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (แนวคิด การแก้ไขปัญหา) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1. ทีมผู้วิจัย วัดความดันโลหิตให้กับ กลุ่มทดลอง และบันทึกผล 2. กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม 3.ทีมผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลองด้วยการแนะนำตนเองและทีมผู้วิจัยอีกครั้ง พูดคุยเรื่องทั่วไป ให้กลุ่มทดลองแนะนำตนเอง และมีกิจกรรมสันทนาการ เต้นประกอบเพลง ออกกำลังกายยืดเส้นยืดสายเบาๆ 4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความหมาย ชนิด สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง และ แนวทางป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง 5. กลุ่มทดลองชมการแสดงบทบาทสมมุติจากทีมผู้วิจัย เรื่อง ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง 6. ทีมผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามปัญหา ข้อข้องใจ และ แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับทีมผู้วิจัย 7. ทีมผู้วิจัยสรุปกิจกรรม และนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (แนวคิด การแก้ไขปัญหา)

ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทีมผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองออกกำลังกายท่าง่ายๆเช่น ยืดเหยียดร่างกาย การแกว่งแขน เดินย่ำกับที่ วิ่งเยาะๆอยู่กับที่ และนั่งสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ 2. ทีมผู้วิจัยแบ่งฐานการเรียนรู้ ออกเป็น 3 ฐาน คือ ฐานที่ 1 การจัดการบทบาททางการแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดดื่มสุราและลดสูบบุหรี่ ฐานที่ 2 การจัดการบทบาท ได้แก่ การสนับสนุนให้กลุ่มทดลอง ฝึกทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การลดสูบบุหรี่ และการเลิกดื่มสุรา ฐานที่ 3 การจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด และแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 10 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แต่ละกลุ่มเข้าประจำฐานใช้เวลาฐานละ 40 นาที และเวียนจนครบทุกฐาน3.ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามปัญหา ข้อข้องใจ และแลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับทีมผู้วิจัย 4. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม และ นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสร้างเสริมความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และฝึกทักษะการจัดการตนเอง (แนวคิด การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การใช้แหล่งข้อมูล การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง ทีมผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองออกกำลังกายท่าง่ายๆเช่น ยืดเหยียดร่างกาย การแกว่งแขน เดินย่ำกับที่ วิ่งเยาะๆอยู่กับที่ และ นั่งสมาธิกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย2.ทีมผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ให้ กลุ่มทดลอง ในกลุ่มย่อยนั้น เล่าถึงปัญหา หรือ พฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทีละคน โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในกลุ่ม เมื่อกลุ่มทดลองในกลุ่มย่อยเล่าถึงปัญหาหรือ พฤติกรรม ครบทุกคนแล้ว ทีมผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองคิดแนวทางแก้ไขปัญหาของตน และ เล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง จนครบทุกคน 3.ทีมผู้วิจัย แจก และ แนะนำการใช้คู่มือการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลอง และให้กลุ่มทดลอง เขียนปัญหาของตนและแนวทางแก้ไขไว้ในสมุด จากนั้นทีมผู้วิจัยตรวจสอบการบันทึกและให้คำปรึกษากรณีมีข้อซักถามและให้นำคู่มือการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ขณะอยู่บ้าน 4. ทีมวิทยากรสรุปกิจกรรม และ นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง (แนวคิด การใช้แหล่งข้อมูล การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ การปรับทักษะ) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง พูดคุยเรื่องทั่วไป นำกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยท่าง่ายๆ การนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย 2. แบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ให้แต่ละคนทบทวนเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ว่าสามารถทำได้หรือไม่อย่างไร ถ้าทำได้ ให้บอกวิธีการ แนวทาง ที่ทำ และ แสดงความชื่นชมที่สามารถทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ถ้าทำไม่ได้ให้บอกปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้ พร้อมทั้งให้ข้อแนะนำ แนวทางแก้ไขให้สามารถทำตามที่ตั้งเป้าหมายให้ได้ ผู้วิจัยแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจ 3.ทีมผู้วิจัย รวมกลุ่มทดลองกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มใหญ่ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นไปในทางบวก โดยการมี ตัวแบบ คือ ผู้ที่เคยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดื่มสุราหลังจากเลิกดื่มสุราแล้ว ระดับความดันโลหิตลดลง และ ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมชอบกินอาหารรสชาติเค็มจัดหลังจากลดอาหารรสชาติเค็มจัดแล้ว ระดับความดันโลหิตลดลง มาพูดถึงแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว 4. ทีมผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สรุปกิจกรรม และ นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง (แนวคิด การแก้ไขปัญหา การลงมือปฏิบัติ และ การปรับ

ทักษะ)ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง พูดคุยเรื่องทั่วไป นำกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยท่าง่ายๆ การนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย 2.ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินตนเองเรื่องเป้าหมายและวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วเลือกสมาชิกกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองมาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟัง เพื่อ เป็นแนวทางในการปฏิบัติให้กับสมาชิกในกลุ่มต่อไป และ เลือกสมาชิกกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายและวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ มาเล่าให้สมาชิกในกลุ่มฟังว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไร ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อช่วยกันวิเคราะห์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 3.ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาและแนะนำ แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับทีมผู้วิจัย4. ทีมผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สรุปกิจกรรม และ นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมฝึกทักษะการจัดการตนเอง (แนวคิด การลงมือปฏิบัติ และ การปรับทักษะ) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ 1.ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง พูดคุยเรื่องทั่วไป นำกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยท่าง่ายๆ การนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย2.ผู้วิจัยทบทวนการฝึกปฏิบัติในประเด็น การจัดการบทบาททางการแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาเมื่อเกิดความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดดื่มสุราและลดสูบบุหรี่ การจัดการบทบาท ได้แก่ การสนับสนุนให้กลุ่มทดลอง ฝึกทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสม ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การลดสูบบุหรี่และการเลิกดื่มสุรา และ ประเด็น การจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด ให้กับกลุ่มทดลอง 3.ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหา ข้อสงสัย และให้คำปรึกษา แนะนำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับ ผู้วิจัย 4. ทีมผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ สรุปกิจกรรม และ นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 7 – สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมกระตุ้นพฤติกรรมการจัดการตนเองที่บ้าน (แนวคิด การลงมือปฏิบัติ และ การปรับทักษะ) ผู้วิจัยติดตามความก้าวหน้าของการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองด้วยวิธีการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง พูดคุยซักถามปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทำได้ หรือไม่ได้ อย่างไร ถ้าทำไม่ได้จะให้คำแนะนำ คำปรึกษาหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกับกลุ่มทดลอง และให้กำลังใจ ถ้าทำได้ จะแสดงความชื่นชม กระตุ้นให้ปฏิบัติต่อไป ผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 10 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1.ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มทดลอง พูดคุยเรื่องทั่วไป นำกลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยท่าง่ายๆ การนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย 2.ทีมผู้วิจัย ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตให้กับกลุ่มทดลอง บันทึกผล เพื่อประเมินค่าความดันโลหิตหลังการเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง 3. ทีมผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบสอบถาม 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1.ทีมผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มควบคุม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การนำเสนอผลการศึกษา ประโยชน์ของงานต่อส่วนรวม แจ้งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มทดลอง เมื่อกลุ่มควบคุมเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อไว้ในเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ 2.ทีมผู้วิจัย วัดความดันโลหิต ให้กับ กลุ่มควบคุม และบันทึกผล 3.ทีมผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2 – 9 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม จาก เจ้าหน้าที่ประจำสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านแม่กลองคี อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

สัปดาห์ที่ 10 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1.ทีมผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มควบคุม พูดคุยเรื่องทั่วไป และ วัดความดันโลหิต ให้กับกลุ่มควบคุม บันทึกผล เพื่อประเมินค่าความดันโลหิตหลังการเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง 3. ทีมผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม ทำแบบสอบสอบถาม 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังการเข้ารับโปรแกรมการจัดการตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะประชากร และเปรียบเทียบลักษณะข้อมูล เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต โดยวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต โดยวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และ Analysis of Covariance (ANCOVA) โดยใช้สถิติ ANCOVA ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง เนื่องจากผลการทดสอบ พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับความดันโลหิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 จึงนำค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับความดันโลหิตก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) เพื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No. 440/2015 และ IRB No. 795/58

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 60 และเพศหญิง ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-40 ปี ร้อยละ 36.8 มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ 86.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 63.3 กลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 20 และ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 73.4 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 20 มีสิทธิ์การรักษาพยาบาลประเภท บัตรทอง ร้อยละ 86.6 กลุ่มทดลอง ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 50 มี สูบนานๆครั้ง ร้อยละ 33.3 และสูบทุกวันร้อยละ 16.7 มีประวัติดื่มสุรานานๆครั้ง ร้อยละ 60 และ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 มีดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับ 25- 29.9 ซึ่งหมายถึง เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 36.7

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชายกับเพศหญิง เท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-40 ปี ร้อยละ 36.8 มีสถานภาพ คู่ ร้อยละ80 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 43.3 ระดับการศึกษากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ รับจ้าง ร้อยละ 6.7 มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล ประเภท บัตรทอง ร้อย

ละ 93.4 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 46.7 สูบนานๆครั้ง ร้อยละ33.3 และสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 20 มีประวัติดื่มสุรานานๆครั้ง ร้อยละ 63.3 ไม่มีโรคประจำตัว มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 18.5 – 22.9 ร้อยละ 60 ซึ่ง หมายถึง มีรูปร่างสมส่วน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง, คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน, คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)		p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความรู้โรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนทดลอง	5.333	1.470	5.633	1.496	.437
หลังทดลอง	8.933	.868	5.566	1.478	<.001*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน					
ก่อนทดลอง	2.439	.366	1.983	.138	<.001*
หลังทดลอง#	4.185	.1959	1.979	.141	<.001*
พฤติกรรมการจัดการตนเอง					
ก่อนทดลอง	1.848	.155	1.836	.146	.813
หลังทดลอง	3.705	.070	1.833	.145	<.001*
ระดับความดันโลหิต					
ก่อนทดลอง	130.470	6.146	126.000	5.626	.005*
หลังทดลอง#	122.233	4.854	127.100	4.180	<.001*

* p – value < 0.05, # = ANCOVA

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.05) แต่หลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มี คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value <.001)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้, คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	Mean	S.D.	T - value	p - value
กลุ่มทดลอง (n=30)				
ความรู้โรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนทดลอง	5.333	1.470	13.150	<.001*
หลังทดลอง	8.933	.868		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ก่อนทดลอง	2.439	.366	-28.81	<.001*
หลังทดลอง	4.185	.195		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง				
ก่อนทดลอง	1.848	.155	-61.874	<.001*
หลังทดลอง	3.705	.070		
ระดับความดันโลหิต				
ก่อนทดลอง	130.466	6.146	9.429	<.001*
หลังทดลอง	122.233	4.854		
กลุ่มควบคุม (n=30)				
ความรู้โรคความความดันโลหิตสูง				
ก่อนทดลอง	5.633	1.496	1.439	.161
หลังทดลอง	5.566	1.478		
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน				
ก่อนทดลอง	1.983	.138	1.439	.161
หลังหลดลอง	1.979	.141		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง				
ก่อนทดลอง	1.836	.146	1.439	.161
หลังทดลอง	1.833	.145		
ระดับความดันโลหิต				
ก่อนทดลอง	126	5.626	-1.101	.280
หลังทดลอง	127.100	4.180		

* p – value < 0.05

จากตาราง 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง,การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ พฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.001) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value < 0.001) และ กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง,การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรม

การจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต ที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

จากการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และระดับความดันโลหิต พบว่ากลุ่มทดลองมี ระดับความดันโลหิต เฉลี่ย ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการแก้ปัญหาด้วยวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมและการฝึกออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการบรรยาย การแสดงบทบาทสมมติ มีคู่มือการจัดการตนเอง และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003)[5] เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองด้าน 1) การจัดการทางการแพทย์ 2) การจัดการกับบทบาท 3) การจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลจากภาวะเรื้อรังของโรค ประกอบด้วย 6 ทักษะ คือ 1. การแก้ไขปัญหา 2. การตัดสินใจ 3. การใช้แหล่งข้อมูล 4.การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ 5. การลงมือปฏิบัติ 6. การปรับทักษะ อีกทั้งยังมีการเพิ่มทักษะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997 อ้างในเบญจมาศ ถาดแสง, 2554)[11] เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้ปฏิบัติตนตามเป้าหมายได้อย่างมั่นใจ โดยการใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และ การชักจูงจากสังคม ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเอง มีกิจกรรมให้ความรู้ ฝึกทักษะ การจัดการตนเอง ให้กลุ่มทดลองหาสาเหตุของปัญหาและวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาและลงมือแก้ไขปัญหานั้น มีการประเมินตนเอง มีการเสริมกำลังใจ ให้คำแนะนำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขพัชริ นทร์ วัฒนกุล และ คณะ (2558)[12] ที่ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองใช้เวลาในการทดลอง 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างความรู้โรคความดันโลหิตสูง ผ่านกระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติด้านอาหารและการออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมบ้านการประเมินผลการปฏิบัติตัว เสริมแรงด้วยการชมเชย และวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคค ร่วมกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาพร ทองปรุง (2559)[13] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนต่อค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งจัดโปรแกรม12 สัปดาห์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการรำมวยจีน สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย มีระดับความดันโลหิตลดลง

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง) มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง,การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจาก กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการเสริมความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการแก้ปัญหาด้วยวิธี ออกกำลังกายที่เหมาะสมและการฝึกออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการบรรยาย การแสดงบทบาทสมมติ คู่มือสนับสนุนการจัดการตนเอง และ การเยี่ยมบ้าน การใช้ตัว ตัวอย่างจากการเข้ากลุ่ม มีการฝึกการปฏิบัติ จึงทำให้มีกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ พฤติกรรมการจัดการตนเองเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กับ จันทกานต์ วัลยเสถียร (2557)[14] ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานป้องกันโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เป็นผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความความดันโลหิตสูง ใช้เวลาทดลอง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย การตัดสินใจ การประเมินผล กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการกระตุ้นเตือนให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ผลการทดลองพบว่า บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตลดลง (p-value < 0.05

หลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง,การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p-value > 0.05) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ คือ โดยการให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ แต่ไม่มีการฝึกทักษะ ไม่มีการติดตามเยี่ยมบ้าน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้โรคความดันโลหิตสูง,การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และ ระดับความดันโลหิตของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สามารถนำแนวคิดการจัดการตนเองนี้ ไปประยุกต์ใช้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นได้ โดยควรคำนึงถึงบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สม่ำเสมอ และควรมีการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ช่วงเวลาในการจัดทำวิจัย ควรเป็นช่วงที่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ว่างเว้นจากการทำงาน เนื่องจากช่วงเวลาเพาะปลูกเก็บเกี่ยว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะไม่มีเวลามาเข้าร่วมวิจัยเนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภออุ้มผาง หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านกิ่วห้าง หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านแม่กลองคี อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้อย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1.กมลชนก เทพสิทธา. (2558). **สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี2558** สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

2.World Hypertension Day 2013 brochure **, the World Hypertension League** [online]Accessed on March18,2013at URL:http://www.worldhypertensionleague.org/Documents/WHD/2013/WHD%202013%20brochure.pdf

3.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2561).**กลุ่มรายงานมาตรฐานการป่วยด้วย**

โรคไม่ติดต่อสำคัญเข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php

4.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558.** กรุงเทพ:โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์(กรุงเทพ)จำกัด,2559

5.Lorig, K. R. & Holman, H. (2003). **Self-management education: History,definition,outcomes, and mechanism.** Society of Behavior Medicine, 26(1), 1-7.

6.ศันย์สนีย์ กองสกุล.(2552). **ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่2** วิทยานิพนธ์พย.ม., มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

7.Polit D. F. and Beck C. T. (2008). **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins**.

8.Hae-Ra Han et al. (2011) **Development and Evaluation of a Hypertension KnowledgeTest for Korean Hypertensive Patients**

9.Tobias Freund et al. (2011). **Evaluating self-efficacy for managing chronic disease:psychometric properties of the six-item Self-Efficacy Scale in Germany.** Journal of Evaluation in Clinical Practice ISSN 1365-2753.The Journal of Clinical Hypertension Vol 13 No 10

10.Nargis Akhter.(2010). **Self management Among Patients with Hypertention in Bangladesh.** A Thesis submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Master of Nursing Science (International Program) Prince of Songkla University

11.เบญจมาศ ถาดแสง.(2554).**ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง**(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

12.สุขพัชรินทร์ วัฒนกุล และคณะ **โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดบุรีรัมย์** วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2556 ; 27(1) : 16-30

13. สุมาพร ทองปรุง **ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนต่อค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ** วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. กันยายน - ธันวาคม 2561 ; 11(3) : 297-301

14. จันทกานต์ วัลยเสถียร.(2557). **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่5 จังหวัดนครราชสีมา** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

แนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น: กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น

The Guideline of development of emergency medical services by the participation of community and local government: A Case study of Ban Ruea sub-district administrative organization, Phu wiang district, Khon Kaen Province

ศศิธร มนอยู่พะเนา[1] ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ[2]

Sasithorn Monyupanao[1] Supawatanakorn Wongthanavasu[2]

(Received: August 25,2018; Accepted: September 21,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 2) ค้นหาแนวทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ คุณภาพ (Mixed method) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มหน่วยงานราชการ กลุ่มผู้ปฏิบัติ และตัวแทนชุมชน รวมทั้งสิ้น 67 คน ในการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย รวมทั้งการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมด้วยตนเอง ผลการวิจัยพบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 – 2558 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินถึงกว่าร้อยละ 40 สะท้อนให้เห็นว่า ประชาชนยังขาดการรับรู้และเห็นความสำคัญของการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากส่วนใหญ่เห็นว่าระบบการติดต่อสื่อสารยังไม่สมบูรณ์พร้อมใช้งาน ญาติและผู้ป่วยไม่ต้องการรอคอยและไม่มั่นใจในคุณภาพของวัสดุอุปกรณ์และบุคลากรผู้ให้บริการ ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือควรดำเนินการพัฒนาระบบการติดต่อสื่อสาร เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรในการบริหารเพื่อให้ชุมชนเกิดความมั่นใจให้ตระหนักถึงความสำคัญ

คำสำคัญ: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์กรปกครองท้องถิ่น

ABSTRACT

This research aims to 1) study the situation of emergency medical services in Ban Ruea sub-district administrative organization, Phu wiang district, Khon Kaen Province 2) to develop guidelines for managing emergency medical services through community partivipation. The combination of research, quantitative research and qualitative research quality (Mixed Methodology) samples used in the study were; community leaders, the government agencies, the practices and community representatives a total of 67 people and community representatives in quantitative research using questionnaires as a research tool. The qualitative research collected data from in-depth interviews, focus group and not involved observation are conclusion of the operation. Research conducted by the collection of their own. The research found that; Ban Ruea District Administration has allocated a budget for the Emergency Medical Services since the year 2555 - 2558 B.E. There are patients who do not use emergency medical services to more than 20 percent. Because of they were lack of awareness and the importance of emergency medical services system. They know most of the communication system that is not completely. They don't want to

[1] นักศึกษาหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น, นักวิจัยกลุ่มวิจัยการบริหารจัดการท้องถิ่นและพัฒนาเมือง

wait and ensure the quality of materials, equipment and personnel provided by the Ministry of Ban Ruea Sub-district Administrative Organization. So Ban Ruea Sub-district Administrative Organization should proceed to develop a communication system and enhance knowledge and understanding of the importance to the public. Including the development of human resource development for the community to recognize the importance of confidence.

Key words: emergency medical services, Sub-district Administrative Organization

บทนำ

การจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบริการด้านสุขภาพที่มีบทบาทและมีความสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เป็นปฏิบัติการที่ช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นที่จำเป็นที่ถูกต้อง ตอบสนองได้รวดเร็ว ทันการณ์ ต้องประสานและร่วมงานกับหน่วยงานอื่น ผู้ปฏิบัติการของหน่วยบริการสามารถเข้าถึงผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุเป็นทีมแรก ได้เห็นกลไกการบาดเจ็บให้การดูแลช่วยเหลือผู้บาดเจ็บโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเอื้ออาทร เมตตา รักและเอาใจใส่ ตระหนัก รู้ในหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การปฏิบัติงานเน้นความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น มีการใช้ทักษะการประเมินผู้บาดเจ็บ ซึ่งคุณสมบัติที่กล่าวมานี้จะทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลมีคุณภาพที่ดีและเป็นที่ไว้วางใจของประชาชนต่อไป [9]

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่ให้สามารถช่วยเหลือผู้อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องขยายบริการครอบคลุมทุกจังหวัด ทั่วประเทศโดยประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ให้ประชาชนรับรู้และสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มากยิ่งขึ้นและระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ และประชาชนในพื้นที่เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง [1]

ประเทศไทยมีความพยายามในการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นนโยบายของรัฐบาล การผลักดันงานเข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งทำให้เกิดศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่นในปี พ.ศ. 2536 และกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2537 ทั้งมีการจัดตั้งศูนย์สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) ในปี พ.ศ. 2538 ที่รับผิดชอบงานการบริหารจัดการ การพัฒนาบุคลากร และเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระดับประเทศ นอกจากนี้ยังผลักดันให้มีการจัดตั้งบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดเพื่อต้องการให้ครอบคลุมทั้งประเทศและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม และได้ประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 283 โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลและจัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบาย การบริการการจัดการสาธารณะซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 33 วรรคสอง บัญญัติไว้ว่าเพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อมและความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่นให้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) สนับสนุนและประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้

ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล

การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีความพยายามที่จะพัฒนาประสิทธิภาพงานดำเนินงานให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการมาตลอด โดยเริ่มตั้งแต่รัฐบาลกำหนด พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่เน้นให้มีการดำเนินงานด้วยการสร้างเครือข่ายในท้องถิ่น ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินปีงบประมาณ 2558 พบว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ตนเองและพื้นที่ใกล้เคียงทั่วประเทศร้อยละ 65.09 ซึ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยตนเองแต่มีกิจกรรมหลักกำหนดไว้เป็นแนวทางการดำเนินงานในคู่มือแผนยุทธศาสตร์จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน [8] ทั้งยุทธวิธีการดำเนินงานและหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยกิจกรรมหลักที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน ได้แก่ 1) กิจกรรมการให้บริการกู้ชีพ 2) กิจกรรมการประชาสัมพันธ์ช่องทางติดต่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) กิจกรรมอบรมให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นกับประชาชนในพื้นที่ 4)กิจกรรมประเมินผลความพึงพอใจการได้รับบริการเพื่อเป็นการวางแผนย้อนกลับ ปรับปรุงแนวทางการทำงาน และ 5) กิจกรรมสัมพันธ์กับชุมชน เช่น การรณรงค์การปฏิบัติตนให้ปลอดภัยในช่วงเทศกาลต่าง เป็นต้น

จากสภาพข้อเท็จจริงพบว่า การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยที่ได้กระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วพบว่า ประชาชนยังไม่ได้รับถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีเพราะการออกปฏิบัติงานยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ นอกจากนี้ยังขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการน้อยมาก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2562) แม้ว่าจะมีการขยายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสู่ตำบล มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่ขึ้นทะเบียนหมุนเวียนให้บริการแล้วก็ตาม ยังพบว่าขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนซึ่งควรจะมีบทบาทในการมีส่วนร่วมแต่ในสภาพที่เป็นจริงพบว่า มีส่วนร่วมในการดำเนินการน้อยมาก การพัฒนาที่เปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มบุคคลที่อยู่ในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชนร่วมตัดสินอนาคตของชุมชนและร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนาสิ่งเหล่านี้จะผลักดันให้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาชุมชนดำเนินไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่องมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ [5] ซึ่งหากมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึงประมาณร้อยละ 15-20 หรือประมาณปีละ 9,000-12,000 คน และผู้บาดเจ็บร้อยละ 50 ที่เสียชีวิตหลังเกิดอุบัติเหตุจะมีโอกาสรอดชีวิตหากได้รับการช่วยเหลือทันเวลาเหมาะสม [9]

จากสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์จึงมีคำถามว่า สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ทำอย่างไรจึงจะทำให้ชุมชนเกิดการตระหนักรู้ เห็นความสำคัญของการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีหาแนวทางพัฒนาระบบการบริหารจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างไร สิ่งที่สำคัญคือ จะต้องได้รับการยอมรับจากชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดอันจะนำไปสู่การตอบโจทย์ของความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงซึ่งจะสามารถขยายผลสู่การเป็นรูปแบบของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ผู้ที่สนใจพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ
2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลแบบผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพคุณภาพ (Mixed method) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มหน่วยงานราชการ กลุ่มผู้ปฏิบัติ และตัวแทนชุมชน รวมทั้งสิ้น 67 คน ในการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ส่วนการวิจัยเชิง

คุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อย รวมทั้งการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมด้วยตนเองด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบคำถามปลายเปิดในการสนทนากลุ่มย่อยที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมประเด็นคำถามเพื่อให้ได้คำตอบที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาและพัฒนาแบบสัมภาษณ์เพื่อใช้ในสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วนำร่างแบบสัมภาษณ์ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประกอบด้วยประชากร 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มหน่วยงานราชการ กลุ่มผู้ปฏิบัติ และตัวแทนชุมชน การเลือกตัวอย่างกลุ่มประชากรเพื่อให้ได้ประชากรตัวอย่างซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อให้ทราบข้อมูลการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงมาตรฐานทางด้านอื่นๆและเพื่อให้ทราบข้อคิดเห็นทางด้านจุดอ่อน – จุดแข็ง ของหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ รวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นกลุ่มผู้นำของชุมชน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ 1 คน รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน กำนัน จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้านทั้ง 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1คน จำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 9 คน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) จำนวน 1 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 จำนวน 41 คน

กลุ่มที่ 2 ประชาชนตำบลบ้านเรือทั้ง 9 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 2 คน รวมเป็นจำนวน 18 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อในแต่ละหมู่บ้านโดยการจับฉลากเพื่อให้ทราบข้อมูลด้านมาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่ตลอดจนมาตรฐานอื่น ๆ ขณะออกปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและข้อคิดเห็นทางด้านจุดอ่อน - จุดแข็งจากประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงรวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มหน่วยงานราชการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเรือ โดยกลุ่มนี้ทำการศึกษาทั้งหมด 4 คน เพื่อให้ทราบข้อมูลสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและข้อคิดเห็นทางด้านจุดอ่อน – จุดแข็ง ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ โดยตรงรวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้ที่มีหน้าที่ควบคุมดูแลหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ โดยกลุ่มนี้ทำการศึกษาทั้งหมด 4 คนเพื่อให้ทราบข้อมูลสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและข้อคิดเห็นทางด้านจุดอ่อน – จุดแข็ง ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ โดยตรงรวมถึงข้อเสนอแนะในการปรับปรุงพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เนื้อหาสาระการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามอันประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา สถานะทางสังคม สถานภาพสมรส การรู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ความถี่บ่อยในการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ช่องทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เนื้อหาคำถามที่ใช้ในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เกี่ยวกับสภาพการณ์และสถานการณ์ระบบบริการทาง

การแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน มีปัญหาอุปสรรค จุดอ่อน - จุดแข็ง ของหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไร ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหา อุปสรรค สิ่งที่ได้เรียนรู้และนำมาแก้ไข รวมทั้งแนวทางการปรับปรุงพัฒนาหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต ส่วนการสังเกตการดำเนินการ โดยการสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมและลักษณะของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนลักษณะอื่น ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการและการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ

การรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนดประเด็นสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ การจัดประชุม Focus Group ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 กลุ่ม ทีละกลุ่ม ดำเนินการจัดประชุมจำนวน 4 ครั้ง โดยประชุมแบ่งตามกลุ่มตามแนวคำถามที่ได้กำหนดไว้และนำมาวิเคราะห์ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ดำเนินการ โดยทำการจดบันทึกพฤติกรรม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมโยงจากข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ทำการรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์การจดบันทึกการสังเกตการและข้อมูลจากเอกสารที่ทำการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหาสาระ (Content Analysis) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาหาความเชื่อมโยงและทำการเปรียบเทียบสถานการณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือกับข้อเท็จจริงด้านมาตรฐานที่เป็นอยู่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยแล้วทำการสรุปผลการวิจัยและวิเคราะห์หาแนวทางพัฒนา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่นจำนวนทั้งสิ้น 67 คน พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 53.73 เป็นเพศหญิงจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3 มากที่สุดมีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 49.3 มีสถานภาพสมรสแล้ว จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1 มีอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 37 คนคิดเป็นร้อยละ 55. 2 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมากลุ่มผู้นำท้องถิ่นจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 26.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 15,000 บาท จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือส่วนใหญ่รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 62.7 หรือรู้จักผ่านแผ่นพับไวนิลสติ๊กเกอร์จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 โดยในจำนวนผู้ที่เคยใช้บริการทั้งหมด 45 คน คิดเป็นร้อยละ 67.2 ส่วนใหญ่เรียกใช้บริการเนื่องจากบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ไปพบแพทย์ตามนัด 8 คน คิดเป็นร้อยละ17.8 ประสานงานให้บุคคลอื่นจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 ความถี่บ่อยในการเรียกใช้บริการทุกครั้งที่มีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 ช่องทางผ่านการเลือกใช้เบอร์โทร 1669 จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 แต่ยังพบมีการเรียกใช้บริการผ่านทางช่องทางอื่นได้แก่โทรหาพนักงานกู้ชีพโดยตรง จำนวน 10 คน ร้อยละ 22.2 ประสานผ่านผู้นำชุมชนกำนันผู้ใหญ่บ้านจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ ปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือได้กำหนดภารกิจให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีคำสั่งจัดตั้งปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินคำสั่งทำงานการแพทย์ฉุกเฉินคำสั่งผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) คำสั่งพนักงานขับรถและคำสั่งปฏิบัติงานประจำเดือนทั้งนี้องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือได้บรรจุหรือแผนพัฒนาสี่ปีขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือและบรรจุไว้ในเทศบัญญัติรายจ่ายประจำปีให้มีโครงการรองรับการบริการและพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วยโดยมีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุระบบการลำเลียงขนส่ง ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่สถานบริการที่ใกล้เหมาะสมอย่าง

คุณภาพรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง โดยได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อปี พ.ศ. 2553 มีอาคารตั้งอยู่ในเขตที่ทำการขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน

ผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการการบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือที่ผ่านมา มีจำนวนในปี 2559 – 2561 จำนวน 248 ราย 245 ราย และ 293 รายตามลำดับ ซึ่งภาพรวมได้รับความสนใจในการให้บริการ

จากการศึกษาสถานการณ์ของผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือพบว่า ส่วนมากเรียกใช้บริการด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีจำนวน ตั้งแต่ ปี พ.ศ 2559-พ.ศ. 2561 จำนวน 201 196 และ 227 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 81.1 80.0 และ 77.5 ตามลำดับ รองลงมาคือผู้รับบริการกลุ่มบาดเจ็บฉุกเฉิน จำนวน 39.0 41.0 และ 57.0 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 18.6 , 19.6 และ 22.6 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือมีความล่าช้า กล่าวคือ เมื่อต้องการใช้บริการแล้วโทรศัพท์ขอรับบริการจากรถฉุกเฉินต้องใช้เวลารอคอยนาน บ่อยครั้งที่ระบบโทรศัพท์ติดต่อไม่ได้ หรือไม่มีผู้รับสาย และในกรณีที่เป็นการให้บริการรถฉุกเฉินในเวลากลางคืนนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลประจำอำเภอ รถฉุกเฉินน่าจะอยู่รอรับผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยยากไร้ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่มีญาติมาด้วย เนื่องจากในบางครั้งที่หมออนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ไม่มีพาหนะไปส่งบ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องรอจนถึงเช้า สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มประชาชนในตำบลบ้านเรือต่ที่ต้องการให้มีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะเวลากลางคืนและควรรอรับผู้ป่วยที่ไปทำการรักษาโดยเฉพาะในเวลากลางคืน ซึ่งข้อมูลจากกลุ่มราชการเห็นพ้องในทิศทางเดียวกันว่าควรปรับปรุงเรื่องระบบการติดต่อสื่อสารการรับแจ้งเหตุให้สามารถใช้งานได้ 24 ชั่วโมงเพื่อสะดวกต่อการรับแจ้งเหตุ นอกจากนั้นประชาชนทั่วไปและผู้นำชุมชนมีความคิดเห็นตรงกันที่ว่า ในช่วงเทศกาลต่าง ๆ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ บุญบั้งไฟ ควรมีการจัดสรรบุคลากรเพิ่ม เพราะจากสถิติที่ผ่านมาจะมีจำนวนอุบัติเหตุเกิดขึ้นในช่วงดังกล่าว นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นข้อมูลจากผู้นำหมู่บ้านและตัวแทนหมู่บ้านส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่าในส่วนของบุคลากรมีจุดเด่นคือ ความที่เป็นคนในชุมชนทำให้มีความใกล้ชิดสนิทสนมและรู้จักเส้นทางรู้จักที่ตั้งบ้านเรือนของคนในชุมชนเป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรณพ สุขไพบูลย์ ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และ ธาตรี เจริญชีวกุล (2559)[10] ที่พบว่า ในการบริการการแพทย์ฉุกฉณิน การที่เจ้าหน้าที่บริการด้วยความสุภาพและเป็นกันเอง เจ้าหน้าที่มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ไม่ขโมยทรัพย์สิน ไม่เปิดเผยความลับ ไม่หาประโยชน์ในทางมิชอบจากผู้รับบริการ ซึ่งการให้บริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้รับบริการทุกประเภทมีความพึงพอใจการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งได้มีการกำหนดมาตรฐานในด้านต่าง ๆ ตามที่สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและกำหนดและนำมาสู่การปฏิบัติจริงขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่และปัญหาของชุมชนมากที่สุด องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือได้จัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นมาซึ่งถือว่ามีการตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาและความต้องการขั้นพื้นฐาน ประชาชนได้รับการบริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและทันท่วงที แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ถือว่ายังมีส่วนที่ชุมชนเห็นว่าควรจะต้องปรับปรุงให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดตลอดจนสามารถปรับให้เข้ากับบริบทปัญหาตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งผลการวิจัยนี้ได้ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงระบบบริการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยและการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มีความสอดคล้องกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม คือ การปรับปรุงระบบการติดต่อสื่อสารของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากโทรศัพท์ตั้งโต๊ะเป็นโทรศัพท์มือถือเคลื่อนที่เพื่อง่ายต่อการพกพาและสะดวกต่อการรับสายเพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ สตุะภักดิ์ (2558)[3] ที่พบว่า บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

อุบลราชธานีเป็นบริการที่มีประโยชน์และสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชนโดยทั่วไป และความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการมีพื้นฐานมาจากประเด็นที่สำคัญ คือ 1) ระบบการแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือที่ตอบสนองได้รวดเร็ว 2) ระบบการสื่อสารที่ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งจังหวัด

ในส่วนของการพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ ส่วนที่ควรปรับปรุง คือ ควรมีการฝึกทบทวนแนวปฏิบัติเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง นอกจากนั้นควรสรรหาบุคลากรมาปฏิบัติงานด้านนี้เพิ่มขึ้น โดยคัดเลือกจากสมาชิก อปพร. อสม. ในตำบลหรือผู้ที่สนใจเพื่อมาปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มเจ้าหน้าที่ส่วนราชการที่เห็นว่า สิ่งที่ควรปรับปรุงคือการส่งเสริมบุคลากรในองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่ส่วนงานอื่นในพื้นที่เข้ารับอบรมเพิ่มเติมความรู้เพื่อพัฒนาการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ในการคัดเลือกผู้มาปฏิบัติหน้าที่ให้บริการ สิ่งที่สำคัญ คือ การตรวจร่างกายและสภาพจิตใจเพื่อให้เหมาะสมในการปฏิบัติหน้าที่ และควรต้องมีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้มีความรู้ความสามารถเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุได้อย่างรวดเร็ว ลดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการของประชาชนผู้เจ็บป่วยหรือประสพเหตุได้และการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในชุมชนหรือพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกคนต้องได้รับการฝึกอบรม 1 หลักสูตรต่อปี การจัดส่งเจ้าหน้าที่ไปศึกษาดูงานหน่วยงานที่มีการปฏิบัติงานด้วยการกู้ชีพฉุกเฉินเพื่อให้เกิดทักษะและประสบการณ์ การซ้อมแผนการกู้ชีพฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความกระตือรือร้นพร้อมปฏิบัติงานอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ทิพย์ชัยมงคล และศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ (2556)[2] ที่ศึกษาการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลไทรโสภา และพบว่า ในการปฏิบัติงานจะประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายของการดำเนินการขึ้นอยู่กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานจะต้องเป็นผู้ที่มีศักยภาพ มีความรู้ มีทักษะและประสบการณ์ที่เพียงพอ ทั้งนี้จึงต้องมีการพัฒนาบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในการบริหารจัดการบุคลากรเพื่อให้การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยนี้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่น่าสนใจว่า ในด้านวัสดุอุปกรณ์ควรมีการปรับปรุงวัสดุอุปกรณ์ครุภัณฑ์ของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดทันสมัยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับที่พรชัย มโนธรรมสถิต วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ และ พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย (2555)[7] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัญหาอุปสรรคในการบริหารงานของหน่วยกู้ชีพที่พบมากลำดับต้น คือ ปัญหาด้านความไม่พร้อมของอุปกรณ์ ได้แก่ ไม่มีรถที่ให้บริการ โดยเฉพาะหรือนำรถไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ อุปกรณ์กู้ชีพมีไม่เพียงพอหรือมีสภาพชำรุด ไม่พร้อมใช้งาน

นอกจากที่กล่าวมาแล้ว แนวทางการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นบทบาทที่สำคัญขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือซึ่งเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ประชาชน อบต. บ้านเรือควรมีการปรับปรุงการประชาสัมพันธ์การปฏิบัติงานของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น นำผลการช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละเดือนผ่านป้ายประชาสัมพันธ์ขนาดใหญ่หรือผ่านเว็บไซต์ของ อบต. บ้านเรือ และผู้บริหารควรมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีการควบคุมกำกับมีระบบระเบียบวินัยและมีการติดตามการทำงานของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับที่นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ รัญชนา สินธวาลัย และนภิสพร มีมงคล (2555)[3] ซึ่งได้วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลพบว่า การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดขึ้นโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติครบทั้ง 6 มิติ เกิดจากการสนับสนุนที่ดีขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีและความร่วมมือกันทำงานในลักษณะภาคีหุ้นส่วนระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี และสอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย มโนธรรมสถิต, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ และพีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย (2555)[7] ที่พบว่า การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่

ปฏิบัติงาน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ช่วยสร้างความเข้าใจแก่ผู้บริหารและบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ประชุมประจำเดือน ผู้ชุมชน ประชานในพื้นที่และองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้เห็นความสำคัญ เกิดความร่วมมือในการให้บริการ นอกจากนั้น การศึกษาของไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ (2556)[6] ที่ได้รวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่พบว่า อปท. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญกับการยกระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อปท. มาเป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและกลุ่มงานในแต่ละหน่วยงานอย่างมีพลังและยั่งยืน นอกจากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วยังมีการศึกษาของนุสรีนา บินสะแหละหมัน ประณีต ส่งวัฒนา และ วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย (2561)[5] ที่ค้นพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วยการให้ความสำคัญของผู้บริหารองค์กรการมีนโยบายด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีองค์ประกอบด้านการให้ความสำคัญของผู้บริหารการมีนโยบายด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นลายลักษณ์อักษรและการมีงบประมาณในการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะเพิ่มโอกาสในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาบุคลากร ทั้งบุคลากรที่ทำงานอยู่ในปัจจุบันให้มีขวัญกำลังใจในการทำงาน และการสรรหาบุคลากรเพิ่มโดยพิจารณาจากผู้ที่มีปฏิบัติงานด้านอาสาสมัครในชุมชน

2. อปท. ควรจัดทำข้อมูลสรุปสารสนเทศสรุปข้อมูลในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนเล็งเห็นถึงความสำคัญในการเรียกใช้บริการ

3. อปท. ควรเล็งเห็นถึงความสำคัญของการแพทย์ฉุกเฉิน และสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการทั้งด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

4. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการทำงาน ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น เพื่อใช้เป็นสารสนเทศในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทุกมิติ นอกจากนั้นควรทำการวิจัยเพื่อชี้ให้เห็นถึงความคุ้มค่าในเชิงสังคมจากการที่รัฐมีนโยบายกระจายอำนาจทางด้านสุขภาพลงสู่ชุมชน พร้อมทั้งการหาแนวทางสร้างความร่วมมือและเรียนรู้บูรณาการร่วมกันกับ อปท. ใกล้เคียงและหน่วยงานในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1 กัญญา วังศรี. (2556) การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. **วารสารแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2013**(28) (suppl): 69-73.

2 กรรณิกา ทิพย์ชัยมงคล และศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ. (2556). การศึกษาศักยภาพในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินองค์การบริหารส่วนตำบลไทรโสภา อำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **บทความวิจัยในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่** 4 การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 ณ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ หน้า 155 – 162.

3 ธิดารัตน์ สตุะภักดิ์. (2558). การประเมินบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี.**วารสารการบริหารท้องถิ่น, 8** (3): 10 -18.

4 นริสสา พัฒนปรีชาวงศ์ รัญชนา สินธวาลัย และนภิสพร มีมงคล. (2555). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล**. วารสารวิจัย มข. ;17** (6): 911-932.

5 นุสรีนา บินสะแหละหมัน ประณีต ส่งวัฒนา และวรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย. (2561). สถานการณ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องในจังหวัดชายแดนภาคใต้และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารมหาวิทยาลัยราชนครินทร์, 1**0(1), 40-50.

6ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. (2556). รายงานผลการศึกษาโครงการ รวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นที่ 2556. รายงานวิจัยเสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

7 พรชัย มโนธรรมสถิต วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์ และ พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารงานหน่วยกู้ชีพตำบลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30**(3): 138-145.

8 รักษ์นรินทร์ แก้วมีศรี และคณะ. (2560). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท.** รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

9 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2561). **คู่มืออาสาฉุกเฉินชุมชน 1669** [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงจาก https://www.niems.go.th/th/Upload/File/255806170927272659_ RjIY5vBXo478QPsb.pdf

_____. (2562). **พลังท้องถิ่นไทยกับการแพทย์ฉุกเฉิน เล่ม 2** [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงจาก https://www.niems.go.th/th/Upload/File /255809091514112537 _SbjdsY7H1O4IWAUc.pdf

_____. (2562). **แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564** [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงจาก http://www.niems.go.th/th/Upload/File/255909261401581292_L6LofgnBE2roP0cg.pdf

10 อรรณพ สุขไพบูลย์ ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และธาตรี เจริญชีวกุล. (2559). ความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. **การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 3.** วันที่ 17 มิถุนายน 2559 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.

โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น. (2558). **รายงานสถิติผู้ใช้บริการโรงพยาบาลภูเวียง**. (เอกสารอัดสำเนา)

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเรือ. 2558. **รายงานสรุปผลการดำเนินงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2555 – 2558**. (เอกสารอัดสำเนา)

อัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ: การศึกษาเชิงคุณภาพ

Self-concept of Mothers Whose Children were Sexually Abused by Fathers:

A qualitative study

สุพิชชา แม่แจ่[1] กุลวดี ทองไพบูลย์[2]

Supitcha Maejae[1] Kulvadee Thongpibul[2]

(Received: October 15,2018; Accepted: November 20, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ รวมถึงเพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนา และเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ จำนวน 6 ท่าน วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยเฉพาะกรณี ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นแม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย โดยลูกนั้นมีอายุไม่เกิน 18 ปีในขณะที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ และแม่ได้แยกทางกับสามีผู้ก่อเหตุ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า อัตมโนทัศน์ของแม่หลังเกิดเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ประกอบด้วยความคิดลบต่อตนเอง และมีความบกพร่องในหน้าที่ของแม่ ส่งผลให้ตนตามที่เป็นจริง (real self) กับตนตามอุดมคติ (ideal self) นั้นแตกต่างกัน ส่วนกระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเผชิญวิกฤตจากการที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อและได้รับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่น จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์โดยมีปัจจัยต่าง ๆ คือ การปรับตัวและการพัฒนาตนเอง การจัดการกับปัญหา ความต้องการเป็นแม่ที่ดี และการสนับสนุนจากสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตมโนทัศน์ไปในทิศทางบวก ส่งผลให้ผู้ข้อมูลหลักทุกท่านมองเห็นคุณค่าในตนเอง

คำสำคัญ: อัตมโนทัศน์, แม่, การล่วงละเมิดทางเพศ, ปัญหาสังคม, สุขภาพจิต

Abstract

This research aimed to study the self-concept of mothers whose children were sexually abused by fathers, including developmental and change process of six mothers whose children were sexually abused by fathers. This qualitative research used case study method. Key informants consisted of mothers, whose children were sexually abused by fathers, and lived in northern Thailand. The children were below 18 years old; when they were sexually abused, and mothers separated from their husband. This research employed in-depth interview and content analysis.

The results revealed that the self-concept of six mothers after the incidences consisted of negative thoughts about self and having deficits in mother's duties resulting in discrepancy between the real self and ideal self. With respect to the development and change in self-concept of the mothers whose children were sexually abused by fathers, the key informants' facing crises from the sexual abuse of their children by fathers and becoming aware of interactions with other people led to the change in self-concept. Factors

[1] นักศึกษาปริญญาโทจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2]ดร. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

effecting the change included self-adjustment and development, problem management, desire of being a good mother, and social support. These factors caused positive change in self-concept, leading to all key informants experiencing self-worth.

Keywords: self-concept, mother, sexual abused, social problem, mental health

บทนำ

การล่วงละเมิดทางเพศถือเป็นอาชญากรรมร้ายแรงอย่างหนึ่งที่ยังคงปรากฏในสังคมไทย อีกทั้งยังเป็นปัญหาที่พบมาอย่างยาวนานและต่อเนื่อง แม้จะมีการร่วมมือกันระหว่างภาคประชาชนและหน่วยงานรัฐเพื่อต่อต้านยุติความความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย แต่ก็ไม่ได้ทำให้ปัญหานั้นลดน้อยลงไป ในทางตรงข้ามกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยผู้ที่ตกเป็นเหยื่อสวนมากเป็นเด็กและผู้หญิงร้อยละ 90[1,2] เด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจำนวนมากเป็นเด็กหญิงที่มีอายุระหว่าง 3-16 ปี เป็นการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์และการสัมผัสร่างกาย[3] โดยผู้กระทำการล่วงละเมิดทางเพศมักเป็นคนใกล้ชิดและเป็นสมาชิกในครอบครัว การล่วงละเมิดทางเพศในเด็กกว่าครึ่งหนึ่งมีผู้กระทำผิดเป็นพ่อหรือพ่อเลี้ยงของเด็กเอง[4]

การล่วงละเมิดทางเพศส่งผลกระทบที่รุนแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ทั้งต่อเด็กและครอบครัว สำหรับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศนั้นจะมีผลกระทบทางร่างกาย คือ มีอาการฟกช้ำ บางรายมีเลือดออกบริเวณอวัยวะเพศเนื่องจากถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง ส่วนผลกระทบทางจิตใจนั้นพบว่าเด็กมีปัญหาด้านอารมณ์(fear) เช่น กลัวสถานที่เกิดเหตุและผู้ชายที่มีบุคลิกลักษณะคล้ายผู้กระทำ มีความรู้สึกวิตกกังวล (anxiety) เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self - esteem) บางรายมีอาการของความผิดปกติที่เกิดหลังความเครียดที่สะเทือนใจ (PTSD) เช่น ฝันร้าย (nightmare) และนึกถึงภาพการล่วงละเมิดทางเพศซ้ำ ๆ (flashback) บางรายมีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย (depression and suicide ideation) บางรายมีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เกเร ต่อต้านสังคมไม่ไว้ใจผู้อื่น พฤติกรรมถดถอย พัฒนาการทางเพศผิดปกติ ขาดสมาธิซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียน การสร้างสัมพันธภาพและการอยู่ในสังคม[1,3,4,5]

แม่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความความห่วงใย เสียสละ คอยดูแลและมอบความรักให้แก่ลูกอย่างไม่มีเงื่อนไข ผู้เป็นแม่จึงมักเป็นทุกข์จากการที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยมีปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น คือ รู้สึกตกใจ โกรธ ซึมเศร้า ตั้งสติไม่ได้ รู้สึกผิดที่ไม่สามารถปกป้องลูกได้ อีกทั้งยังไม่สามารถทำหน้าที่แม่ที่ดีได้ทำให้ครอบครัวแตกสลาย นอกจากนี้แม่ยังต้องทนต่อสายตาและเสียงวิพากษ์วิจารณ์จากคนรอบข้าง รวมถึงต้องปรับตัวต่อความเครียดจากภายนอกและภายใน ส่งผลให้แม่กล่าวโทษตนเอง มีมุมมองด้านลบต่อตนเองที่ไม่สามารถปกป้องลูกได้ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคมที่คาดหวังว่าแม่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับลูก[6,7,8,9,10,11]

การที่แม่รับรู้ทัศนคติจากคนรอบข้างที่มีต่อตนเองในกรณีที่เกิดการล่วงละเมิดทางเพศลูกจากสามีหรือสามีใหม่ของตน ส่งผลให้แม่เกิดการมองและรับรู้ตนเองขึ้น เรียกว่าอัตมโนทัศน์ โดยอัตมโนทัศน์จะเป็นส่วนที่กำหนดพฤติกรรมให้บุคคลแสดงออก บุคคลจะมีการประเมินตนเองแล้วเกิดเป็นอัตมโนทัศน์ขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ real self-concept เป็นอัตมโนทัศน์ที่บุคคลรับรู้ตนเองอย่างตรงไปตรงมาตามความเป็นจริง เช่น รับรู้ว่าตนเองเป็นคนดี เป็นคนเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ซึ่งเกิดจากการประเมินความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองและเกิดการประเมินการกระทำของตนเอง อีกลักษณะหนึ่งคือ ideal self –concept เป็นอัตมโนทัศน์ที่บุคคลปรารถนาอยากจะเป็น รวมไปถึงความรู้สึกที่อยากปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งเกิดจากความต้องการของตนเองและผู้อื่นอยากให้เป็น[12] กล่าวคือ ยิ่งตนตามที่เป็นจริงกับตนที่อยากจะเป็นมีความแตกต่างหรือขัดแย้งกันมากเท่าไร ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ บุคลิกภาพ และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แต่

ในทางตรงกันข้าม หากตนตามที่เป็นจริงกับตนที่อยากจะเป็นมีความใกล้เคียงมากเท่าไรก็จะทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ดีและเห็นคุณค่าในตัวเองสูง[13] ดังนั้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับแม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจึงส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของแม่เปลี่ยนแปลงไป โดยใน real self นั้นแม่รับรู้และประเมินตนเองว่าเป็นแม่ที่ไม่ดี ไม่สามารถดูแลปกป้องลูกได้ ส่วน ideal self นั้นตนเองอยากเป็นแม่ที่ดี อยากทำหน้าที่แม่ให้ดีไม่อยากให้เกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้น

มีงานวิจัยจำนวนมากให้ความสำคัญกับเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับสภาวะทางจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการบำบัดเยียวยาเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ[4,5,6,14] แต่กลับมีงานวิจัยเพียงน้อยชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับแม่ของเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมุ่งศึกษาถึงประสบการณ์ของแม่หลังจากที่ทราบว่าลูกของตนถูกล่วงละเมิดทางเพศจากบุคคลที่ใกล้ชิด โดยพบว่าแม่จะมีอาการตกใจ ไม่ยอมรับความจริง โกรธ ผิดหวัง ซึมเศร้า และรู้สึกถูกกล่าวโทษ[11] รวมไปถึงงานวิจัยอัตมโนทัศน์ของผู้หญิงและแม่ของ Baum, Rahav and Sharon[15] ที่มีกรณีศึกษาจำนวน 70 คน พบว่าผู้หญิงที่หย่าร้างกับสามีและได้สิทธิ์ในการเลี้ยงดูลูก (custodial mothers) ส่วนมากจะมีอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการหย่าร้าง นอกจากนี้ Gecas and Schwalbe[16] ได้เสนอว่า สิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาของอัตมโนทัศน์ของแม่ คือ การมีอิสระและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งความมีอิสระหมายถึงการเลือกวิถีชีวิตของตนเอง และความเชื่อในตนเอง (self-as-cause) โดยการเลือกเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองนั้นจะทำให้แม่รับรู้ศักยภาพของตนเองมากขึ้น แต่ยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้จะได้เพิ่มเติมในส่วนของการศึกษาอัตมโนทัศน์ซึ่งจะทำให้การศึกษาในกลุ่มของแม่มีความชัดเจนมากขึ้น

จากงานวิจัยข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์ของผู้หญิงหรือบุคคลผู้เป็นแม่ เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงพัฒนาต่อไปได้ การมีอิสระและการรับรู้ความสามารถของตนเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ ทำให้เห็นคุณค่าในตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเองได้ดีมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอัตมโนทัศน์ของแม่ซึ่งมีลูกที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ เพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนักให้แก่สังคม ชุมชนและองค์กร เพื่อนำข้อมูลการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมบำบัด เยียวยา รักษาและช่วยเหลือแม่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการที่ลูกของตนถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อในทิศทางที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ รวมถึงเพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการวิเคราะห์แบบวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี ตาม Cresswell[17] ซึ่งเป็นการศึกษาอย่างเฉพาะเจาะจงไปที่บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และเป็นแหล่งข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งในแง่ของเนื้อหา เวลา สถานที่ และบริบท อีกทั้ง การศึกษาเฉพาะกรณีเป็นวิจัยที่เน้นศึกษากรณีที่จำเพาะ เน้นในสิ่งที่กำลังศึกษา มีขอบเขตและมีการกำหนดชัดเจน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาในกลุ่มแม่ที่มีลูกที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คือ สามารถให้ข้อมูลในระดับลึกตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ได้แก่ แม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ โดยลูกนั้นมีอายุไม่เกิน 18 ปีในขณะที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 287/2559 มีผลวันที่ 10 มกราคม 2561 ถึง 9 มกราคม 2563 เพื่อใช้ในการการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมถึงการนำเอกสารยินยอมเข้าร่วมของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อเป็นหลักฐานในการพิทักษ์สิทธิ์ โดยเอกสารและข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดถูกจัดเก็บไว้เป็นความลับในที่ปลอดภัย โดยการวิจัยนี้จะใช้นามสมมุติของบุคคลและสถานที่ในการเขียนรายงานผลการวิจัย มีเพียงผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์และตีพิมพ์ในรูปแบบของงานวิจัยต่อไป

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้เชิญชวนโดยการติดประกาศโฆษณางานวิจัยไว้ที่มูลนิธิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อมีผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจเข้าร่วมติดต่อกลับมา ผู้วิจัยได้ขอนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลหลักทีละท่านเป็นจำนวน 6 ท่าน เพื่อพบปะ ทำความรู้จัก และอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัยอย่างละเอียด ทั้งนี้การสนทนาเป็นไปในรูปแบบที่เป็นมิตรและไม่เป็นทางการ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกสบายใจในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้ให้ข้อมูลหลักลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมโดยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถเลือกไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมงานวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่เกิดโทษหรือสูญเสียสิทธิประโยชน์ที่พึงได้ต่อผู้ให้ข้อมูลหลักและลูกของผู้ให้ข้อมูลหลักในการที่อยู่ในมูลนิธิฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำซ้ำหลาย ๆรอบ รวมถึงข้อมูลที่ไม่ใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลัก และให้รหัสข้อมูล (Coding) ข้อความที่มีความเกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัยและทำการจดบันทึกแยกไว้ จากนั้นนำข้อมูลที่ให้รหัสไว้รวมเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ โดยจัดข้อมูลที่มีความสอดคล้องกันตามประเด็น (themes) เข้าไว้ด้วยกัน แล้วเรียบเรียงออกมาในรูปแบบบรรยาย จากนั้นผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่จัดตามประเด็นหลักอีกครั้ง จากนั้น ทำการหาแบบแผน (pattems) โดยเลือกประเด็นหรือหัวข้อที่มีความสอดคล้องกัน หรือแตกต่างกัน จากนั้นเรียบเรียงข้อมูลเพื่อเขียนผลการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยฟังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ซ้ำ ๆ จากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยตรวจสอบให้ทั้งสองส่วนถูกต้องตรงกันและข้อมูลที่จะใช้สำหรับการวิเคราะห์มีความครบถ้วนมากที่สุด โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทำการตรวจสอบข้อมูล รวมถึงดูความเหมาะสมในการจัดระเบียบข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง โดยจัดส่งข้อมูลหรือติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทำการตรวจสอบข้อมูลทุกขั้นตอนของงานวิจัยอย่างละเอียด ตั้งแต่การตีความ การวิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่ได้อย่างเป็นระบบและสามารถตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน โดยมีไฟล์เสียง เอกสารที่ใช้ในการบันทึกให้รหัสข้อมูล เอกสารการจับประเด็น ที่สามารถตรวจสอบได้ รวมถึงการอ้างอิงประโยคที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้สัมภาษณ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ราย พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นคุณแม่ที่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 28-44 ปีขณะที่เกิดเหตุการณ์ โดยแม่ทั้ง 6 รายนี้ไม่เคยได้รับการศึกษา ซึ่งมีคุณแม่ 2 รายที่ลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยพ่อแท้ ๆ และอีก 4 รายที่ลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศโดยพ่อเลี้ยง หลังจากเกิดเหตุการณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ราย ได้หย่าขาดจากสามี และปัจจุบันส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด โดยมีแค่ 1 รายที่มีสถานภาพสมรส (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ชื่อของผู้ให้ข้อมูลหลัก (นามสมมติ)	อายุปัจจุบันของผู้ให้ข้อมูลหลัก	อายุของผู้ให้ข้อมูลหลักขณะเกิดเหตุการณ์	ระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลหลัก	บุคคลที่ล่วงละเมิดทางเพศ (พ่อแท้/ พ่อเลี้ยง)	สถานภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักกับสามีหลังเกิดเหตุการณ์	สถานภาพปัจจุบันของผู้ให้ข้อมูลหลัก
แม่ ด.	37	35	ไม่มี	พ่อเลี้ยง	หย่า	โสด
แม่ ท.	48	44	ไม่มี	พ่อแท้	หย่า	โสด
แม่ น.	42	38	ไม่มี	พ่อแท้	หย่า	โสด
แม่ ล.	45	34	ไม่มี	พ่อเลี้ยง	หย่า	สมรส
แม่ ค.	30	28	ไม่มี	พ่อเลี้ยง	หย่า	โสด
แม่ บ.	38	35	ไม่มี	พ่อเลี้ยง	หย่า	โสด

ตาราง 2 อัตมโนทัศน์ของแม่*หลัง*เกิดเหตุการณ์

ข้อ	องค์ประกอบอัตมโนทัศน์	นามสมมติ					
		แม่ ด.	แม่ ท.	แม่ น.	แม่ ล.	แม่ ค.	แม่ บ.
1	ความคิดลบต่อตนเอง	/	/	/	/	/	/
2	มีความบกพร่องในหน้าที่ของแม่	/	/	/	/	/	/

ผลจากการวิจัยพบว่า อัตมโนทัศน์ของแม่หลังเกิดเหตุการณ์ มีดังนี้

ความคิดลบต่อตนเอง

หลังเกิดเหตุการณ์สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละท่านมีความคิดต่อตนเองนั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มีความคิดลบต่อตนเอง โทษตนเองว่าเป็นความผิดของตนเองที่เกิดเหตุการณ์แบบนี้ เป็นแม่ที่ไม่ดีที่ไม่สามารถปกป้องลูกได้ ดูแลลูกไม่ดี ทำงานมากไป รวมถึงได้สามีที่ไม่ดี ทำให้แม่รู้สึกโกรธตนเอง ส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของแม่นั้นเป็นไปในทิศทางลบ

มีความบกพร่องในหน้าที่ของแม่

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน พบว่าอัตมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 6 ท่าน เป็นไปในทิศทางลบ เพราะผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่านมีความคิดต่อเองว่าตนมีความบกพร่องในหน้าที่ของแม่ เช่น การดูแลลูก โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 ท่าน กล่าวอย่างชัดเจนว่า ที่ผ่านมาตนไม่มีโอกาสได้ดูแลลูกตั้งแต่เด็ก หน้าที่ของตน คือ ทำงานส่งเงินให้ลูกเท่านั้น ไม่ได้ทำหน้าที่เหมือนแม่คนอื่น ๆที่เขาดูแลสั่งสอนลูกของตนเอง จึงทำให้ตนเองรู้สึกบกพร่องในหน้าที่ของแม่ ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 5 ท่านที่เหลือนั้นรู้สึกว่าตนเองบกพร่องในหน้าที่ของแม่เช่นกัน โดยกล่าวว่า ที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับการทำงานนอกบ้าน ห่วงเรื่องค่าใช้จ่าย

ของลูก แต่ไม่ได้ตระหนักถึงภัยที่จะเกิดกับลูกของตนเอง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านนั้นอยากดูแลลูกให้ดีมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ที่พบในผู้ให้ข้อมูลหลัก

ข้อ	ปัจจัย	นามสมมติ					
		แม่ ด.	แม่ ท.	แม่ น.	แม่ ล.	แม่ ค.	แม่ บ.
1	การปรับตัวและการพัฒนาตนเอง	/	/	/	/	/	/
2	มีการจัดการกับปัญหา	/	/	/	/	/	/
3	ความต้องการเป็นแม่ที่ดี	/	/	/	/	/	/
4	การสนับสนุนจากสังคม	/	/	/	/	/	/

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ที่พบในผู้ให้ข้อมูลหลักมีดังต่อไปนี้

การปรับตัวและการพัฒนาตนเอง

เมื่อพิจารณาจากบทสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน สามารถปรับตัวและพัฒนาตนเองหลังเกิดเหตุการณ์ในเรื่องต่าง ๆ เช่น สามารถปรับตัวในการอยู่คนเดียวจากที่เมื่อก่อนกลัวกับการที่ต้องอยู่คนเดียว อาชีพจากที่เคยมีอาชีพเดียวหลังเกิดเหตุการณ์ได้ไปเรียนเพิ่มเติมทำให้มีอาชีพเพิ่มขึ้น ปรับตัวในเรื่องการคิดที่ต้องรู้จักปล่อยวางจากที่เมื่อก่อนสนใจคำพูดคนอื่นมากเกินไปจนไม่เป็นตัวของตนเอง พัฒนาเรื่องการเข้าสังคมใหม่จากที่สื่อสารภาษาไทยไม่เป็นไม่กล้าเข้าสังคมพัฒนาตนเองเป็นฝึกพูดภาษาไทยและปรับตัวในสังคมใหม่ ปรับตัวเรื่องการดูแลลูก ใส่ใจดูแลลูกมากกว่าเดิมที่ผ่านมา และเรียนรู้ที่จะขับรถจักรยานยนต์จากที่ขับไม่เป็น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทำในสิ่งที่เคยทำและรู้สึกประสบความสำเร็จจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ไปในทิศทางบวก

มีการจัดการกับปัญหา

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มีการจัดการกับปัญหาตามวิธีการและประสบการณ์ของแต่ละท่าน โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 ท่าน มอบหมายให้น้องสาวจัดการทั้งหมดเพราะตนยังไม่พร้อม โดยการไปแจ้งความดำเนินคดีสามีหลังเกิดเหตุการณ์ และส่งลูกให้ไปอยู่ที่มูลนิธิฯ ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักอีก 4 ท่าน จัดการกับปัญหาโดยมีทีมสหวิชาชีพช่วย เช่น หมอ พยาบาล ครู และมีผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ร่วมด้วย ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักอีก 1 ท่าน ไม่ได้มีการดำเนินการแจ้งความใด ๆแต่จัดการเรื่องเอาลูกไปไว้ในที่ปลอดภัยโดยทำงานร่วมกับผู้ใหญ่บ้านและเจ้าหน้าที่เอกชน

ความต้องการเป็นแม่ที่ดี

หลังจากเกิดเหตุการณ์แม้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 6 ท่าน รู้สึกโทษตัวเอง ที่ดูแลลูกไม่ดีปกป้องลูกไม่ได้ และเป็นแม่ที่แย่ แต่ถึงอย่างนั้นในความเป็นแม่ ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านมีความต้องการเป็นแม่ที่ดี จึงอยากปรับปรุงตนเองให้เป็นแม่ที่ดีกว่าที่ผ่านมา เช่น อยากดูแลลูกให้ดีขึ้นกว่าเดิม มีความมุ่งมั่นที่จะให้ความสนใจลูกมากกว่าการทำงาน และมีความหวังว่าอยากให้ลูกมีอนาคตที่ดี อยากมีบ้านที่ปลอดภัยให้ลูกได้อยู่เป็นหลักแหล่ง และมีความคิดแน่วแน่ว่าชีวิตที่เหลือจะอยู่เพื่อลูก รวมไปถึงแม่มีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น เพราะแม่ต้องสู้และเข้มแข็งเพื่อให้ลูกมีที่ยึดทางจิตใจ

ลูกคือคนที่ทำให้แม่นั้นเข้มแข็งมากขึ้น เพราะลูกคนที่สำคัญมากที่สุดในชีวิตของแม่ แม้ว่าต้องลำบากมากแค่ไหน แม่ยินดีทำเพื่อลูก เพราะลูกมีแค่แม่คนเดียวที่พึ่งได้ ถ้าไม่มีแม่ก็ไม่มีใครดูแลลูก ลูกจึงเป็นแรงบันดาลใจที่ทำให้แม่มีชีวิตอยู่ สิ่งเหล่านี้ทำให้อัตมโนทัศน์ของแม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นในเรื่องความต้องการเป็นแม่ที่ดี

การสนับสนุนจากสังคม

การสนับสนุนจากสังคมเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่พบในผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ทำให้อัตมโนทัศน์นั้นเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก โดยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากน้องสาว พี่สาว หลาน คนในสังคม และครอบครัว ในด้านจิตใจ การได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจ คำชื่นชม คอยปรึกษา และอยู่เคียงข้างหลังเกิดปัญหา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากมาได้

อัตมโนทัศน์ปัจจุบัน

การเห็นคุณค่าในตนเองถือเป็นสิ่งที่สำคัญมากในอัตมโนทัศน์ คือ ถ้าบุคคลเห็นคุณค่าในตนเองสูง บุคคลจะมีความคิดที่ดีต่อตนเอง ซาบซึ้งในความสำเร็จของตนเองและมีความสุข แต่ถ้าบุคคลเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้รู้สึกด้อยค่า[18]

การเห็นคุณค่าในตนเอง จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มองเห็นคุณค่าในตนเองหลังเกิดเหตุการณ์โดยแต่ละท่านได้หย่าขาดกับสามี ทำให้มีอิสระมากขึ้นในทางความคิดและการใช้ชีวิต ได้ปลอดปล่อยตนเอง ได้เห็นและค้นพบความสามารถของตนเองว่าสามารถทำและประสบความสำเร็จอย่างคนอื่น ๆ ภูมิใจที่สามารถทำงานหารายได้อยู่ได้ด้วยตนเองแม้ไม่มีสามี ก็สามารถเลี้ยงลูก ดูแลตัวเองได้ โดยไม่ต้องรอพึ่งคนอื่น ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น เกิดความความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น อยากดูแลลูกให้ดีกว่าที่ผ่านมา และต้องการเป็นแม่ที่ดีของลูก

กระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่

การรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่น

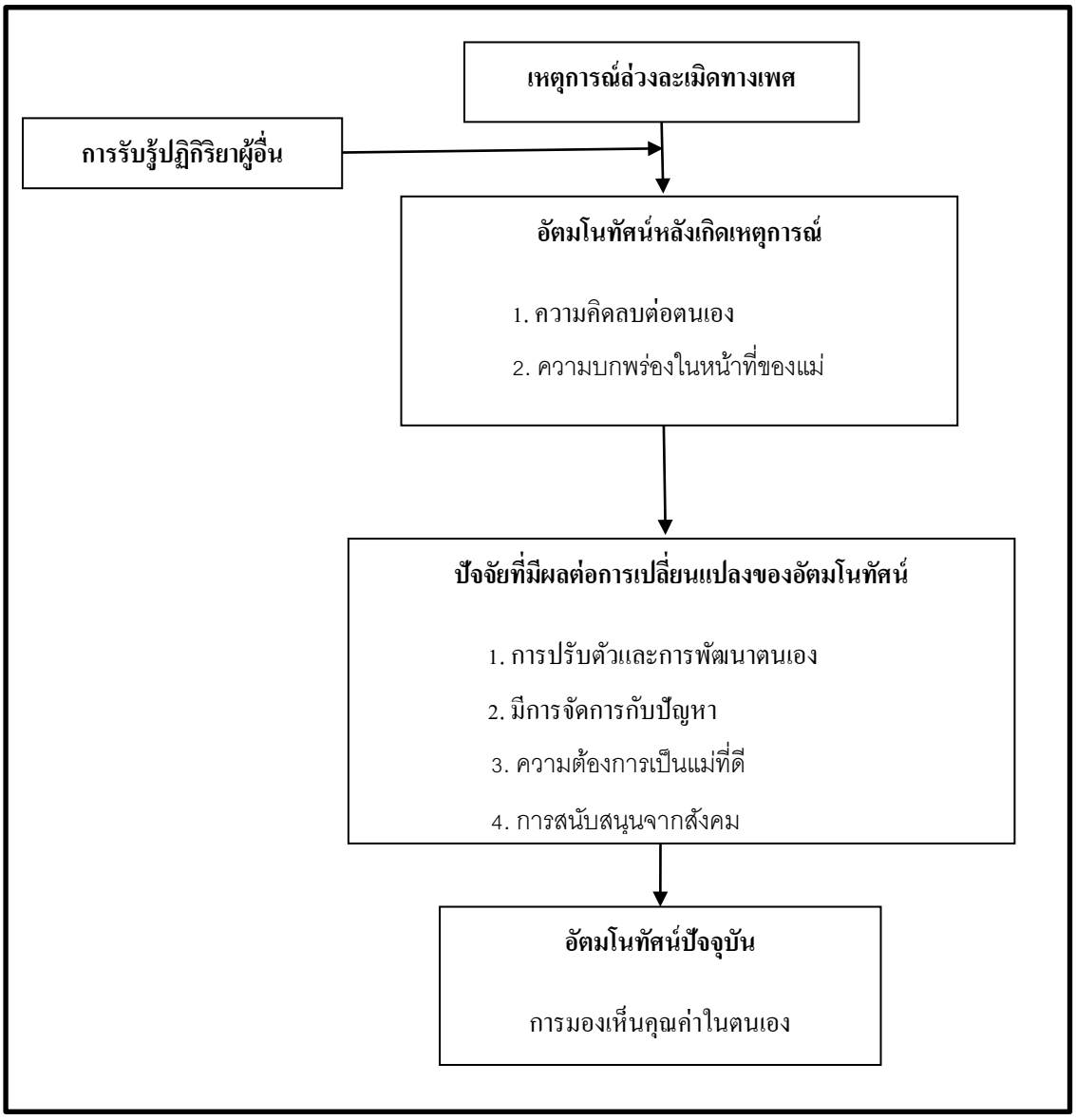
เป็นการที่บุคคลรับรู้ปฏิกิริยาและทัศนคติที่บุคคลได้รับจากผู้อื่นจากการมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์จากการประเมินของบุคคลอื่น ถ้าได้รับการประเมินในทางที่ดี อัตมโนทัศน์จะเปลี่ยนไปในทางที่ดี ในทางตรงข้าม อัตมโนทัศน์ของบุคคลจะด้อยลง ถ้าได้รับการประเมินที่ไม่ดี ฉะนั้นการเป็นที่ยอมรับและไม่ยอมรับของญาติพี่น้อง เพื่อน ๆ คนในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์[19] หลังเกิดเหตุการณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน รับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นในทิศทางลบ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ประเมินตนเองไปในทิศทางลบ

กระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่

จากข้อมูลข้างต้น สรุปได้ว่า กระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยการเกิดเหตุการณ์วิกฤต คือ ลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทำให้รับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการประเมินตนเอง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มีทัศนคติในทางลบต่อตนเอง เช่น โทษตัวเองว่าเป็นแม่ที่ไม่ดี ดูแลลูกไม่ดี ปกป้องลูกไม่ได้ และคิดว่าตนเองมีความบกพร่องในหน้าที่ความเป็นแม่ ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ คือ มีการปรับตัวและการพัฒนาตนเองขึ้น โดยมีลูกเป็นแรงผลักดัน เช่น ขับรถจักรยานยนต์เองได้ เรียนรู้อาชีพใหม่เพื่อให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่คนเดียวได้เอง เรียนรู้ภาษาไทยและการออกจากสังคมเดิม ๆ เพื่อเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานใหม่ ฝึกการเข้าสังคม มีการจัดการกับปัญหา โดยผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่าน มีวิธีการจัดการปัญหาตามวิธีและประสบการณ์ของตนเอง เช่น มอบหมายให้น้องสาวช่วยในการจัดการเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักไม่พร้อม

หรือขอความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ต้องการเป็นแม่ที่ดีมากขึ้น อยากดูแลลูกให้ดีกว่าที่ผ่านมา ทำให้จิตใจของแม่เข้มแข็งมากขึ้น เพราะลูกคือคนที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต รวมไปถึงการสนับสนุนจากทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละท่านผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากมาได้ ส่งผลให้ อัตมโนทัศน์ปัจจุบันของแม่นั้นพัฒนาไปในทิศทางบวก โดยพบว่าผู้ให้มูลหลักทั้ง 6 ท่าน มองเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ภูมิใจและรู้สึกชื่นชมในตนเองที่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง ทำงานหารายได้ด้วยความสามารถของตนเองเหมือนผู้อื่น แม้ไม่มีสามีก็สามารถเลี้ยงลูก ดูแลตัวเองได้ โดยไม่ต้องรอพึ่งคนอื่น ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่าน



อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง อัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้

ระเบียบวิธีวิจัยแบบศึกษาเฉพาะกรณี โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 6 ท่าน ซึ่งมีคุณลักษณะตรงตามที่ระบุไว้ในวิธีดำเนินการวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงลึกที่มาจากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ และเพื่อศึกษากระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ โดยได้ทำการศึกษาในแม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ ที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย โดยผลที่ได้จากการศึกษาสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มีกระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ โดยพบว่า กระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยการเกิดเหตุการณ์วิกฤต คือ ลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากสามีของตน ทำให้มีการประเมินตนเอง โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มีทัศนคติในทางลบต่อตนเอง เช่น โทษตัวเองว่าเป็นแม่ที่ไม่ดี ดูแลลูกไม่ดี ปกป้องลูกไม่ได้ และผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมด 6 ท่านมีความคิดว่าตนเองมีความบกพร่องในหน้าที่ความเป็นแม่

จากการรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง โดยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน รับรู้ปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น เช่น มีคนมาตำหนิ ต่อว่า นินทา ว่าเป็นแม่ที่ไม่ดี ให้ความสนใจกับการทำงานมากกว่าลูก มีคนรังเกียจ ต่อต้าน และไม่ให้เข้าหมู่บ้าน ซึ่งส่งผลให้อัตมโนทัศน์เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางลบ สอดคล้องกับ Videbeck[19] ที่ว่า การที่บุคคลรับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่นจากการมีปฏิสัมพันธ์และทัศนคติที่รับเอาจากผู้อื่น ส่งผลให้ มีการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ ถ้าได้รับการประเมินในทางที่ดี จะส่งผลให้อัตมโนทัศน์ในทางที่ดี ในทางตรงกันข้ามอัตมโนทัศน์ของบุคคลจะด้อยลงถ้าได้รับการประเมินที่ไม่ดี

ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านมีการปรับตัวและการพัฒนาตนเองขึ้นหลังเกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต โดยมีลูกเป็นแรงผลักดัน เช่น ขับรถจักรยานยนต์เองได้ เรียนรู้อาชีพใหม่เพื่อให้มีรายได้เพิ่มมากขึ้น สามารถอยู่คนเดียวได้เอง เรียนรู้ภาษาไทยและการออกจากสังคมเดิม ๆ เพื่อเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานใหม่ ฝึกการเข้าสังคม และพึ่งพาพระพุทธศาสนามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านมีการปรับตัวและพัฒนาตนเองไปในทิศทางบวก ทำให้อัตมโนทัศน์เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ Jarden[20] ได้อธิบายถึงมิติต่าง ๆ ของการเติบโตภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญดังนี้ 1) การประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญถือเป็นการท้าทายความสามารถของมนุษย์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเอง และเปรียบเสมือนภูมิต้านทานเพื่อให้มนุษย์ได้เตรียมตัวรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝันที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต 2) เหตุการณ์สะเทือนขวัญจะช่วยให้บุคคลมีการสร้างสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นและมั่นคงกับคนรอบข้างมากขึ้น 3) เหตุการณ์สะเทือนขวัญจะช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆในชีวิตมากขึ้น

รวมไปถึงมีการจัดการกับปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับ Calhoun & Tedeschi[21] ได้นิยามความหมายของคำว่า “การเติบโตภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic growth)” ว่าหมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาเชิงบวกอันเป็นผลมาจากการต่อสู้ดิ้นรนของบุคคลกับเหตุการณ์ที่มีความท้าทายสูงสุดในชีวิต หรือเป็นการเติบโตจากความขัดแย้ง การมีมุมมองในเชิงบวก หรือมีความแข็งแกร่งและความสามารถในการฟื้นคืนสู่สภาพเดิม ซึ่งปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมและนำไปสู่การเติบโตหลังจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น ได้แก่ วิธีการจัดการกับปัญหา และระดับความรวดเร็วของการฟื้นฟูที่แตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (relating to others) ถึงแม้ว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นในชีวิต อาจส่งผลกระทบกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระยะแรก แต่เมื่อบุคคลเริ่มมีการรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าวได้แล้ว บุคคลจะ

สามารถตระหนักถึงความสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลอื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการเห็นอกเห็นใจ และพบได้บ่อยว่า บุคคลมีความสัมพันธ์กับครอบครัวอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ทำผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน มีวิธีการจัดการปัญหาตามวิธีและประสบการณ์ของตนเอง เช่น มอบหมายให้น้องสาวช่วยในการจัดการเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลักไม่พร้อม และขอความช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งส่งผลให้การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์เป็นไปในทิศทางบวก

นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ต้องการเป็นแม่ที่ดีมากขึ้น อยากดูแลลูกให้ดีกว่าที่ผ่านมา ทำให้จิตใจของแม่เข้มแข็งมากขึ้น เพราะลูกคือคนที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต ส่งผลให้อัตมโนทัศน์ปัจจุบันของแม่นั้นพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก โดยพบว่าแต่ละท่านเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ภูมิใจและรู้สึกชื่นชมในตนเอง ที่สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง ทำงานหารายได้ด้วยความสามารถของตนเองเหมือนผู้อื่น แม้ไม่มีสามีก็สามารถเลี้ยงลูก ดูแลตัวเองได้ โดยไม่ต้องรอพึ่งคนอื่น ซึ่งสอดคล้องกับ Calhoun & Tedeschi[22] ที่กล่าวว่า การเติบโตภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ต่อตนเอง (changed perception of self) ประกอบด้วย ความเข้มแข็งในตนเอง และความเป็นไปได้ใหม่ ๆ ในชีวิต ซึ่งหมายถึง การค้นพบความเข้มแข็งในตัวเองจากเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต และได้ค้นพบความเป็นไปได้ใหม่ ๆ เช่น กิจกรรม ความสนใจ ไปจนถึงแนวทางการใช้ชีวิต เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่อง

การมองเห็นคุณค่าในตนเองเป็นอัตมโนทัศน์ปัจจุบันที่ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่านมี โดยพบว่าหลังเกิดเหตุการณ์ทั้ง 6 ท่านได้หย่าขาดกับสามี ทำให้มีอิสระมากขึ้นทางความคิด ได้เห็นและค้นพบความสามารถของตนเอง ทำให้เห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น อยากดูแลลูกให้ดีกว่าที่ผ่านมา และต้องการเป็นแม่ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัตมโนทัศน์ของผู้หญิงและแม่ของ Baum[15] พบว่า ผู้หญิงที่หย่าร้างกับสามีในจำนวน 70 คน และได้สิทธิ์ในการเลี้ยงดูลูก (custodial mothers) ส่วนมากมีอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการหย่าร้าง โดยพบว่ามีอิสระมากขึ้น สามารถควบคุมดูแลชีวิตตนเองมากขึ้นและมีความรับผิดชอบต่อตนเองได้ดีขึ้น พวกเขารู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น มีอำนาจมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามพบว่ามีผู้หญิง 1ใน 4 ที่อัตมโนทัศน์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่อยากให้เป็น รวมไปถึงงานวิจัยของ Gecas และ Schwalbe[16] เช่นเดียวกันที่ได้เสนอว่า สิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาของอัตมโนทัศน์ของแม่ คือ การมีอิสระและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งความมีอิสระหมายถึงการเลือกวิถีชีวิตของตนเอง และความเชื่อในตนเอง (self-as-cause) โดยสื่อต่าง ๆส่วนใหญ่อยากให้มีความเชื่อมั่นในแม่ทุกคน ว่าการมีอิสระและประสิทธิภาพในการเลือกดูแลลูกของตนเอง ซึ่งลูกคือผลที่พวกเขาเลือกทางเดินนั้น จากการมีอิสระและรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งให้อัตมโนทัศน์ของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละท่านพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวก

สรุปและข้อเสนอแนะ

อัตมโนทัศน์ของแม่หลังเกิดเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 ท่าน ประกอบด้วยความคิดลบต่อตนเอง และมีความบกพร่องในหน้าที่ของแม่ ส่งผลให้ตนตามที่เป็นจริง (real self) กับตนตามอุดมคติ (ideal self) นั้นแตกต่างกัน ส่วนกระบวนการในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของแม่ที่มีต่อลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเผชิญวิกฤตจากการที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อและได้รับรู้ปฏิกิริยาของผู้อื่น จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์โดยมีปัจจัยต่าง ๆ คือ การปรับตัวและการพัฒนาตนเอง การจัดการกับปัญหาความต้องการเป็นแม่ที่ดี และการสนับสนุนจากสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในอัตมโนทัศน์ไปในทิศทางบวก ส่งผลให้ผู้ข้อมูลหลักทุกท่านมองเห็นคุณค่าในตนเอง ดังนั้นควรมีการสนับสนุนช่วยเหลือ บำบัด เยียวยา รักษา และหาแนวทางพัฒนาโปรแกรม รวมไปถึงการให้การปรึกษาแก่แม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อ โดยควรจัดให้มีปัจจัยต่าง ๆ คือ การปรับตัวและการพัฒนาตนเอง การจัดการ

กับปัญหา ความต้องการเป็นแม่ที่ดี และการสนับสนุนจากสังคม เพื่อให้แม่ที่มีลูกถูกล่วงละเมิดทางเพศจากผู้เป็นพ่อนั้นมีอัตมโนทัศน์ที่เป็นไปในทิศทางบวก มองเห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เจ้าหน้าที่มูลนิธิศูนย์ชีวิตใหม่ และผู้ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำในด้านต่างๆ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลหลักทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าแบ่งปันประสบการณ์และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา อาชวนิจกุล. ถึงเวลาต้องเข้าใจและแก้ไขความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา, 2552.
2. จักษ์ พันธ์ชูเพชร. ข่มขืนคนในครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: บริษัท มายด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2548.
3. ราชันย์ ชินายศ. ปัญหาเด็กและสตรีถูกล่วงละเมิดทางเพศจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดในจังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546.
4. สุวพักตร์ เวศม์วิบูลย์. สภาวะทางจิตสังคมของเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศในศูนย์พิทักษ์เด็กและมูลนิธิคุ้มครองเด็ก [วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
5. วรลักษณ์ วรพักตร์สิริกุล. วิถีของเด็กที่ทารุณกรรมทางเพศ ศึกษาเฉพาะกรณีมูลนิธิพิทักษ์สิทธิเด็ก [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
6. ศุภกาญจน์ ภักดี. การสะท้อนตัวตนของเด็กหญิงที่ถูกทารุณกรรมทางเพศ: กรณีศึกษา [การค้นคว้าอิสระปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.
7. สุคนธรัตน์ สร้อยทองดี. การนำเสนออุดมการณ์ความเป็นแม่ในวาทกรรมโฆษณาในนิตยสารสำหรับครอบครัว. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
8. ปัญจภรณ์ ยะเกษม และพัชราภัณฑ์ ไชยสังข์. ประสบการณ์การแม่ของวัยรุ่น. นครนายก: วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา, 2555.
9. พัชรี จุลหิรัญ และสุเพ็ญศรี พึ่งโคกสูง. ข่มขืน เสียงเงียบที่ต้องเปิดเผย. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ, 2549.
10. Kenned M. Mother's support is vital for sexually abused children – study [Internet]. GMA News Online [updated 2015 Mar 26, cited 2017 May 14]. Available from http://www.gmanetwork.com/news/story/459538/lifestyle/healthand wellness/mother-s-support-is-vital-for-sexually-abused-children-study
11. Pretorius G, Chauke AP, Morgan B. The lived experiences of mothers whose children were sexually abused by their intimate male partners. Journal of Phenomenology. 2011;11:1-14.
12. วิภาวี เกียรติอัชฌาสัย. เปรียบเทียบผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวทฤษฎีของโรเจอร์สและกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
13. นเรศ ขนมหัด. การไม่ยึดติดในโลกของการยึดติด: การแนะแนวชีวิตตามแนว ว. วชิรเมธี [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
14. นิดารัตน์ ชูวิเชียร์. ผลของศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
15. Baum N, Rahav G, Sharon D. Changes in the self-concepts of divorced woman. Journal of Divorce & Remarriage. 2005;43:47-67.

16. Collett JL. What kind of mother am I? Impression management and the social construction of motherhood. Symbolic Interaction. 2005;28:327-347.
17. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์พลับลิชชิ่ง จำกัด, 2549.
18. Baumeister RF. Self-concept, self-esteem, and Identity [Internet]. [cited 2016 April 22]. Available from https://researchsrttu.wikispaces.com/file/view/self+concept+%2B+self+esteem+and+identity.pdf
19. สมฤทัย จันทร์สุข. อัตมโนทัศน์ของผู้ติดสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
20. Jarden A. Post-traumatic growth: An introduction and review. Journal NZCCP, 2009.
21. Calhoun LG, Tedeschi RG. Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.
22. Calhoun LG, Tedeschi RG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. Journal of Traumatic Stress. 1996;9:455-471.

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เขตสุขภาพที่ 8

COMPARISION OF INFECTION CONTROL AND PREVENTION PROFICIENCY OUTCOME IN THE BEST HEALTH PROMOTING HOSPITAL, REGIONAL HEALTH 8

เซี่ยมหงส์ พรหมประกาย[1], วรินท์มาศ เกษทองมา[2*], วุธิพงศ์ ภักดีกุล[2]

Siamhong Prompakai[1], Warinmad Kedthongma[2*], Wuttiphong Phakdeekul[2]

(Received: August 16,2018; Accepted: September 11 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และผลที่เกิดจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หรือผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 376 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย1)สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2)สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบที และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี (S.D 8.6) ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 91.1อายุราชการเฉลี่ย 18.6 ปี (S.D 9.5) มีประสบการณ์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเฉลี่ย 7.7 ปี (S.D 6.7) ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว พบว่า ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยของผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกัน ($P < 0.05$) สำหรับเครือข่ายบริการ และกระบวนการเยี่ยมสำรวจที่แตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกัน ($P<0.01$)

นอกจากนี้ ผลที่เกิดจากการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ รพ.สต. พบว่า ปัจจัยด้านขนาดของจังหวัด ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เครือข่ายการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และกระบวนการประเมินที่ต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยของผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกัน ($P<0.01$) ส่วนอายุการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ด้านงานที่ต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยของผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกัน ($P<0.05$)

คำสำคัญ:การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว,เครือข่ายบริการ,กระบวนการเยี่ยมสำรวจ

Abstract

The Cross-sectional Survey Research was aimed to compare differences of infection control and prevention proficiency operation, and infection control and prevention proficiency outcome at Health Promoting Hospital in Regional Heath 8. The 376 samples were infection control and prevention nurses or who worked for infection control and prevention proficiency in Health Promoting Hospital , Primary Care Hospital and General Hospital. Data were collected by questionnaires with reliability 0.98 during March to May 2019. All data were analyzed by 1) Descriptive statistics: Frequency, Percentage,

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

* Corresponding author: Warinmad Kedthongma E-mail: warinmad.k@ku.th

Minimum, Maximum, Mean, Standard Deviation 2) Inferential statistics: Independent Sample t-test, One-way Analysis of Variance.

The results revealed that the samples were an average age of 41.8 years (S.D 8.6), majority of them were professional nurses 91.1 % , an average working age of 18.6 years (S.D 9.5), an average infection control and prevention proficiency experience of 7.7 years (S.D 6.7). The comparision of infection control and prevention proficiency in Health Promoting Hospital showed that khowledge of infection control and prevention was difference, it would has an average of infection control and prevention proficiency outcome difference ($P < 0.05$). In addition, health network and exploration process were difference, they would have average of infection control and prevention proficiency outcome difference ($P < 0.01$). Furthermore, infection control and prevention proficiency outcome showed that factor of province size, factor of infection control and prevention knowledge, factor of infection control and prevention network and factor of evaluate process which were difference, they would have average score of infection control and prevention proficiency outcome difference, too ($P<0.01$). But, working age and job experience which were difference, they would have average score of infection control and prevention proficiency outcome difference, too. ($P < 0.05$).

Keywords: Infection control and prevention, The best Health Promoting Hospital , Health network, Exploration process

บทนำ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อถูกนำมาใช้ในระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นหน่วยบริการที่เล็กและใกล้ชิดกับประชนชนใน ชุมชนมากที่สุด ให้สามารถดำเนินงานเฝ้าระวังโรคได้ดี มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยในการดำเนินงานตามแนวคิดของการเฝ้าระวังการติดเชื้อ คือความรู้ของเจ้าหน้าที่ ศักยภาพของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การทำงานเครือข่ายและในรูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่เป็นองค์รวม (Holistic) ผสมผสาน (Integrated) เกี่ยวข้อง[1,2] และต้องมีความต่อเนื่อง (Continuing) เชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาล การดูแลที่บ้านเป็นสิ่ง จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการ เชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน จะต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่องจาก สถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์การมี ส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้อง[3,4]

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการระบบทั้งองค์กร เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. พัฒนาศักยภาพการบริการ ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ พัฒนาเครือข่ายส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง ซึ่งระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถูกบรรจุใน หมวด Service Excellence ซึ่งในเกณฑ์เป็นมาตรฐานระดับพื้นฐานในระบบงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งครอบคลุม ทั้งในส่วนของ ผู้รับบริการ บุคลากร และสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้อง[5,6,7] ซึ่งในการดำเนินงานประเมิน รพ.สต.ติดดาวขอเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 7 จังหวัด ตั้งแต่ ปี 2558 – ปัจจุบัน นั้น เป็นมาตรฐานที่ต้องพัฒนาในระยะยาว การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงแนวทางการพัฒนารพ.สต.และหน่วยบริการอื่น ๆ รวมถึงเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญในการพัฒนาด้านสาธารณสุข ต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2.เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลที่เกิดจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) เกี่ยวกับความ

แตกต่างของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ หรือผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป แห่งละ 1 คน จำนวน 376 คน ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กุล่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ/ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 8 คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากรเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร[8,9,10] คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

โดย n คือ จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 8

$Z_{\alpha/2}$ =ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น95 %($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025}=1.96$)

e =ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ยอมให้เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร เท่ากับ 0.05

P คือค่าสัดส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เท่ากับ 0.81[2] ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง n = 496 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 1 คำนวณหาจำนวนตัวอย่างประชากรในแต่ละกลุ่ม โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แบ่งระดับพื้นที่จังหวัดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ เล็ก กลาง ใหญ่

ขั้นที่ 2 ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)[8,9,10] โดยการจับฉลากวิธีการ คือ นำรายชื่อจังหวัดตัวแทนจังหวัดใหญ่ คือ จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดสกลนคร จังหวัดขนาดกลางคือจังหวัดนครพนม จังหวัดเลย จังหวัดหนองคาย ตัวแทนจังหวัดขนาดเล็กคือจังหวัด บึงกาฬ และหนองบัวลำภู ผลการจับฉลาก ได้ จังหวัดสกลนคร เป็นตัวแทนจังหวัดขนาดใหญ่ จังหวัด นครพนม เป็นตัวแทนจังหวัดขนาดกลาง จังหวัดบึงกาฬเป็นตัวแทนจังหวัดที่มีขนาดเล็ก เมื่อพิจารณาจำนวนรพ.สต.ทั้งหมดทั้ง 3 จังหวัดมีจำนวน 417 แห่ง ใกล้เคียงกับการคำนวณตัวอย่าง จึงเก็บข้อมูลทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพหรือผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลทั่วไปทั้งทำงานเต็มเวลาและไม่เต็มเวลาโรงพยาบาลชุมชนในเขตบริการสุขภาพที่ 8

2.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวทั้งที่เป็นตัวแทน และเป็นคู่ร่วมประเมิน

3. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ ตลอดการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการศึกษาเอกสาร ส่วนที่ 1แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 ชุดแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง อายุราชการ ประสบการณ์ด้านงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ระดับการศึกษา บทบาทในการประเมิน สถานที่ปฏิบัติงาน การฝึกอบรม สถานะการเงิน ระดับการประเมิน รพ.สต. ติดดาว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

2.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ แบบทดสอบความรู้ ประกอบด้วย มาตรฐานการล้างมือ มาตรฐานการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล มาตรฐานการป้องกันเข็มทิ่มตำ มาตรฐานการดูแลสิ่งแวดล้อม

มาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มาตรฐานการทำลายเชื้อทำให้ปราศจากเชื้อ

2.2 ปัจจัยด้านเครือข่ายบริการ เป็นการถามความเห็นเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ การรับรู้ มุมมองและวิสัยทัศน์ ความสนใจและประโยชน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิก การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การเกื้อหนุนพึ่งพากัน

2.3 ปัจจัยด้านกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการถามความคิดเห็น ประกอบด้วย ทีมประเมิน เครื่องมือประเมิน เกณฑ์ IC และ กระบวนการประเมิน

ส่วนที่ 3 ผลที่เกิดจากการดำเนินงานเกณฑ์การป้องกันและการติดเชื้อใน รพ.สต.ต่อหน่วยงาน บุคลากร ประชาชน ชุมชน และเครือข่าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เอกสารการรับรองเลขที่ 5/ 2562 รหัส HE 620005

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปการวิเคราะห์ทางสถิติ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย

2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. การใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน IC ด้วยสถิติ Independent Sample T-test และ ANOVA

ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมและป้องกนการติดเชื้อใน รพ.สต. พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป จาการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มกลุ่มที่ 1 จังหวัดขนาดเล็กคือจังหวัดบึงกาฬและจังหวัดหนองบัวลำภู สุ่มได้จังหวีดบึงกาฬ กลุ่มจังหวัดขนาดกลาง คือจังหวัดนครพนม จังหวัดหนองคาย จังหวัดเลย สุ่มได้จังหวัดนครพนม กลุ่มจังหวัดขนดใหญ่ คือ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสกลนคร สุ่มได้จังหวัดสกลนคร จำนวน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด 417 แห่ง ได้แบบสอบถามกลับมา 376 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 90.1 พบว่าจังหวัดที่สุ่มได้คือ บึงกาฬ นครพนม สกลนคร มีจำนวน รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 16.2) 152 แห่ง (ร้อยละ 40.4) และ163 แห่ง (ร้อยละ 43.4) ตามลำดับ

2.ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.4 อายุระหว่าง 35- 47 พบร้อยละ 54.1 ปี (อายุเฉลี่ย 41.8±8.6) ตำแหน่งการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 91.1 อายุราชการหรืออายุในการปฏิบัติงานระหว่าง 14-27 ปี (เฉลี่ย 18.6±9.5) ประสบการณ์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาลบาล(IC) ระหว่าง 1-12 ปี (เฉลี่ย 7.7±6.7) การศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 91.0 บทบาทในการประเมิน รพ.สต. เป็นผู้รับการประเมินร้อยละ 92.6 สถานที่ปฏิบัติงานเป็น รพ.สต.ร้อยละ 91.8

3.ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.3 (Mean ± S.D. = 39.7 ± 3.3) โดยมีความรู้ด้าน การดูแลสิ่งแวดล้อมสูงสุด ร้อยละ 97.8 (Mean ± S.D. = 7.6 ± 0.8)

ปัจจัยด้านเครือข่ายบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 ระดับสูง ร้อยละ 43.9 (Mean ± S.D. =120.7 ± 16.7) โดยมีสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในเครือข่ายอยู่ในระดับมากสูงสุด ร้อยละ 52.0 (Mean ± S.D. =20.2±3.7)

ปัจจัยด้านกระบวนการสำรวจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.0 (Mean ± S.D. =137.12 ± 18.0) โดยมีด้านทีมประเมินอยู่ในระดับมากสูงสุด ร้อยละ 41.0 (Mean ± S.D. =48.5 ± 7.9)

ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.0 (Mean ± S.D. = 118.41 ± 16.3) โดยมีผลต่อหน่วยงานถึงร้อยละ 48.7 (Mean ± S.D. = 24.0 ± 3.0)

4.การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ เพศ อายุราชการ ประสบการณ์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถานะ

การเงิน ความรู้ ปัจจัยด้านเครือข่าย กระบวนการเยี่ยมสำรวจ เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ T-test พบว่า อายุ อายุราชการ ประสบการณ์ด้านงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถานะทางการเงิน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ส่วนตัวแปรความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ สำหรับ ตัวแปรเครือข่ายบริการ และกระบวนการเยี่ยมสำรวจมีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.01$ นั้นสรุปได้ว่า มีความแตกต่างกัน เครือข่ายต่างกัน กระบวนการเยี่ยมสำรวจต่างกัน จะทำให้ผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. จำแนกตามข้อมูลทั่วปี (n = 376)

ข้อมูลทั่วไป	N	Mean	S.D	Mean Difference	df	t	95% Confidence Interval for Mean		**p-vlaue**
							Lower	Upper	
อายุ									
< 50 ปี	63	116.3	15.5	-2.5	374	-1.1	-6.9	1.8	0.257
>50 ปี	313	118.8	16.4						
อายุราชการ /การปฏิบัติงาน									
< 25 ปี	287	119.1	16.4	2.9	374	1.4	-0.9	6.8	0.140
> 25 ปี	89	116.2	15.8						
ประสบการณ์ด้านงาน IC									
>10 ปี	306	118.4	16.1	0.3	374	0.1	-3.9	4.5	0.877
< 10 ปี	70	118.1	17.2						
สถานะทางการเงิน									
ดีมาก	149	118.9	18.0	2.3	231	0.9	-2.3	6.9	0.326
ปกติ	84	116.6	15.5						
ความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ									
ต่ำ	23	107.9	23.4	-11.1	23.2	-2.2	-11.1	4.96	.001*
สูง	353	119.1	15.53						
เครือข่ายบริการ									
ปานกลาง	211	111.7	15.4	-15.1	374	-10.0	-18.1	-12.2	.000**
สูง	165	126.9	13.1						
กระบวนการเยี่ยมสำรวจ									
ต่ำ	263	112.3	17.4	-20.1	324	-125.9	-22.6	-17.6	.000**
สูง	113	132.5	13.2						

หมายเหตุ *($p<0.05$) **($p<0.0001$)

5. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลที่เกิดจากการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ รพ.สต.จำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่า ปัจจัยด้านขนาดของจังหวัด ปัจจัยด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปัจจัยด้านเครือข่ายการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และปัจจัยด้านกระบวนการประเมินที่ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมี ($P<0.01$) ส่วนอายุการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ด้านงานที่ต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลที่เกิดจากการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ รพ.สต.จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 376)

ข้อมูลทั่วไป	N	Mean	SD.	df	F	95% Confidence Interval for Mean		p-value
						Lower	Upper	
ขนาดจังหวัด								
เล็ก (S)	61	129.6	11.7	374	22.8	126.6	132.6	.000**
กลาง (M)	163	118.5	15.8			116.0	120.9	
ใหญ่ (L)	152	113.8	16.2			111.2	116.4	
Total	376	118.4	16.3			116.7	120.0	
อายุการปฏิบัติงาน								
ต่ำ	121	122.4	14.5	374	6.0	119.8	125.0	.003*
ปานกลาง	191	117.0	17.1			114.6	119.5	
สูง	64	114.8	15.7			110.9	118.8	
Total	376	118.4	16.3			116.7	120.0	
ประสบการณ์ด้านงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ								
ต่ำ	121	122.4	14.5	374	6.0	119.8	125.0	.003*
ปานกลาง	191	117.0	17.1			114.6	119.5	
สูง	64	114.8	15.7			110.9	118.8	
Total	376	118.4	16.3			116.7	120.0	
ความรู้								
ต่ำ	2	77.5	57.2.	373	9.2	87.0	133.7	.000**
ปานกลาง	5	110.8	18.8			117.1	120.3	
สูง	370	119.1	15.7			116.7	120.0	
Total	376	118.4	16.3					
ปัจจัยด้านเครือข่าย								
ต่ำ	10	94.7	22.8	374	61.5	78.3	111.0	.000**
ปานกลาง	145	109.9	14.8			107.4	112.3	
สูง	212	124.6	12.9			122.9	126.4	
Total	367	118.0	16.2			116.3	119.6	
ตัวแปร	N	Mean	Std. Deviation	df	F	95% Confidence Interval for Mean		P
						Lower	Upper	
กระบวนการประเมิน								
ต่ำ	1	37.0	.					
ปานกลาง	5	110.4	18.8	374	14.0	87.0	133.7	.000**
สูง	370	118.7	15.7			117.1	120.3	
Total	376	118.4	16.3			116.7	120.0	

หมายเหตุ *(p<0.05) **(p<0.0001)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. ได้แบ่งปัจจัยต่าง ๆ ออกเป็น 2 กลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Independent T-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ กับตัวแปรอิสระ ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับp <0.05 คือ ปัจจัยด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ส่วนตัวแปรที่มี ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p <0.01 คือ ปัจจัยด้านเครือข่ายบริการ และปัจจัยด้านการเยี่ยมสำรวจ เมื่อเปรียบเทียบตัวแปรอิสระที่มี 3 กลุ่มกับค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.ด้วยสถิติ Anova พบว่าตัวแปรอิสระที่มีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินป้องกันกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.05 คือ อายุการปฏิบัติงาน และประสบการณ์ด้านงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีค่าเฉลี่ยผลการดำเนินป้องกันกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <0.01 คือ ขนาดของจังหวัด ความรู้เครือข่ายบริการ และกระบวนการประเมิน สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการประเมินรพ.สต.ติดดาว ในเขตสุขภาพที่ 8 ที่พบว่าปัจจัยด้านกระบวนการประเมินมีผลต่อการดำเนินงานรพ.สต.ติดดาว[2]

ดังนั้น หากต้องการพัฒนา รพ.สต.ให้มีการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อให้ได้มาตรฐานและยั่งยืน ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความแตกต่างโดยเฉพาะ ความรู้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต. โดยการให้ความรู้ต้องมีกลวิธีในการถ่ายทอดมาตรฐานต่าง ๆ ให้เหมาะสม เพราะ ประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่ก็แตกต่างกัน ดังนั้น รูปแบบการให้ความรู้ การรับรู้แตกต่างกัน และสื่อที่ใช้ในการสอน การสร้างหลักสูตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ภาพรวมการดำเนินงานมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น[11,12] ในส่วนของปัจจัยด้านเครือข่ายบริการ และปัจจัยด้านการเยี่ยมสำรวจ เป็นส่วนของการสนับสนุน และควบคุม ที่มีความสำคัญมากในการที่จะทำให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้นำเครือข่ายต้องเห็นความสำคัญของการดำเนินงานให้การสนับสนุน เฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านการเยี่ยมสำรวจ เป็นความท้าทายในส่วนของผู้พัฒนาเกณฑ์การประเมินให้ได้มาตรฐานและมีความเหมาะสมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ สอดคล้องกับการสรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะที่ผ่านมา[13,14,15]

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นงานเฉพาะทางของวิชาชีพ จึงควรมีการศึกษาเพื่อสร้างหลักสูตรการอบรมระยะสั้น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำไปพัฒนาให้ตรงบริบทมากที่สุด

2. การสนับสนุนเครือข่ายบริการ ควรระบุให้ชัดเจน เนื่องจากมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่าย

3. การพัฒนาเกณฑ์การประเมินควรมีการถอดบทเรียน และรับฟังเสียงสะท้อนของพื้นที่ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียงได้เหมาะสมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร ที่สนับสนุนการวิจัย รวมทั้งพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัดบึงกาฬ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ

เอกสารอ้างอิง

1. Apiwicharn S, Manthajit T,Malatham K. Prevention and Control Infectious in Hospital. **Ramathibodi Nursing Journal**. 15 (1) : 98-110, 2009.
2. Auttanam N, Phakdeekul W. Factors Relation to the Best Health Promoting Hospital (HPH) In the Health Region 8. **Reesearch and Development Health System Journal**. 9 (2) : 245-251, 2016.
3. Bamrasnaradura **Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Department of Health Service Support, Infectious Disease Control Club in the Hospital of Thailand. Guidelines for Development of Central supply** .[Online] [cited 2018February 25]; 1-31 Avaliable from : http: //bamras.ddc.moph.go. th / userfiles / 18.pdf.
4. Boonthanom L, Niam Thong L. Model Participation Quality for Prevention and Control of Ban Pong Health Promoting Hospital. **Thammasat University Hospital online(TUH Journal online)** 2(3) : 22-31, 2017.
5. Department of Health Service Support. **Primary Care Award .** Ministry of Public Health. Bangkok: National Buddhism Bureau; 2009.
6. Centers for Disease Control and Prevention.CDC/NHSN. **Surveillance Definitions for Specific Types of Infections**. [internet].January 2014[cited 2018 May 19]. Available from:http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/17pscNosInfDef_current.pdf.
7. Dan Chai Wichit S. **Practices to Prevent and Control in Hospitals**. 2rded. Bangkok: Modern Times; 2006.
8. Unahalekhaka A. **Prevention of Nosocomial Infections Principles and Guidelines** . Chiang Mai: Ming meuang; 2011.
9. Yavirash N. **Modern management**. 8thed. BangKok:Triple Group; 2013.
10. Onsawat A. **Research Methodology**. 3thed. Phitsanulok: Phim Lak; 2008.
11. Jirasak S,Punyatip S, Konkaew J, Sangla L. **Infection control nurses networking for knowledge sharing Associated/in Nosocomial Infection Control Chiang Mai Province**. Health Systems Research Institute; 2015.
12. Kaweekorn P, Kulvisate N, Hemala A. Model Development of waste management l in Yasothon province. **Journal of Community Health Development Quarterly. Khon Kaen University.** (5): 703-728, 2016.
13. Panyathorn K, Tanglakmankhong K, Tongpao P, Woravitsarangkul R, Lordnan Usanee. Characteristics of Excellent Health Care Providers in Primary Care units National Health Security Office Region 8. **Journal of Nursing and Health Care**. 34: 45-52, 2016.
14. Pertkaew W, Kedthongma W. The Effectiveness of Health Consumer Protection Operations of the Village Health Volunteer (VHV) for Community Medical Sciences in Queen Sirikit Health Center,Region Health 8. **Reesearch and Development Health System Journal**. 11 (3) : 514-522, 2018.
15. Udomsap B. Factors Effected Quality Sub-District Health Promotion Hospital Quality Assurance Among Public Health Personnal Who Worke at Sub-District Health Promotion Hospital in Khon Kaen. **Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University**. 6(4) : 553-570, 2017.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบาต่อระดับไขมันในเลือดและสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Effect of moderate intensity circuit interval training program on blood lipid levels and physical fitness in the staff of Kalasin Hospital

วิเชษฐ ตุลยวิชย์[1] 1, เบญจา มุกตพันธุ์2

Wichet Tunyawit1, Benja Muktabhant2

(Received: August 30,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบาต่อระดับไขมันในเลือดและสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (≥200 mg/dl) และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง (≥150 mg/dl) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย (n = 12) และกลุ่มควบคุม (n = 12) โปรแกรมการออกกำลังกายเป็นแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบา (MICIT) ประกอบด้วยการออกกำลังกายแบบแรงต้านและแบบแอโรบิค จำนวน 10 สถานี รวมเวลา 60 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองได้แก่ สมรรถภาพทางกายและไขมันในเลือดประกอบด้วยคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล และเอชดีแอล-คอเลสเตอรอล วิเคราะห์ข้อมูลระดับไขมันในเลือดและสมรรถภาพทางกายเพื่ออธิบายผลของโปรแกรม MICIT ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon sign rank test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test, Wilcoxon rank sum test และ ANCOVA

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง:ชาย 9:3 คน และ 10:2 คน ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 46.2±7.0 และ 48.6±6.2 ปี ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโปรแกรม MICIT กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p = 0.042 และ p = 0.002 ตามลำดับ และมีระดับไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.049) ด้านสมรรถภาพทางกายพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความอ่อนตัวและความคล่องแคล่วเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008) มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) สรุปโปรแกรมการออกกำลังกาย MICIT เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายและสามารถลดระดับไขมันในเลือดได้

คำสำคัญ : การออกกำลังกายแบบวงจร, การออกกำลังกายความหนักปานกลางสลับเบา, ไขมันในเลือด,สมรรถภาพทางกาย

Abstract

This quasi experimental research was aimed to investigate the effect of moderate intensity circuit interval training program (MICIT) on the blood lipid levels and physical fitness in the staff of Kalasin hospital. Twenty-four subjects with high blood cholesterol (≥200 mg/dl) and high blood triglyceride level (≥150 mg/dl) voluntarily participated and were randomly allocated to either the MICIT group (n=12) or the control group (n=12). The MICIT program consisted of 10 stations of resistance and aerobic exercise with a total of 60 minutes and was carried out 3 times/week for 8 weeks. Physical fitness and blood lipids (cholesterol, triglycerides, LDL-cholesterol and HDL-cholesterol) were measured before and after intervention. The differences of blood lipids and physical fitness between pretest and posttest were statistically tested with the paired t-test and Wilcoxon sign rank test and the different between intervention and control groups were determined with the independent t-test, Wilcoxon rank sum test and ANCOVA.

[1] 1 นักศึกษาหลักสูตรวทม. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา มหาวิทยาลัยขอนแก่น (โทร: 090-5937975, e-mail: wichet8610@gmail.com)

2 กลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ผู้รับผิดชอบบทความ โทร: 0819655582 e-mail: benja@kku.ac.th)

The results found that the intervention and control group were female : male as 9 : 2 and 10 : 3 with the average age 46.2±7.0 and 48.6±6.2 years respectively. Blood cholesterol and triglyceride were statistically significantly decreased after the intervention ($p = 0.042$ and $p = 0.002$) for the MICIT group. After the intervention triglyceride concentration for the MICIT group were significantly lower compared with the control group (p-value 0.049). Physical fitness, improved among the MICIT group, after intervention flexibility and agility were statistically significantly increased ($p = 0.008$) as well as handgrip strength and cardiovascular endurance among MICIT group were statistically significantly higher than the control group ($p <0.05$). In conclusion, MICIT exercise program for 8 weeks had a marked beneficial effect on physical fitness and blood lipid pattern.

Keywords : circuit training, moderate intensity interval exercise, blood lipid, physical fitness

บทนำ

ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เพราะเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในคนไทยภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึงร้อยละ 83.2[1] จากข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557[2] พบว่าระดับไขมันโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบภาวะไขมันในเลือดสูงมากสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ความชุกของภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ที่มีระดับ ≥200 มก./ดล.พบร้อยละ 43.5 และมีระดับ ≥ 240 มก./ดล พบร้อยละ 16.4 ความชุกของภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง (≥ 150 มก./ดล.) เท่ากับ ร้อยละ 31.0 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกสูงที่สุด ความชุกของภาวะ HDL-C ต่ำพบร้อยละ 40.3 (วิชัย เอกพลากร.(บก.).,2557) อย่างไรก็ตามภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่สามารถควบคุมและรักษาได้ ซึ่งการควบคุมและป้องกันไขมันสูงที่ให้ผลดีที่สุดในระยะแรกทำได้โดยการปรับวิถีชีวิตรวมถึงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารควบคู่กับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการออกกำลังกายมีผลโดยตรงกับระดับไขมันในเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งไตรกลีเซอไรด์[3]

การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อในการใช้ไขมันแทนการใช้ไกลโคเจน ทำให้ไขมันในเลือดลดลง[4] จากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบ ของ Pattyn, et al.(2013)[5] ได้เสนอแนะว่ายังขาดหลักฐานที่ชัดเจนว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใดที่เหมาะสมที่สุดในการลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ให้ความสนใจผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคและแบบแรงต้านหรือทั้งสองอย่างรวมกันต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการศึกษาเสนอแนะว่า Moderate intensity exercise program มีผลลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และ Low Density Lipoprotein cholesterol (LDL-C) และเพิ่ม High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) การศึกษาของ Prabhakaran, et al.(1999)[6], Riedl I, et al.(2010)[7] สรุปว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้านที่ความหนักเบาถึงปานกลาง มีผลดีต่อระดับไขมันในเลือดมากกว่าการออกกำลังกายแบบแรงต้านที่ความหนักปานกลางถึงหนัก แต่ยังมีการศึกษาจำนวนน้อยที่เป็นการศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคกับแบบแรงต้านร่วมกัน และมีข้อเสนอแนะว่าสำหรับคนที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายควรเพิ่มการออกกำลังกายด้วยแบบแอโรบิคที่ความหนักระดับปานกลางหรือใช้การออกกำลังกายแบบแรงต้านเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง จากการศึกษาของสิรินทร กัณหา (2556)[8] พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายด้วยแรงต้าน สามารถลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลได้และยังช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดไขมันบริเวณช่องท้อง ทำให้ลดปัจจัยอื่นของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนอ้วนได้

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับแบบแรงต้านควรออกแบบให้เป็นวงจร (Circuit) สลับกันซึ่งทำให้คนออกกำลังกายไม่เบื่อ สนุกสนาน เพราะมีการเปลี่ยนท่าออกกำลังกายไปเรื่อยๆ นอกจากนี้การฝึกแบบวงจรยังช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายโดยรวมได้หลายระบบ นอกจากนี้การออกกำลังกายแบบสลับช่วง ด้วยการที่มีช่วงออกกำลังกายเบาหรือหยุดพักจึงทำให้สามารถเพิ่มความหนักในการออกกำลังกายได้สูงขึ้น จากการศึกษาของ Kim,et al. (2018)[9] พบว่าการออกกำลังกายแบบสลับช่วงสามารถลดรอบเอวและไตรกลีเซอไรด์ในคนอ้วนได้

สำหรับบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนควรที่จะต้องมีสุขภาพดี แต่ปัญหาสุขภาพที่พบมากในบุคลากรของโรงพยาบาลได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2561 ในบุคลากรของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ามีบุคลากรที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูง มากกว่า 200 mg/dl ถึงร้อยละ 50.2 ระดับไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 150 mg/dl ร้อยละ 22.1[10] ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของบุคลากรที่มีไขมันในเลือดสูงหรือมีความเสี่ยง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบาต่อระดับไขมันในเลือดและสมรรถภาพทางกายของบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่การรับรอง HE612383 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2562

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two groups pretest-posttest design) กลุ่มละ 12 คน
รวม 24 คน โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการทดลอง ใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ เวลาที่ใช้สำหรับการออกกำลังกาย 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์อายุระหว่าง 19-59 ปี สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีผลตรวจระดับคอเลสเตอรอลในเลือด $\geq$200 mg/dl และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด $\geq$ 150 mg/dl ทั้งชายและหญิง มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ หรืออาการที่ทำให้ไม่พร้อมที่จะออกกำลังกาย ไม่ได้รับประทานยาลดไขมันในเลือด

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ที่ความเชื่อมั่น 95%CI ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้สูตรการคำนวณ[11] ดังนี้

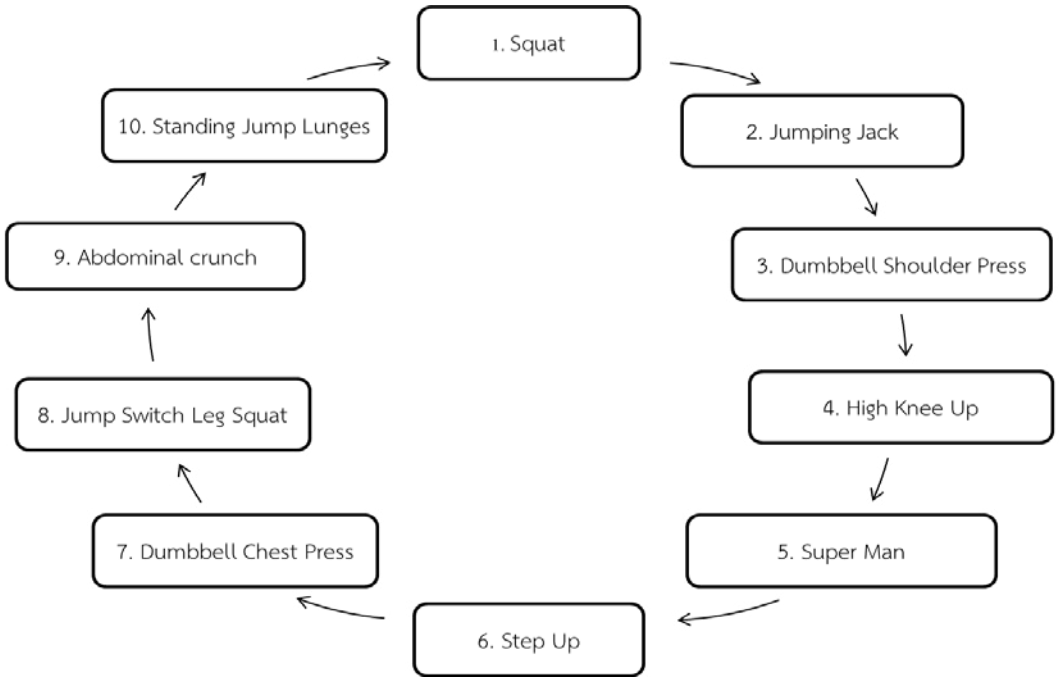
$$n = \frac{2\sigma^2 (Z\alpha_{/2} + Z\beta)^2}{\Delta^2}$$

ค่าความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยที่นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างนำมาจากผลการวิจัยของ Kim et al. (2018)[9] ที่ศึกษา Effect of circuit training on body composition, physical fitness, and metabolic syndrome คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 24 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยโดยใช้วิธีปิดป้ายประกาศประชาสัมพันธ์ตามหน่วยงานต่างๆของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อเชิญชวนบุคลากรให้เข้าร่วมโครงการ และจะคัดเลือกอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก จนได้จำนวน 24 คนแล้วจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าโปรแกรมการออกกำลังกายที่โครงการวิจัยจัดขึ้น สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนเพื่อลดไขมันในเลือดตามระบบปกติของโรงพยาบาล และหลังเสร็จสิ้นการทดลองเมื่อโปรแกรมการออกกำลังกายได้ผลดีจะเชิญชวนกลุ่มควบคุมมาเข้าร่วมโปรแกรมต่อไป

โปรแกรมการออกกำลังกาย

โปรแกรมการออกกำลังกายที่ทดลองเป็นการออกกำลังกายแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบา (Moderate intensity Circuit interval training: MICIT) ที่มีการออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิคและแบบแรงต้าน จำนวน 10 สถานี ใช้ระยะเวลาในการฝึก 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 1 ชั่วโมง โดยมีท่าการฝึกในวงจรและรายละเอียดตามวงจรดังนี้



วงจรโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ MICIT

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ MICIT

ลำดับ	รายการ	การปฏิบัติ
1.	โปรแกรมการฝึก	การฝึกแบบวงจร
2.	จำนวนสถานี	10
3.	เวลาในการออกกำลังกาย : การพัก (วินาที)แต่ละสถานี ในอัตราส่วน 2:1	40:20
4.	จำนวน : ครั้ง แต่ละสถานี	15-20
5.	ระดับความหนัก (ระดับปานกลาง) ระหว่างเซต โดยมีการวัดชีพจรในระหว่างเซตทั้ง 3 เซต ของกลุ่มทดลองด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกัน แล้วเทียบเป็นร้อยละของ HRmax ของแต่ละคน	50-60%HRmax 1-4 สัปดาห์ 60-70%HRmax 5-8 สัปดาห์
6.	การวัดระดับความหนัก (Borg Scale) ระหว่างเซต	RPE : 12-16
7.	เวลาในการพักระหว่างเซต : (นาที)	1-2
8.	จำนวนเซต	3
9.	ระยะเวลาในการฝึก : (นาที)	40-60

การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่

แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การบริโภคอาหารจำนวน 20 ข้อ และการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายจำนวน 11 ข้อ โดยข้อคำถามการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายเป็นแบบ rating scale 5 ระดับ

การวัดสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วย ระดับไขมันด้วยเครื่อง Inner scan แรงบีบมือ (Grip Strength) ยืน-นั่งบนเก้าอี้ 60 วินาที (60 Seconds Chair Stand) นั่งงอ

ตัวไปข้างหน้า (Sit and Reach) วิ่งอ้อมหลัก (Zig - Zag Run) และก้าวเป็นจังหวะ 3 นาที (3 Minutes Step Test)

การตรวจเลือดเพื่อส่งตรวจระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ LDL-C และ HDL-C โดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 13 โดยมีสถิติที่ใช้ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics): กรณีข้อมูลแจงนับนำเสนอด้วย จำนวนและร้อยละ กรณีข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอด้วย $\bar{x}$ ± SD กรณีการแจกแจงไม่ปกตินำเสนอข้อมูลด้วยมัธยฐานและค่าต่ำสุด สูงสุด

สถิติอนุมาน (Inferential Statistics): เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test กรณีแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed rank test กรณีแจกแจงไม่ปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กรณีแจกแจงปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon rank sum test กรณีแจกแจงไม่ปกติ กรณีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละตัวแปรมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการทดลอง การเปรียบเทียบความแตกต่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Analysis of Covariate (ANCOVA)

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.0 และ 83.3) อายุเฉลี่ย 46.2±7.0 และ 48.6±6.2 ปี ค่ามัธยฐานรายได้ 45,500. และ 40,000. บาทต่อเดือน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า

พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกาย

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	$\bar{x}$ ± SD	P-value ภายในกลุ่ม	$\bar{x}$ ± SD	P-value ภายในกลุ่ม	ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
การบริโภคอาหาร					
ก่อนการทดลอง	40.2 ± 6.6	0.290	43.8 ± 9.3	0.307	0.310[b]
หลังการทดลอง	42.5 ± 3.3		39.9 ± 5.6		0.179[a]
การออกกำลังกาย					
ก่อนการทดลอง	31.1 ± 9.2	0.146	24.9 ± 7.1	0.888	0.046[b]
หลังการทดลอง	35.1 ± 4.9		25.4 ± 7.0		0.001[c]

a ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test

b ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Wilcoxon *Rank Sum* test

c ทดสอบความแตกต่างหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายก่อนและหลังการทดลอง โดยค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001) ส่วนคะแนนการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในเลือด

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถภาพทางกาย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	$\bar{x} \pm SD$	P-value ภายในกลุ่ม	$\bar{x} \pm SD$	P-value ภายในกลุ่ม	
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย(%)					
ก่อนทดลอง	26.20 ± 11.93	0.898	35.09 ± 5.99	0.602	0.031
หลังทดลอง	26.03 ± 9.62		34.07 ± 10.77		0.987[c]
ความอ่อนตัว (ซม.)					
ก่อนทดลอง	8.34 ± 8.39	0.008[a]	3.60 ± 5.48	0.005[a]	0.116
หลังทดลอง	10.99 ± 5.69		7.29 ± 5.61		0.112[b]
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือซ้าย (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว)					
ก่อนทดลอง	0.40 ± 0.09	0.874[a]	0.33 ± 0.63	0.582[a]	0.038
หลังทดลอง	0.40 ± 0.09		0.32 ± 0.05		0.087[c]
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือซ้ายขวา (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว)					
ก่อนทดลอง	0.43 ± 0.11	0.364[a]	0.36 ± 0.08	0.874[a]	0.101
หลังทดลอง	0.44 ± 0.11		0.49 ± 0.48		0.019[b]
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (ครั้ง/นาที)					
ก่อนทดลอง	45.08 ± 11.30	0.342	26.25 ± 6.89	0.035	0.001
หลังทดลอง	47.42 ± 13.27		31.33 ± 10.45		0.637[c]
ความคล่องแคล่ว (วินาที)					
ก่อนทดลอง	24.57 ± 2.82	0.008[a]	28.65 ± 3.16	0.272[a]	0.003
หลังทดลอง	23.04 ± 2.59		27.66 ± 5.87		0.868[c]
ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด (ครั้ง/นาที)					
ก่อนทดลอง	104.67 ± 21.36	0.158[a]	112.50 ± 13.10	0.194[a]	0.290
หลังทดลอง	100.0 ± 16.79		118.00 ± 13.07		0.017[b]

a ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

b ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon *Rank sum* test

c ทดสอบความแตกต่างหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA

การเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดภายในกลุ่ม พบว่า ภายหลังเข้าโปรแกรมออกกำลังกาย MICIT กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.042 และ 0.002) ส่วนระดับ HDL-C และ LDL-C ไม่ความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังการทดลองมีระดับคอเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ HDL-C และ LDL-C ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ HDL-C และ LDL-C ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p = 0.049) ส่วนระดับคอเลสเตอรอล HDL-C และ LDL-C ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกาย

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ไขมันในเลือด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		P-value
	$\bar{x} \pm SD$	P-value ภายในกลุ่ม	$\bar{x} \pm SD$	P-value ภายในกลุ่ม	ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
คอเลสเตอรอล (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	234.9 ± 23.7	0.042	246.3 ± 29.9	0.071	0.311
หลังทดลอง	217.2 ± 23.9		227.2 ± 25.1		0.325
ไตรกลีเซอไรด์ (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	207.8 ± 52.6	0.002[a]	218.6 ± 85.4	0.117[a]	0.908[b]
หลังทดลอง	135.4 ± 52.1		202.8 ± 81.3		0.049[b]
HDL-C (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	57.4 ± 12.1	0.128	54.0 ± 10.7	0.916	0.465
หลังทดลอง	61.8 ± 13.0		53.6 ± 14.7		0.160
LDL C (mg/dl)					
ก่อนทดลอง	139.0 ± 24.7	0.490	151.4 ± 26.7	0.456	0.253
หลังทดลอง	136.2 ± 27.6		143.7 ± 26.1		0.502

a ทดสอบความแตกต่างภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

b ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Wilcoxon *Rank Sum* test

การเปรียบเทียบสมรรภาพทางกายภายในกลุ่ม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย MICIT กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพด้านความอ่อนตัว และความคล่องแคล่วเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008) ส่วนเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ ความคล่องแคล่ว ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นสมรรถภาพด้านความอ่อนตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05)

การเปรียบเทียบสมรรภาพทางกายระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และความคล่องแคล่วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ดังนั้นจึงใช้สถิติ ANCOVA ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบหลังการทดลองเพื่อลดผลกระทบความแตกต่างก่อนการทดลอง ส่วนความอ่อนตัวของหลังสะโพก และกล้ามเนื้อขาด้านหลัง ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) ส่วนระดับเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความอ่อนตัว ความแข็งแรง

ของกล้ามเนื้อขา ความคล่องแคล่ว ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบวงจรที่ระดับความหนักปานกลางสลับเบา (MICIT) ที่มีการออกกำลังกายทั้งแบบแรงต้านและแบบแอโรบิค จำนวน 10 สถานี 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีไขมันอยู่ในระดับเสี่ยงและสูง พบว่า กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม MICIT อย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ MICIT เป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบวงจรในรูปแบบของแอโรบิคสลับกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ทำให้มีการออกกำลังกายที่มีความหลากหลาย ไม่น่าเบื่อ มีความสนุกสนาน ส่งผลให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และโปรแกรมการฝึกเป็นการออกกำลังกายแบบสลับช่วงระหว่างช่วงที่ออกกำลังกายหนักปานกลางกับช่วงที่ออกกำลังกายเบาหรือหยุดพัก การที่มีช่วงออกกำลังกายเบาหรือหยุดพักจึงทำให้สามารถเพิ่มความหนักในการออกกำลังกายได้มากขึ้น โดยใน 4 สัปดาห์แรกกำหนดระดับความหนักของการออกกำลังกายอยู่ที่ 50-60% HRmax และในสัปดาห์ที่ 5-8 กำหนดระดับความหนักอยู่ที่ 60-70% HRmax โดยหลักการสร้างความก้าวหน้าจะกำหนดความหนักในช่วงแรกไม่สูงมากแล้วค่อย ๆ เพิ่มความหนักของการออกกำลังกายขึ้นอย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายมีการปรับตัว[12] หลังจากนั้นจึงเพิ่มระยะเวลาและระดับความหนักขึ้นไป ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ลดอาการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย และทำให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ประสบผลสำเร็จ

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบ MICIT ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคอเลสเตอรอลในเลือดหลังการทดลองลดลงร้อยละ 7.5 ส่วนไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงถึงร้อยละ 35 ซึ่งค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ในเลือดก่อนทดลองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง โดยภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงเป็นภาวะที่พบในคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าภูมิภาคอื่น[2] หลังการทดลองค่าเฉลี่ยไตรกลีเซอไรด์ลดลงมาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจัดว่าสามารถลดไตรกลีเซอ-ไรด์ได้ดี และภายหลังการทดลองระดับไตรกลีเซอไรด์กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การออกกำลังกายเป็นการเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อในการใช้ไขมันแทนการใช้ไกลโคเจน ทำให้ไขมันในเลือดลดลงได้[4] การลดไขมันในเลือดนอกจากเป็นผลจากการออกกำลังกายแล้วการควบคุมอาหารก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจทำให้ไขมันลดลงได้ ซึ่งการศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการมีไขมันสูงด้วยซึ่งพบว่าข้อมูลการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลองไม่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นอาจยืนยันได้ว่าผลการเปลี่ยนแปลงไขมันที่พบเกิดจากโปรแกรมการออกกำลังกาย MICIT สอดคล้องกับการศึกษาของ Fett C, et al.(2009)[13] ได้ทำการศึกษาการฝึกด้วยน้ำหนักแบบวงจรกับการวิ่งเหยาะ ๆ เป็นการศึกษาในผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยออกกำลังกายวันละ 1 ชั่วโมง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และการศึกษาของ Kim, et al. (2018)[9] ได้ศึกษาผลของการฝึกแบบวงจรต่อองค์ประกอบของร่างกาย สมรรถภาพทางกายและปัจจัยเสี่ยงต่อโรค Metabolic syndrome เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และมีหลายการศึกษาที่พบว่าผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน ระยะเวลาออกกำลังกาย 12 สัปดาห์ มีผลทำให้คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลง[14,15,16] แต่การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาออกกำลังกายเพียง 8 สัปดาห์ ก็มีผลทำให้คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลงได้ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าทั้งการออกกำลังกายที่ความหนักปานกลางและกลุ่มที่ออกกำลังกายหนักเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ทั้งสองกลุ่มมีผลทำให้คอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17,18] สำหรับไขมันตัวอื่น การศึกษานี้พบว่าผลของโปรแกรม MICIT ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ LDL-C และ HDL-C อาจเนื่องจากระยะเวลาในการทดลองอาจจะ

ยังไม่มากพอที่จะทำให้ระดับ HDL-C และ LDL-C เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน การศึกษาที่พบผลของโปรแกรมออกกำลังกายที่ทำให้ LDL-C และ HDL-Cl ลดลง ส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ขึ้นไป เช่นการศึกษาของ Yang (2011)[15] และการศึกษาของ Ha and So. (2012)[19] ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับแรงต้าน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลทำให้คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL-C ลดลง การศึกษาของ Shaw, et al. (2009)[20] เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับแรงต้าน 3 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 16 สัปดาห์ มีผลทำให้ LDL-C ลดลง

การออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน (resistance exercise) คือ การใช้ความสามารถของกล้ามเนื้อในการออกแรงต้านกับน้ำหนักหรือเอาชนะแรงต้านทานที่มากระทำต่อร่างกาย การฝึกแบบใช้แรงต้าน จึงเป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ เนื่องจากผลของการฝึกจะทำให้เส้นใยของกล้ามเนื้อมีความหนาแน่นและมีขนาดใหญ่ขึ้น (hypertrophy) ทำให้ความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้นและรูปแบบของการฝึกแบบแรงต้านนี้ใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้านซึ่งมีความหนักไม่มาก แต่มีการทำงานของกล้ามเนื้อต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน ถือเป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนจะทำให้จำนวนไมโตคอนเดรียของเส้นใยกล้ามเนื้อหดตัวเร็วและช้าเพิ่มขึ้น จำนวนของเส้นเลือดฝอยรอบ ๆ เส้นใยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้เพิ่มความสามารถทางด้านความอดทนต่อการล้าของกล้ามเนื้อ[8] ซึ่งการออกกำลังกายแบบวงจรเป็นการรวมเอารูปแบบการออกกำลังกายแอโรบิคและแบบแรงต้านที่มีความหลากหลาย ทำให้มีการพัฒนาทั้งทางด้านความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อและความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ การออกกำลังกายแบบวงจรจึงเป็นการออกกำลังกายที่เป็นที่นิยมสำหรับการสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ[21] ซึ่งจากผลการศึกษานี้ด้านสมรรถภาพทางกายในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในด้านความอ่อนตัว ความคล่องแคล่ว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เป็นผลมาจากการออกกำลังกายที่เพิ่มความหนักทีละน้อยและทำซ้ำๆ ระหว่างการออกกำลังกายแบบแรงต้านและการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Kim JW (2018)[9] ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบวงจรที่ประกอบด้วยการออกกำลังกายแบบแรงต้านและแอโรบิค 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ทำให้เพิ่มความแข็งแรง ความทนทานและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของสิรินทร กัณหา (2552)[8] พบว่า ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายแบบแรงต้านในหญิงที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ นอกจากทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลงได้แล้ว ยังช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Prabhakaran, et al.1999[6] พบว่า ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านเป็นเวลา 14 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มออกกำลังกายมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โปรแกรมการออกกำลังกาย MICIT ประกอบด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อแบบ Dynamic Stretching หรือการยืดกล้ามเนื้อแบบเคลื่อนไหว และแบบ Static Stretching หรือการยืดกล้ามเนื้อแบบหยุดนิ่ง โดยอยู่ในช่วงของการอบอุ่นร่างกาย ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อสามารถยืดหยุ่นได้ดีและเคลื่อนไหวได้มากขึ้น ดังนั้นเมื่อได้รับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจึงทำให้มีความอ่อนตัวเพิ่มมากขึ้น ความสำคัญของความอ่อนตัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน คือ ส่งผลดีต่อบุคลิกภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหว ส่งเสริมให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ลดอาการบาดเจ็บได้ง่ายและช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Earnest, et al.(2013)[4] พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคจะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจแข็งแรงขึ้น โดยรวมแล้วการศึกษานี้ทำให้สมรรถภาพทางกายดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลกาฬสินธุ์กลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรมออกกำลัง

กายของการวิจัยนี้ ขอขอบคุณกลุ่มวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง,อลิสรา อยู่เลิศลบ,สราญรัตน์ ลัทธิ.(2561).**ประเด็นสารรณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ.2561.** นนทบุรี : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
2. วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557) **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
3. ธนิดา โอฬาริกชาติ. (2558).ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** : 36 (4): 99-116.
4. Earnest CP, Artero EG, Sui X, Lee DC, Church TS, Blair SN. (2013). Maximal estimated cardiorespiratory fitness, cardiometabolic risk factors, and metabolic syndrome in the Aerobics Center Longitudinal Study. **Mayo Clin Proc.** 88(3):259–70.
5. Pattyn N[1], Cornelissen VA, Eshghi SR, Vanhees L. (2013) The effect of exercise on the cardiovascular risk factors constituting the metabolic syndrome: a meta-analysis of controlled trials**. Sports Med.** 43(2):121–33.
6. Prabhakaran B, Dowling EA, Branch JD, Swain DP, Leutholtz BC. (1999). Effect of 14 weeks of resistance training on lipid profile and body fat percentage in premenopausal women. **Br J Sports Med**. 33(3):190–5.
7. Riedl I, Yoshioka M, Nishida Y, Tobina T, Paradis R, Shono N, et al. (2010**).** Regulation of skeletal muscle transcriptome in elderly men after 6 weeks of endurance training at lactate threshold intensity. **Exp Gerontol.** 45(11):896–903.
8. สิรินทร กัณหา.(2552). **ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคร่วมกับการออกกำลังกายด้วยแรงต้าน ที่มีต่อระดับไขมันในเลือดในหญิงที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
9. Kim JW, Ko YC, Seo TB, Kim YP. (2018). Effect of circuit training on body composition, physical fitness, and metabolic syndrome risk factors in obese female college student. **J Exerc Rehabil.** 30;14(3):460-465.
10. กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2561). **รายงานผลการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี 2561**
11. อรุณ จิรวัฒน์กุล และคณะ. (2550). **ชีวสถิติ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
12 ธีระศักดิ์ อาภาวัฒนาสกุล. (2552). **หลักวิทยาศาสตร์ในการฝึกกีฬา.**(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
13 Fett CA, Fett WC, Marchini JS. (2009). Circuit weight training vs jogging in metabolic risk factors of overweight/obese women. **Arq Bras Cardiol**. 93 (5):519–25.
14. Tambalis K, Panagiotakos D, Kavouras S, Sidossis LS. (2009). Responses of blood lipids to aerobic, resistance, and combined aerobic with resistance exercise training: a systematic review of current evidence. **Angiology**. 60(5):614–32.
15. Yang SJ, Hong HC, Choi HY, Yoo HJ, Cho GJ, Hwang TG, et al. (2011). Effects of a three-month combined exercise programme on fibroblast growth factor 21 and fetuin-A levels and arterial stiffness in obese women. **Clin Endocrinol**. 75(4): 464–9.

16. Mann S, Beedie C, Jimenez A. (2014). Differential effects of aerobic exercise, resistance training and combined exercise modalities on cholesterol and the lipid profile: review, synthesis and recommendations. **Sports Med**. 44(2):211-21.

17. Sheikholeslami Vatani D, Ahmadi S, Ahmadi Dehrashid K, Gharibi F. (2011). Changes in cardiovascular risk factors and inflammatory markers of young,healthy, men after six weeks of moderate or high intensityresistance training. **J Sports Med Phys Fitness**. 51(4):695–700.

18. Fisher G, Brown AW, Bohan Brown MM, Alcorn A, Noles C, Winwood L, et al. (2015). High Intensity Interval- vs Moderate Intensity- Training for Improving Cardiometabolic Health in Overweight or Obese Males : A Randomized Controlled Trial. **PLoS One**. 10(10): e0138853

19. Ha CH, So WY. (2012). Effects of combined exercise training on body composition and metabolic syndrome factors. **Iran J Public Health**. 41(8): 20–6.

20. Shaw I, Shaw B, Krasilshchikov O. (2009). Comparison of aerobic and combined aerobic and resistance training on low-density lipoprotein cholesterol concentrations in men. **Cardiovasc J Afr**. 20(5): 290–5.

21. Bocalini DS, Lima LS, de Andrade S, Madureira A, Rica RL, Dos Santos RN, et al. (2012). Effects of circuit-based exercise programs on the body composition of elderly obese women. **Clin Interv Aging**. 7: 551-56

มุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิต่อบทบาทการส่งเสริม การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

Perspectives of Public Health Professionals in Secondary Health Care Services on Roles of Promoting Self-management of Patients with Diabetes

ชนกานต์ แสงคำกุล[1], อัศนี วันชัย[2], จันทร์จิรา อินจีน[2], อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์[2] ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์[3]
Chanakan Sangkhamkul[1], Ausanee Wanchai[2], Janjira Injeen[2], Apichead Poonsub[2], Parinda Sritarapipat[3]

(Received: April 23,2018; Accepted: June 22,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับ ทุติยภูมิต่อบทบาทการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและ นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของจีออจี ผลการวิจัยพบว่าบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถจำแนกได้คล้ายคลึงกัน 3 บทบาท คือ 1) บทบาทของการส่งเสริมการตระหนักรู้ (เรื่องเบาหวาน) โดยอาศัยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาร่วมกัน และการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน 2) บทบาทการส่งเสริมการต่อสู้แบบมีทิศทาง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานกำกับตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) บทบาทการส่งเสริมการเดินทางไปด้วยกัน โดยการค้นหาแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและการมีท่าทีที่เป็นมิตรของผู้ให้บริการ

คำสำคัญ: มุมมองของบุคลากรสาธารณสุข, การส่งเสริมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

The purpose of this qualitative research was to explore perspectives of public health professionals in secondary health care services on roles of promoting self-management of patients with diabetes. Participants include 30 physicians, nurses, pharmacologists, and physical therapists working in the secondary health care services in Phitsanulok province. Data were collected through in-depth interview. Data were analyzed by Giogi's method. The results of the study showed that: Roles of health care professionals could be categorized similar into 3 parts, including: 1) Role of promoting self-awareness about diabetes by promoting the exploring problems and setting goals for behavioral change together, 2) role of promoting directed fighting by health education about diabetes and promoting patient's self-regulation, and 3) role of promoting working together by searching support from patient's families and friendly behaviors of health care providers.

Keywords: Perspectives of Public Health Professionals, Promoting Self-management, Patients with diabetes

[1] พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
[2] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

บทนำ

โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรที่มีอายุระหว่าง 30-69 ปี โดยในปี พ.ศ. 2555 มีอัตราตายเท่ากับ 13.2 ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น 22.3 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559 [1] ซึ่งสวนทางกับเป้าหมายระดับโลกที่ต้องการจะลดการตายก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 25 ภายในปี 2568 ขณะที่ความชุกของการเกิดโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (FPG<130 มก./ดล.) ยังลดลงจากร้อยละ 28.5 เป็นร้อยละ 23.5 ตามลำดับ และมีผู้ที่เป็นเบาหวานแต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 43.1 ในปี 2557 [2-3] กรมควบควบโรค รายงานว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน ถึงร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 6.4 และโรคหลอดเลือดสมอง จากร้อยละ 0.1 เป็นร้อยละ 3.1 ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำเกิดค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลรักษาทั้งในครอบครัวและประเทศ โดยข้อมูลจากสำนักนโยบายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่า ประเทศไทยใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 155,000 ล้านบาทต่อปี และโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 21,000 ล้านบาทต่อปี [4]

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วยโภชนาบำบัด การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ร่วมกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม และที่สำคัญคือการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโรค ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการจัดการตนเองในการดำเนินวิถีชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติให้ได้ ในปัจจุบันแนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้ป่วยพึงปฏิบัติได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด การจัดการความเครียด การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลสุขภาพอนามัยอื่น ๆ โดยเฉพาะการดูแลเท้า หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาหรือรับการดูแลรักษาอย่างไม่ถูกวิธีจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือด เช่น ตาบอด ไตวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทจากเบาหวานและหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เช่น เช่นแผลเบาหวานที่เท้า [5]

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นการเรียนรู้เพื่อการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง แคริย์ [6] จำแนกกระบวนการในการจัดการตนเองออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย (Gold selection) 2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision-making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ6) การสะท้อนกลับ (Self-reaction) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อพบว่าการจัดการตนเองช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ [7-8]

คลินิกเบาหวานในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิมีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการที่ครอบคลุมตามแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner's Chronic Care Model (CCM) หรือ WHO's Chronic Care Model โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิมีบทบาทหน้าที่ในการรับส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้การวินิจฉัย ให้การรักษาหลังการวินิจฉัยก่อน

ส่งกลับหน่วยปฐมภูมิ และให้การรักษาที่ซับซ้อนกว่าระดับปฐมภูมิ รวมทั้งการคัดกรอง และค้นหาโรคแทรกซ้อน โดยเน้นการให้องค์ความรู้เพื่อการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานและบุคคลในครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ให้สามารถดูแลตนเองได้ทั้งด้านอาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยา และการติดตามแผนการรักษา [5] ทั้งนี้ในปัจจุบันจะพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก ดังนั้นบุคลากรสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการทำงานแบบบูรณาการเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด อาทิเช่น พยาบาลอาจมีบทบาทในการจัดการให้ผู้ป่วยได้มาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในขณะที่แพทย์เน้นเรื่องการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งบทบาทของเภสัชกรในการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้แม้ว่าบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิจะมีบทบาทต่างกัน แต่เป้าหมายไม่แตกต่างกันมากนัก คือ การรักษาหรือทำให้เกิดการชะลอตัวในการดำเนินของโรคนั้นเอง [9] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อบทบาทในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานว่าควรเป็นอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยเล็งเห็นประโยชน์และความจำเป็นของการศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการทำงานของบุคลากรระดับทุติยภูมิในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิต่อบทบาทการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในจังหวัดพิษณุโลกที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิต่อบทบาทการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ แนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิดที่ใช้ถามผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายเกี่ยวกับมุมมองต่อบทบาทการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน แยกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหมายถึงอะไร ครอบคลุมด้านไหนบ้าง และผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างไร 2) บุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ควรส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนกลับอย่างไร และ3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จเหล่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามเป็นรายบุคคล ในลักษณะแนวคำถามเดียวกันทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัด ใช้เวลา 45-60 นาที รายละ 1 ครั้ง ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจะจับประเด็นของข้อมูลและบันทึกโดยการสรุปสั้น ๆ พร้อมทั้งขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเทปการสนทนา ภายหลัง

การสัมภาษณ์ผู้วิจัยถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ 12/2559 ผู้วิจัยได้มอบเอกสาร ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อข้องใจจากผู้วิจัยจนเข้าใจ ขออนุญาตบันทึกเสียงสัมภาษณ์โดยการถอดเทปจะไม่ปรากฏชื่อของผู้ให้ข้อมูล และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดของจีออจี (Giogi's method) [10] แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อรับรู้ในภาพรวม 2) แยกข้อความที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ศึกษาออกจากคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูล 3) เชื่อมโยงความเข้าใจทางจิตวิทยาในแต่ละหน่วยของความหมาย และ 4) สังเคราะห์หน่วยความหมายทั้งหมดที่ได้ให้ความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกและพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวต่าง ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องระหว่างการเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยจะมีการนัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้นลงจากการที่ข้อมูลอิ่มตัว ผู้วิจัยทุกคนจะอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดเทปจากการบันทึกแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากนั้นนัดประชุมทีมวิจัยเพื่อร่วมกันทดสอบผล การวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างทีมวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 38.96 ปี (S.D. = 13.80) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.93 ปี (S.D. = 3.49) และส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 46.70

ส่วนที่ 2 บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับทุติยภูมิ พบว่าสามารถจำแนกบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในดับทุติยภูมิในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมคล้ายคลึงกัน ได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ส่งเสริมการตระหนักรู้ (เรื่องเบาหวาน) 2) ส่งเสริมการต่อสู้แบบมีทิศทาง และ 3) ส่งเสริมการเดินทางไปด้วยกัน

1. ส่งเสริมการตระหนักรู้ (เรื่องเบาหวาน) สำหรับบทบาทในประเด็นนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิมี 2 บทบาทย่อย คือ

1.1 บทบาทของการส่งเสริมการค้นหาปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งผู้ที่ทำบทบาทนี้มีทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ต่อไปนี้

"เราบอกคนไข้เลยว่าเราจะไม่ว่าคนไข้เรื่องน้ำตาลสูง แต่เราจะมาค้นหาปัญหาด้วยกันนะว่า น้ำตาลสูงงวดที่ผ่านมาเกิดจากอะไรแล้วเราจะมาช่วยกันคิดบางทีคนไข้เขาจะไม่รู้แอพโพสโดยที่ว่าให้เขารู้สึกสบายใจแล้วบอกเรา คนไข้ตามหลักจริง ๆ แล้วเขาจะเตรียมตัว 1-2 วันก่อนที่จะมาหาเรา ที่มันสูงๆ นี่แสดงว่าเขาคุมไม่ไหวจริง ๆ" (รายที่ 2 พยาบาล)

"หมอส่วนใหญ่เราจะดู Lab มาถึงบุปทำไมวันนี้น้ำตาลไม่ดี ก็เปิดดูของเก่าของเก่ามันเคยดีมาก่อน แล้วก็หาสาเหตุว่ามันเกิดไรขึ้นกินยาผิดหรือเปล่า กินอาหารถูกต้องหรือเปล่า กินยาตรงเวลาหรือเปล่า ฉีดยาผิดไหม ที่นี่จะมีคนไข้เบาหวานที่ใช้ยาฉีดข้อนข้างเยอะ แล้วฉีดยาผิดบ้างมองไม่เห็นขีดบ้างก็ต้องหาสาเหตุกัน" (รายที่ 3 แพทย์)

"ตอนน้ำตาลสูง เราก็จะดูจากสมุดประจำตัวคนไข้ แล้วเราก็ถาม ป้าตอนนี้เป็นยังไง กินอย่างไร น้ำตาลสูงมากนะ เกิน 200 ติดต่อกันนานแล้ว คุยๆ ไปจะเจอปัญหาว่าลืมกินยา กินยาผิด แล้วพอเราชี้ให้เห็นปัญหา เค้าก็จะมีเป้าหมายของเค้าเองว่าอยากจะลดน้ำตาลลงเท่าไร" (รายที่ 2 เภสัชกร)

"ก็ต้องถามก่อน รอบนี้มาน้ำตาลขึ้นเนี่ย ป้ากินยังไง อาการเป็นยังไง ได้ออกกำลังกายไหม อะไรแบบนี้ หรือว่ายาที่เราสั่งกินครบหรือเปล่า ต้องถามว่าอยู่บ้านเป็นยังไง บางคนเค้าบอกเลยช่วงนี้เค้ากินมะม่วง คุมไม่ดีเลย เราก็ต้องบอกเค้าว่า ป้าทำอย่างงี้ไม่ได้นะ ก็ต้องลดอะไรอย่างนี้" (รายที่ 4 แพทย์)

"เป้าหมายจะขึ้นอยู่กับการตรวจของคนไข้แต่ละประเภท เพราะเรามีผลการตรวจของแต่ละคนอยู่แล้ว เราก็ต้องตั้งเป้าหมายเฉพาะคน อย่างคนไข้ที่มีอาการชาปานกลาง เริ่มมีอาการชาแล้ว เราก็ต้องตั้งเป้าว่าอาการชาจะต้องไม่มากไปกว่านี้ ถ้ารายไหนคลำหลอดเลือดไม่เจอ อันนี้ก็ต้องตั้งเป้าว่าจะต้องไม่เกิดแผลเพราะแสดงว่าหลอดเลือดมีปัญหา ก็จะบอกคนไข้ว่าห้ามเกิดแผลแล้วนะ เค้าจะได้ระวัง" (รายที่ 2 กายภาพบำบัด)

1.2 บทบาทของการส่งเสริมการตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลในเลือดร่วมกัน สำหรับประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและเภสัชกรให้ข้อมูลตรงกันว่าการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ประสบผลสำเร็จนั้นต้องให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายดังกล่าว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ดังนี้

"พี่จะถามเค้าว่าคราวหน้าจะเอาน้ำตาลที่เท่าไหร่ ตั้งเป้าของเค้าเองว่าคราวหน้าจะเอาน้อยกว่า 200 เค้าจะเอา 100 เอาน้อยๆ ก่อนเนาะ อย่าพึ่งไปเอาเยอะ ถ้าทำไม่ได้เดี๋ยวจะรู้สึกหดหู่หมดกำลังใจ เอาน้อยๆ ก่อน ถ้าคราวนี้ 300 คราวหน้าก็ 200 เนอะ ถ้าเค้าตั้งเป้าเยอะๆ เราก็จะท้วงเค้า แต่ถ้าเค้าทำได้ดีแล้วก็จะทำลงไปอีก ให้เค้าตั้งเป้าใหม่" (รายที่ 1 พยาบาล)

"เราก็ตั้งเป้าใหม่ร่วมกัน ครั้งหน้าจะเอาน้ำตาลเท่าไหร่ คนไข้บางคนก็จะ 180 150 บางคนก็ 130 หมอ โอเค แล้วแต่ว่าแต่ละคนจะเป้าหมายไม่เหมือนกัน" (รายที่ 5 พยาบาล)

"การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างเรากับคนไข้ อันนี้สำคัญ ต้องให้เค้ารู้ก่อนว่าทำไมเราต้องสอนเค้า มันมีประโยชน์อย่างไรกับเค้า ตัวบุคลากรไม่ได้ประโยชน์อะไรนะ คือทำทุกอย่างก็อยากให้เค้ามีสุขภาพที่ดี บางคนไม่รู้ว่าเบาหวานทำให้เค้าแย่ไปทุกระบบ ไม่รู้ว่าต้องมาดูแลเท้า ดูแลไต ไม่รู้ว่าสาเหตุมันเกิดจากการคุมน้ำตาลไม่ดี" (กายภาพบำบัด รายที่ 3)

"ระหว่างบุคลากรกับผู้รับบริการในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เราจะบอกว่าเราจะไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนะ แล้วเราก็จะมีการพูดคุยกับผู้รับบริการ ให้ข้อมูลและตั้งเป้าหมายร่วมกันแล้วหาแนวทางว่าจะทำอย่างไร" (รายที่ 1 เภสัชกร)

"ผมถามเลยว่าจะไปคุมอาหารหรือปรับยาขึ้น เพราะบางคนเขาบอกว่าเขาเต็มที่ของเขาแล้ว ถ้ามากกว่านี้ผมคงกินผักต้ม อะไรประมาณนี้ ผมก็ต้องปรับยาขึ้นให้เขา แต่ถ้าบางรายคนไข้ยืนยันว่าจะคุมอาหาร งั้นหมอขอนัดเร็วขึ้นนะ มาดูอีกทีนึง ถ้ายังสูงอาจต้องปรับยาขึ้น" (รายที่ 6 แพทย์)

2) ส่งเสริมการต่อสู้ (กับเบาหวาน) แบบมีทิศทาง

สำหรับบทบาทในประเด็นนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลที่ตรงกันว่า บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิ มี 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แม้ว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานมานานเพียงใดก็ตาม สิ่งที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมน้ำตาลในเลือดในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง คือ การมีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและนักกายภาพบำบัดนั่นเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ดังต่อไปนี้

"อย่างแรกเค้าก็ต้องรู้ก่อนว่าโรคเบาหวานคืออะไร การดำเนินโรคเป็นยังไง ถ้าเค้าไม่ดูแลตัวเองเค้าจะได้รับผลอะไร" (รายที่ 4 แพทย์)

"เขาจะต้องสามารถรู้ว่าตนเองเป็นโรคนี้ก่อนและเขาต้องเรียนรู้ว่าถ้าเขาเป็นโรคนี้ควรจะต้องกินอาหารอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร กินยาอย่างไร เพื่อที่จะไม่ให้เขามีภาวะแทรกซ้อน" (รายที่ 2 พยาบาล)

"เราจะอธิบายให้คนไข้เข้าใจเหตุด้วยว่าทำไมกินหวานแล้วมีผลต่อไต ถ้าเค้าไม่เข้าใจ เขาจะคิดว่าจริงเหรอ เรา

ต้องอธิบายง่ายๆ เขาก้จะเข้าใจ ต้องให้เขาเห็นภาพ" (รายที่ 1 เภสัชกร)

"คนไข้ต้องรู้ก่อนว่าตนเองเป็นอะไร แล้วสิ่งที่เขาเป็นมีความสำคัญหรืออันตรายกับเขาอย่างไรบ้าง ต้องให้เขาเข้าใจก่อนว่าที่เป็นเพราะแบบนี้นะ แล้วทำอย่างไรให้เขาดีขึ้นกว่านี้ ต้องดูแลตนเองเรื่องอาหารการกิน เรื่องการพักผ่อน" (รายที่ 3 เภสัชกร)

"กายภาพบำบัดกับการดูแลคนไข้เบาหวาน เราจะดูแลเรื่องกล้ามเนื้อ เส้นเลือด เส้นประสาทส่วนปลายมือ ปลายเท้า คือคนไข้เบาหวานส่วนใหญ่จะมีความคิดว่าการเป็นแผลส่วนปลายไม่ได้เป็นอะไรมาก จะไม่ค่อยให้ความสำคัญ ชอบคิดว่าเดี๋ยวก็หาย เราก้จะบอกคนไข้เรื่องของการเดินลงน้ำหนัก การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นเส้นเลือดกับเส้นประสาท" (รายที่ 2 กายภาพบำบัด)

2.2 หาตัวช่วยในการกำกับตนเองแบบมีทิศทาง โดยในประเด็นนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องหาเทคนิคที่ช่วยให้ผู้ป่วยกำกับติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เช่น การมีอุปกรณ์เพื่อเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่บ้าน หรือการจดบันทึกสิ่งที่ตนเองรับประทานในแต่ละวัน เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ดังต่อไปนี้

"อย่างคนไหนที่คอนโทรลน้ำตาลไม่ได้ เรามี Self-monitoring of blood glucose (SMBG) ที่ว่าให้ไปเจาะที่บ้านแล้วก็ให้ลงบันทึกว่าเจาะไปแล้วมื้อนี้กินอะไรบ้าง เราออกแบบมาใหม่ คืออันนี้คือคนที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดีจริง ๆ เลยที่ต้องเอาเครื่องเจาะไปเจาะที่บ้าน" (รายที่ 5 พยาบาล)

"การตามที่ดี คือพอกลับไปบ้านให้เขาจดเมนูอาหารว่าเช้าเขากินอะไร กลางวันกินอะไร แล้วกลับมาหาหมออีกทีเขาจะรู้เลยน้ำตาลดีเพราะฉันกินอันนี้ พอกลับไปอีกทีก็ให้จดอีกรอบ เขาก็อิมฉันกินมีแต่ของหวานๆ น้ำตาลฉันถึงขึ้น คนไข้ถึงรู้ ยิ่งทำ SMBG คนไข้จะรู้ด้วยตนเองว่ากินอันนี้น้ำตาลขึ้นขนาดนี้เลยเหรอ" (รายที่ 5 พยาบาล)

3) ส่งเสริมการเดินทางไปด้วยกัน ในบทบาทด้านนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่ยังมีบุคคลรอบข้างที่สำคัญกับตัวผู้ป่วยที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1 แรงจูงใจจากสมาชิกในครอบครัว ในประเด็นนี้ บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขต้องพยายามค้นหาว่าใครคือบุคคลที่เป็นคนสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการที่จะมีชีวิตที่ยืนยาว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและเภสัชกรทั้ง 5 รายที่กล่าวว่า

"ถ้าหาแรงจูงใจเค้าได้ เค้าถึงจะยอมปรับตัวเอง และเท่าที่เห็นมาทั้งนั้นเลย แรงจูงใจไม่ได้อยู่ที่ตัวเรา ใจที่กระตุ้นให้คนไข้อยากอยู่อ่ะ ลูก หลาน ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน พ่อแม่ทุกคนรักและไม่อยากให้ลูกเป็นห่วง ไม่ยอมให้ลูกหยอดน้ำข้าวต้ม พอเป็นอัมพาตลูกต้องพามา เดินไปไม่ได้ ลูกต้องพยุง อันนี้พ่อแม่กลัวตรงนี้ เลยเป็นแรงจูงใจเสริมให้เค้าอยากปรับ" (รายที่ 6 พยาบาล)

"ส่วนใหญ่คนไข้จะเป็นคนสูงอายุ ญาติจึงมีความสำคัญ ถ้าญาติคอยมาดูแล มันจะป้องกันทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นน้ำตาลไม่ว่าจะเป็นแผลที่เท้า" (รายที่ 2 กายภาพบำบัด)

"เราต้องจ่ายยาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ต้องอธิบายให้ญาติเขาเข้าใจว่าต้องดูแลคนไข้นะ คนไข้เขากินยาไม่ถูกเพราะอะไร ถ้ายาแยะไม่ใครอยากกินยาหรอก" (รายที่ 3 เภสัชกร)

"แทนที่เราจะคุยกับคนไข้สองคน เราก็ดึงญาติคนไข้มานั่งคุยด้วย ให้ความรู้ไปพร้อมกัน ญาติเขาจะได้ตระหนัก เป็นการป้องกันหลายทาง" (รายที่ 4 เภสัชกร)

"ถ้าเราดึงญาติๆ ให้มาเห็นความสำคัญ ส่วนใหญ่คนไข้ที่เป็นผู้สูงอายุก็เริ่มเชื่อฟัง แบบอยากให้ลูกหลานสนใจความจริงตัวเองก็ไม่ค่อยอยากทำเท่าไหร่ แต่พอลูกหลานบอกต้องทำนะ มีหลานมาบอกว่าให้อยู่ด้วยกันนาน ๆ นะ อย่างนี้ก็จะมีกำลังใจ อยากทำ" (รายที่ 3 แพทย์)

3.2 ท่าทีที่เป็นมิตรจากบุคลากรสาธารณสุข ในประเด็นนี้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าบุคลิกลักษณะ และทักษะการสื่อสารที่ดีของบุคลากรสาธารณสุขทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและเภสัชกรจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเกิดความรู้สึกไว้วางใจในการเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ของตนเอง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาไปด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ดังนี้

"น้ำเสียงความเป็นมิตรที่แบบไม่ไปตอกย้ำว่ามันแย่นะคะ มันแย่ มันคือเทคนิคการพูด คนไข้ทุกคนน่าจะชอบต้องการความเป็นมิตรหรือแบบการไม่ถูกตำหนิ เช่นเราก็รู้ว่าเท้าเค้าแย่ แต่เราเลี่ยงว่าขอให้เท้าสะอาดกว่านี้ได้มั้ย แต่เราไม่ได้ว่าเค้าว่าท้าสกปรก" (รายที่ 1 นักกายภาพบำบัด)

"น้ำตาลเค้าลดลงมาเราก็บอกพี่เก่งมากเลย นี่แนวโน้มลดลงนะ ถึงเค้าจะลดลงนิดหน่อยจาก 200 เหลือ 180 กว่าเป็นการให้ข้อมูลกลับเค้า พี่ดูสิน้ำตาลลดลงนะ พี่ปฏิบัติตัวดีนะเนี่ย เดี๋ยวพี่ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องไปเรื่อย ๆ นะ ดีที่สุดเลย พี่ก็จะเหมือนคนปกติ อวัยวะภายในพี่จะเสื่อมตามสภาพอายุ แต่ไม่ได้เสื่อมตามโรค" (รายที่ 5 พยาบาล)

"การสนับสนุน การให้กำลังใจ ไม่เป็นไร ดีแล้ว สู้ต่อไป อะไรแบบนี้ พี่ว่ามันเป็นสิ่งที่คือคนไข้ไม่ท้อ คือถ้าคำพูดเราบางคำ เช่นทำไมถึงทำไม่ได้ มันหมดประโยชน์ ถ้าเราบอกทำไมถึงทำไม่ได้ มันเป็นการบั่นทอนเค้า กำลังใจให้เค้าดีที่สุด ถึงแม้ว่าเค้าจะไม่ทำอย่างที่เราให้ทำได้ ให้กำลังใจเค้า เห็นอกเห็นใจเค้า ไม่เป็นไรนะ พยายามอีกนิด คือเข้าใจปัญหาเค้าเช่นเค้าไม่ฉีดยา ไม่ใช่เค้าไม่ฉีดยาเพราะเค้าดื้อ อย่าไปมองอย่างนั้น เหมือนให้โอกาสเค้าอะค่ะ" (รายที่ 8 พยาบาล)

"การทำงานตรงนี้ให้สำเร็จบางทีก็ขึ้นอยู่กับท่าทีเราด้วย บางทีถ้าก้าวร้าวมากเขาก็ต่อต้านเรา เราก็ต้องคุยตะล่อมๆไป ก็รู้แหล่ะว่าบางทีคุยไปรอบนี้ไม่ได้อะไร แต่ถ้าเราดุเขาๆก็จะปฏิเสธ" (รายที่ 2 เภสัชกร)

"คนไข้เบาหวานส่วนใหญ่ที่มา เราจะเปิดดูผลน้ำตาลย้อนหลัง ถ้ามันดีขึ้น เราก็จะบอกคนไข้ อืม ครั้งที่แล้วได้เท่านี้ ครั้งนี้ดีขึ้นนะ แสดงว่าป้าคุมอาหารได้ดีใช่ไหม เค้าก็จะเล่าให้เราฟังว่าเค้าลดอาหารหวานลง เราก็ให้กำลังใจคนไข้ไป ต้องพยายามให้เวลากับคนไข้เพิ่มขึ้น เหมือนใส่ใจเค้าให้มากขึ้น" (รายที่ 5 แพทย์)

"ถ้าดีเราจะชื่นชมเพราะว่าการชื่นชมสำคัญ ทำให้รู้สึกดีมาก เรารู้ว่าคนไข้รายนี้ทำดี เราก็จะพูดดังๆว่าเขาดีนะ" (รายที่ 6 แพทย์)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักกายภาพบำบัดในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสามารถจำแนกได้ 3 บทบาทหลักที่คล้ายคลึงกัน คือ 1) บทบาทของการส่งเสริมการตระหนักรู้ (เรื่องเบาหวาน) โดยอาศัยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาร่วมกันและการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน 2) บทบาทการส่งเสริมการต่อสู้แบบมีทิศทาง ซึ่งหมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานกำกับตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) บทบาทการส่งเสริมการเดินทางไปด้วยกัน คือ การค้นหาแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนท่าทีและพฤติกรรมบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยนั่นเอง ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนแนวคิดที่ว่า ปัจจัยสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการปฏิบัติตน การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การมีทีมสุขภาพคอยชี้แนะให้กำลังใจ และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง รวมทั้งทีมผู้ให้บริการต้องสร้างกระบวนการให้มีการค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ[11] ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องหนึ่ง [12] ที่ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ว่าต้องประกอบด้วยความร่วมมือของบุคคลทั้ง 3 ฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วย โดยอาศัยกลวิธีต่าง ๆ เช่น 5 ส. จากฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ สัมพันธภาพ สื่อสารความรู้และทักษะ สิ่งแวดล้อม สมดุลด้านจิตอารมณ์ สนับสนุนและสืบสาน 5 ต. จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ตระหนัก ตั้งใจ ตั้งต้น ตั้งสติ และ 5 อ. จากญาติของผู้ป่วย ได้แก่ เอื้ออาทร อ่อนรสชาติ ออกกำลังกาย ออกความคิดเห็นและอุเบกขา

ในบทบาทแรกในเรื่องของการส่งเสริมการตระหนักรู้เรื่องเบาหวานให้กับผู้ป่วยเบาหวานนั้น นับเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุข เพราะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพ ตัวผู้ป่วยเองต้องมีความตระหนักและเห็นคุณค่าของการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง และตั้งใจในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และมีการเตือนสติตนเองที่จะไม่กระทำสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือด [12] ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่ง [13] ที่พบว่า การให้ผู้ป่วยเบาหวานวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของตนเองในปัจจุบัน และให้ดูระดับน้ำตาลในเลือดณ ปัจจุบันที่ตรวจโดยลงบันทึกในกราฟแสดงระดับน้ำตาลปกติ ปานกลางและสูง และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงปัญหา ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูง แล้วให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายพฤติกรรมและทดลองปฏิบัติ โดยให้มีการติดตามตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ เพราะเหตุใด โดยมีบุคลากรทางสุขภาพช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น พร้อมตั้งเป้าหมายใหม่ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่ง [14] ที่ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่า เมื่อมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนทำให้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น

ใส่วนของบทบาทด้านการส่งเสริมการต่อสู้แบบมีทิศทาง ซึ่งหมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานกำกับตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นนับเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่บุคลากรสาธารณสุข พึงปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา [15] พบว่า การกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้นและส่งผลให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ทั้งนี้ในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าการกำกับติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวผู้ป่วยเอง (Self-monitoring of blood glucose (SMBG)) ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แต่ยังสามารถทำให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนมีการขึ้นลงว่าเกิดจากสาเหตุใด และยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วย [16] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของไทย [17] ที่พบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แสดงว่า การกำกับตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้น อย่างไรก็ตามในบริบทของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยอาจมีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจัดซื้อเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดไปใช้เองที่บ้านได้จึงอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การส่งเสริมการจัดการตนเองในประเด็นนี้ไม่ประสบผลสำเร็จ [18]

บทบาทสุดท้ายตามมุมมองของบุคลากรสาธารณสุขในระดับทุติยภูมิในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน คือ การส่งเสริมการเดินทางไปด้วยกัน ซึ่งในที่นี้หมายถึง ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยและการเสริมแรงจากบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากลักษณะท่าทีที่เป็นมิตร มีความเอื้ออาทร และเห็น อกเห็นใจ และเข้าใจของญาติเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จ [12] และการ ที่บุคลากรสุขภาพมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้เกียรติ ไม่ตำหนิ มีท่าทีที่ให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อใจ กล้าเล่าสะท้อนถึงปัญหาและความเชื่อที่มีทำให้เข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ [19] ทั้งนี้แรงสนับสนุนทั้ง 2 แหล่งจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตรตามบริบทของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยรายใดรับรู้ว่าตนเองได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขเพียงพอในการที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แล้ว สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทเฉพาะในบางเรื่องเมื่อผู้ป่วยร้องขอ แต่เมื่อใดก็ตาม ที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองบกพร่องในการดูแลตนเอง หรือมีความต้องการในการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตนเองมีอยู่ เช่น การฉีดอินซูลิน การปรับเปลี่ยนยา เป็นต้น เขาจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น [20]

ข้อเสนอแนะ

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสุขภาพได้ค้นหาปัญหาและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร่วมกัน

2. ควรส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพให้มากขึ้น โดยการเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาร่วมรับฟังปัญหาและและแนวทางการจัดการตนเองของผู้ป่วยขณะพูดคุยกับบุคลากรทางสุขภาพ

3. ควรพัฒนารูปแบบการการกำกับติดตามตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ ผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลที่ช่วยอำนวยความสะดวก รวมทั้งนัดกลุ่มตัวอย่างให้ และขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านสำหรับการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (2560-2564).** กรุงเทพ: บริษัท อิโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2560.

2. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. **สุขภาพคนไทย 2560**. กรุงเทพ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

3. วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557**. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์ กรุงเทพ ฯ, 2559.

4. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. **รายงานผลการดำเนินงานกรมควบควบโรค รอบ 6 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**, สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2561 จาก http://plan.ddc.moph.go.th/pakard/showimg4.php?id=1783

5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2.** ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดียจำกัด; 2560.

6. Creer, T. L. **Self-management of chronic illness**. Retrieved on 19 December 2018 from http://cachescan.bcub.ro/e-book/E1/580704/601-649.pdf

7. Wright, C. C., Brolow, J. H., Turner, A. P., & Brancroft, GV. Self-management training for people with chronic disease: an exploratory study. **British Journal of of Health Psychology**, 8(4): 465-76; 2003.

8. Lorig, K., Ritter, P. L., Pifer, C. & Werner, P. Effectiveness of the chronic disease self-management program for persons with a serious mental illness: A translation study. **Community Mental Health Journal,** 8: 1-8; 2013.

9. Ampro Health. **การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรายกรณีในชุมชน.** วันที่ค้นข้อมูล 29 มีนาคม 2562, เข้าถึงได้จาก https://amprohealth.com/diabetes/community-patient-role-of-taking-care/

10. อัญญา ปลดเปลื้อง. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 23(2), 1-10; 2556.

11. อาทิตยา วังวนสินธุ์, จักรพันธ์ เพชรภูมิ, และ สุภาพร แสงอ่วม. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ** 2561. 11(2): 397-405.

12. วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหวงศ์, อังศุมา อภิชาโต, และ อรนิช แสงจันทร์. รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 26(1): 71-84; 2551.

13. จุฑามาส จันทร์ฉาย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, และนิรัตน์ อิมามี. โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรค เบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. **วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา,** 7(2): 69-83; 2555.
14. กชกร สมมัง. ประสิทธิผลของการตั้งเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนใน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. **วารสารสุขศึกษา,** 32(113),49-63; 2552.
15. สุรีพร แสงสุวรรณ, วรรณิภา อัศวชัยสุวิกรม และพรนภา หอมสินธุ์. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยข้อมูลทางคลินิกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและ ระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์**, 19(3):54-64; 2554.
16. Waki, S., Shimizu, Y., Seto, N., Sugahara, M., & Yoshida, Y. Insights into self-care behavior of patients with diabetes: Support using a computerized self-evaluation system. **Journal of Nursing Education and Practice**, 6(10): 51-64; 2016.
17. สุกาญจน์ อยู่คง, มลินี สมภพเจริญ, ธราดล เก่งการพานิช, และทัศนีย์รวิวรกุล. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 17 เรื่อง "บทบาทของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ"** วันที่ 14 - 16 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์รีสอร์ท เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี หน้า 272-285; 2558.
18. อังคณาภรณ์ พลบำรุง และ วิพร เสนารักษ์. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ** 2561. 11(1): 40-8.
19. รัตนาภรณ์ จีระวัฒนะ, สิริมนต์ ริ้วตระกูล ประเทืองธรรม, และ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**, 24(1): 51-68; 2561.
20. เสาวนีย์ วรรละออ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**, 18(2): 372-388; 2555.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Factors associated with health literacy of Public Health students in School of Medicine,University of Phayao

ณรงค์ ใจเที่ยง [1], ปฏิพัทธ์ วงค์เรือง[1], สดิพร ภูถมดี [3]

Narong Chaitiang[1] , Patipat Vongruang[1] , Sadiporn Phuthomdee[3]

(Received: October 15,2018; Accepted: December 7 ,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภาพของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตที่ศึกษาในหลักสูตรด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 340 คน โดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ 2ส ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC 0.86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามเท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า ตัวอย่างเป็นเพศหญิง (85.3%) มีจำนวนจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 5.06±1.525 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนอยู่ระหว่าง 5-7 คน (54.4%) โดยที่จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเฉลี่ย 4.85±1.458 คน และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.34±1.140 ปี และตัวอย่างมีความรู้รอบด้านสุขภาพในระดับดีมาก (52.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.01 ±7.237 คะแนน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความรู้รอบด้านสุขภาพ พบว่า ข้อมูลทั่วไปและความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาไม่มีความสัมพันธ์กัน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

Abstract

This study were aim to study the health literacy of Public Health students in School of Medicine, University of Phayao as well as associated factors of demographical data with the health literacy of students. Data of this study were collected by questionnaire which applied from the Health Literacy and Health Behaviors 3E 2S, Department of Health with financial support from the Health Systems Research Institute (HSRI), Ministry of Public Health. Content validity questionnaire with qualified persons receiving IOC 0.86,And Cronbach's alpha coefficient Obtained the reliability questionnaire equal to 0.88. Descriptive statistics were frequency, percentage, mean, standard deviation (S.D.), and binary logistic regression.

The results showed that the most of sample was female (85.3%), the total of family member between 5-7 people, average of family member who are more than 15 year old was 4.85±1.458 people, average of age was 20.34±1.140 year old. The Health literacy was at the very good level (52.8%) (Mean = 88.01 ±7.237 point). The demographical data and the health literacy were not relationship.

Keywords: Health literacy Students of School of Medicine University of Phayao

---

[1] อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

3 นักสถิติ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

ปัจจุบันสังคมเปลี่ยนแปลงสู่สังคมยุคโลกาภิวัตน์เป็นสังคมแห่งการสื่อสารไร้พรมแดน ประชาชนมีรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีได้เองทั้งในวงสังคมเครือข่ายใกล้ชิดและในสังคมโลกโดยรวมยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจด้วยการผนึกกำลังในภูมิภาค เช่น การเปิดประชาคมอาเซียนใน พ.ศ. 2558 จะมีผลกระทบทั้งในทางบวกและทางลบกับประชาชนคนไทยในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชน การสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy :HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ (goal) ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง”[1] ประชาชนจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้สุขภาพ เพื่อให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพทุกช่องทางนั้นง่าย สะดวก รวดเร็ว และเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเพียงแค่มีโทรศัพท์มือถือ สังคมออนไลน์ที่จัดตั้งขึ้นเป็นกลุ่มๆ ถูกทำให้เชื่อมโยงกันถักทอเป็นเครือข่ายที่มีขอบเขตกว้างใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มธุรกิจ คนงาน แม่บ้าน และเด็กนักเรียน ก็สามารถติดต่อสื่อสารถึงกันได้ สถานการณ์สุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของประเทศไทย[2] ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26 - 30 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ณ กรุงไนโรบีประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำ รุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ[3]

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำ รุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอประเทศไทยมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมมาอย่างต่อเนื่อง โมเดลประเทศไทย 4.0 จึงเป็นเครื่องมือสำ คัญในการนำประเทศให้ก้าวไปสู่การเป็นประเทศในโลกที่หนึ่งที่มีความมั่งคั่งและยั่งยืนโดยมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจจากเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาประสิทธิภาพในการผลิตเชิงอุตสาหกรรมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation Drive Economy)เพื่อตอบสนองกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมายครอบคลุมและสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นให้คนไทยมีคุณลักษณะ 3 ประการ คือ 1) ต้องเป็นคนดี โดยมีคุณธรรม จริยธรรม จิตสาธารณะ 2) เป็นคนเก่ง โดยมีทักษะเรียนรู้สร้างนวัตกรรม และ 3) มีสุขภาวะดี มีความรอบรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมองค์การบริการสุขภาพ นำนวัตกรรมด้านสารสนเทศมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำ งานและบริการรักษาพยาบาล[4]

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมดมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก ซึ่งได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา (3อ.2ส.) และข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทย พ.ศ. 2557 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.0 สัดส่วนของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีร้อยละ 19.2 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุ ร้อยละ 31.3 พฤติกรรมการกินพบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อย

ละ 76 กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน กินผักผลไม้ปริมาณเพียงพอต่อวันตามข้อแนะนำ มีเพียงร้อยละ 25.9 และกินยาแก้ปวดทุกวัน ร้อยละ 2.410 ทักษะในการอ่านออกเขียนได้เป็นส่วนหนึ่งของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ผลการสำรวจการอ่านหนังสือ สื่อสังคมออนไลน์ EMS/E-mail ในกลุ่มประชากรคนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในปี พ.ศ. 2558 พบว่า คนไทยอ่านหนังสือเฉลี่ย 66 นาทีต่อวัน ลดลงทุกกลุ่มวัยเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2556 ช่วงวัยที่มีการอ่านมากที่สุดเริ่มจากวัยเด็ก (ร้อยละ 90.7) เยาวชน (ร้อยละ89.6) วัยทำงาน (ร้อยละ 79.1) และวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.8) อัตราการอ่านลดลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้นผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีการอ่าน ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ อาจจะรุนแรงขึ้นเมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำ เป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดต่ำลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลงหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะโดยรวมกล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำ ให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น[2]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยศึกษาในกลุ่มนิสิตที่กำลังศึกษาในสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นที่นิสิตทางด้านสาธารณสุขศาสตร์นำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการวิชาชีพและทำหน้าที่เป็นนักวิชาการทางด้านสุขภาพที่จะต้องให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความทันสมัย โดยมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และจะทำให้นิสิตมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภาพของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของนิสิตมีกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies) เพื่อศึกษาความรอบรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถามและพรรณาข้อมูล (Descriptive) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตที่ศึกษาในหลักสูตรด้านสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2561 จำนวน 2,420 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ นิสิตที่ศึกษาในหลักสูตรด้านสาธารณสุขศาสตร์ซึ่งได้จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางของเครซี และมอร์แกน[5] และได้โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยสุ่มตัวอย่างตามภาควิชา โดยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 340 คน

เครื่องมือการวิจัย

แบบวัดการรับรู้ด้านสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

โดยนำแบบสอบถามมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเครื่องมือถูกตรวจสอบคุณภาพ โดยได้ค่าความเที่ยงของมือในระดับดี (Cronbach's alpha =0.88) และมีความถูกต้องเชิงโครงสร้างในระดับดี[6]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา เลขที่ 2/006/62 ลงวันที่ 23 เมษายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Ordinal Logistic Regression กรณีไม่เป็นไปเงื่อนไขการใช้สถิติเบื้องต้นจะใช้สถิต Multinomial Logistic Regression หรือใช้ สถิติ Binary Logistic Regression แทน.

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตัวอย่างเป็นเพศหญิง (85.3%) ตัวอย่างทุกคนมีสถานภาพโสด, นับถือศาสนาพุทธ และกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นปริญญาตรี ในส่วนของจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนอยู่ระหว่าง 5-7 คน (55.3%) โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 5.06±1.525 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนอยู่ระหว่าง 5-7 คน (54.4%) โดยที่จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเฉลี่ย 4.85±1.458 คน และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.34±1.140 ปี

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้รอบด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังนี้ คือ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างมีความรู้รอบด้านสุขภาพในระดับดีมาก (52.8%) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 88.01 ±7.237 คะแนน มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 68 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 108 คะแนน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความรู้รอบด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความรู้รอบด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression จากผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสันพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้รอบด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ข้อมูลทั่วไป	Category	Univariate Analysis	
		OR (95%CI of OR)	p-value
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	น้อยกว่า 4 คน	1.263 (0.561-2.841)	0.852

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้รอบด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression

ข้อมูลทั่วไป	Category	Univariate Analysis	
		OR (95%CI of OR)	p-value
	5 – 7 คน	1.193 (0.545-2.611)	
	มากกว่า 8 คน	Ref.	
จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	น้อยกว่า 4 คน	1.463 (0.569-3.760)	0.723
	5 – 7 คน	1.349 (0.533-3.410)	
	มากกว่า 8 คน	Ref.	
กลุ่มอายุ	18 – 19 ปี	1.295 (0.656-2.554)	0.757
	อายุ 20 – 21 ปี	1.157 (0.642-2.085)	
	อายุ 22 -23 ปี	Ref.	
เพศ	เพศชาย	Ref.	0.296
	เพศหญิง	1.378	
ระดับชั้นปี	ชั้นปีที่ 1	1.301 (0.596-2.838)	0.722
	ชั้นปีที่ 2	1.106 (0.572-2.138)	
	ชั้นปีที่ 3	0.875 (0.411-1.862)	
	ชั้นปีที่ 4	Ref.	

ในการศึกษาความสัมพันธ์ในครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแล้ว ถึงแม้ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวจะไม่มีผลต่อความรอบรู้สุขภาพ ในขณะที่นิสิศึกษาอยู่ในสายวิชาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ แต่ก็เป็นปัจจัยที่ครอบคลุมไปพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความรอบรู้สุขภาพ ถึงแม้จะไม่มีความสัมพันธ์แต่ก็พบว่าปัจจัยดังกล่าวจะเป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนิสิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มีความรอบรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 52.8 สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561)[7] ที่ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 73.81

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยต่างๆ คือจำนวนสมาชิกในครอบครัว, จำนวนสมาชิกในครอบครัวอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป , กลุ่มอายุ, เพศ, ระดับชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแจ่มจันทร์ วรรณปะแก และธนิดา ผาติเสนะ (2560)[8] นั่นเพราะการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่ทำการศึกษาในนิสิตที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีที่มีสุขภาพแข็งแรง และผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561)[9] นั่นเพราะการศึกษาข้างต้นทำการศึกษาในนิสิตทุกคณะ ในมหาวิทยาลัย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษานี้ที่ทำการศึกษาใน

เฉพาะนิสิตคณะแพทยศาสตร์ที่ได้รับการอบรมสั่งสอนจากคณาจารย์ ให้นิสิตมีความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพในทุกคน และทุกระดับชั้น ตามมาตรฐานของวิชาชีพ โดยที่การศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่านิสิตคณะแพทยศาสตร์ มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ขึ้นไป และไม่มีนิสิตที่มีความรอบรู้ในระดับไม่ดีเลย ซึ่งการศึกษาของ จิระภา ขำพิสุทธิ์ (2561)[9] พบว่านิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของคนไทย ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบวัดที่จัดทำขึ้นมาเพื่อวัดในกลุ่มคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เหมาะสำหรับเก็บข้อมูลในกลุ่มคนที่มีอายุ 15 – 59 ปี ที่เป็นประชาชนทั่วไป อาจทำให้ได้ที่ไม่ครบถ้วนและไม่สะท้อนถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบร้อนของนิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพที่แท้จริง คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะประเด็นเพิ่มเติมที่ควรพิจารณาในการศึกษาครั้งต่อไป รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ควรศึกษาในกลุ่มนิสิตคณะอื่นๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่านิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างจากกลุ่มนิสิตกลุ่มอื่น

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตเพื่อเป็นการได้เหตุผลเชิงประจักษ์ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของนิสิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ ศ.(พิเศษ) ดร.นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข , ดร.ประจวบ แหลมหลัก หัวหน้าสาขาวิชาอนามัยชุมชน ทีมคณาจารย์ และนิสิตคณะแพทยศาสตร์ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาในการให้ข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารสุข. **การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. [ออนไลน์]**.2559. แหล่งที่มา www.hed.go.th [25 มกราคม 2561]

2.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารสุข. .**คู่มือเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ.** นนทบุรี.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข,2559

3.World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-10.

4.World Health Organization. Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion. Kenya: Nairobi; 2009

5.Lwanga, S.K., Lemeshow, S. Sample size determination in health studies: a practice manual. Geneva: World Health Organization ,1991

6.วิมล โรมา, ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นรีมาลย นีละไพจิตร, สายชล คล้อยเอี่ยม และมุกดา สำนวนกลาง. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2560 (ระยะที่ 1). สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2560

7.พิทยา ไพบูลย์ศิริ. **ความรอบรู้ด้านสุขภาพและฑฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุทธยา.** วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 8(1). หน้า 97- 107,2561

8.แจ่มจันทร์ วรรณปะแก และ ธนิดา ผาติเสนะ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา.** วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. หน้า176-185,2560

9.จิระภา ขำพิสุทธิ์. **ความฉลาดทางสุขภาพ และฑฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร.** วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 24(1). หน้า 67-78,2561

การพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน

The Development of Health Tourism Management Model for The Elderly by Leading Sufficiency Economy Philosophy According to The Isaan Context

ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์[1] มยุรา เรืองเสรี[1] วราทิพย์ แก่นการ[1]

Nattayar Wisarapun[1] Mayura Rueangseree[1] Waratip kankran[1]

(Received: August 14,2018; Accepted: October 10,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ขั้นตอนที่ 4 คืนข้อมูลรับฟังข้อเสนอแนะจากคณะทำงานเพื่อปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักท่องเที่ยวสูงอายุจำนวน 30 คน และผู้นำชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจบริบทชุมชน แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสถิติ paired sample t-Test

ผลการศึกษาพบว่า บริบทของชุมชน เป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประเพณีและสถาปัตยกรรมโบราณที่น่าสนใจอันอุดมไปด้วยคุณค่าทางศิลปะและวัฒนธรรม นักท่องเที่ยวอายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.34 ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 25 รายได้เฉลี่ย 1,500 บาท/เดือน รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ใช้ทุนจากประเพณี วัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่นร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กิจกรรมใช้ระยะเวลา 3 วัน 2 คืน ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมนักท่องเที่ยวสูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจอยู่ในระดับอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this action research were to development of health tourism management model for the elderly by leading sufficiency economy philosophy according to The Isaan context. The first step: to study the context of the community and health behaviors of the elderly. The second step: to synthesize the health tourism management model for the elderly by leading sufficiency economy philosophy according to The Isaan context. The third step: to study outcome of the health tourism management model. And the fourth step: to retrieve the data and listen reverberation from the committee in order to adjust the health tourism management model. The sample consists of 30 elderly tourists and community leaders. Data were collected using a community context survey, health promoting behavior questionnaire and satisfaction assessment forms. Content analysis and statistics paired sample t-Test.

---

[1] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Results of the study showed that community context had the potential to develop into a health tourism destination with traditions and interesting ancient architecture that was rich in artistic and cultural values. Most of the tourists were female (25%), average age of 63 years, average income of 1,500 baht/month. Have diabetes and hypertension. Health tourism management model for the elderly used capital from traditions good local culture together with health promotion based on the sufficiency economy philosophy. Activities take 3 days 2 nights. After joining the activities, the elderly tourists had nutritional health promoting behaviors, exercise, and dealing with stress increased statistically at the .05 level. Mean blood pressure level and mean FBS level decreased significantly at the level of .05 and the satisfaction was at a highest level.

Keyword: Health tourism, Sufficiency economy philosophy, Elderly

บทนำ

การท่องเที่ยวจัดเป็นอุตสาหกรรมที่ใหญ่ที่สุดของโลก เห็นได้จากการขยายตัวของการท่องเที่ยวทั่วโลกที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากรายงานประจำปีของ World Travel and Tourism Council (WTTC)พบว่า ในปี พ.ศ. 2559 การท่องเที่ยวและการเดินทางสามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจได้ถึงร้อยละ 10.20 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมเศรษฐกิจโลก และคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนถึงร้อยละ 11.40 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมเศรษฐกิจโลกในปี พ.ศ. 2570[1] สำหรับในประเทศไทยนั้นการพัฒนาการท่องเที่ยวมีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Health Tourism) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการท่องเที่ยวทางเลือกใหม่ที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาและส่งเสริมประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อยุทธศาสตร์การพัฒนาไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ 10 ปี (พ.ศ. 2559-2568) และมุ่งสู่ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Medical & Wellness)[2] โดยตลาดท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั่วโลกมีมูลค่า 1.6 ล้านล้านบาท ขยายตัวปีละเกือบ 10 เปอร์เซ็นต์ ช่วยสร้างรายได้ให้กลุ่มผู้ประกอบการ เติบโตเพิ่มขึ้นร้อยละ 30

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ การเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตที่ลดลง การท่องเที่ยวถือเป็นการกระทำกิจกรรมยามว่าง เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทั้งกายและจิตใจ การท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นช่องทางการท่องเที่ยวตลาดใหม่ที่ประเทศไทยจะมุ่งเน้น เนื่องจากเป็นตลาดที่มีคุณภาพ และมีกำลังซื้อในการท่องเที่ยวสูงกว่าตลาดทั่วไป ซึ่งต้องทำการคัดสรรสินค้าทางการท่องเที่ยวให้ตรงกับความต้องการของ ผู้บริโภค และเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อรองรับการขยายตัวของการท่องเที่ยวผู้สูงอายุ จัดเป็นตลาดที่มีศักยภาพและน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากโครงสร้างของสังคมกำลังจะก้าวสู่สังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะรูปแบบและพฤติกรรมการท่องเที่ยวที่บริการมีคุณภาพดี มีความคุ้มค่าในการซื้อบริการ ความมั่นใจด้านความปลอดภัย ความมั่นใจด้านบริการ ดูแลสุขภาพที่ดี และต้องการกิจกรรมที่เหมาะกับวัยและสุขภาพ[3] โดยฉพาะการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ซึ่งเป็นการเดินทางท่องเที่ยวเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยสดงดงามในแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและวัฒนธรรม สร้างจิตสำนึกต่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ปัจจุบันโลกกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุซึ่งต้องการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้ตัวเองมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้เดินทางท่องเที่ยวมากขึ้นทั้งกลุ่มนักท่องเที่ยวภายใน

ประเทศ และนักท่องเที่ยวจากต่างประเทศซึ่งในอนาคตการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะทำรายได้ให้มากขึ้น และต้องการให้นักท่องเที่ยวสามารถอยู่ได้นานขึ้น โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมฉบับที่ 10 เน้นการส่งเสริมบทบาทชุมชนและองค์กรชุมชนในท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการแหล่งท่องเที่ยวทำให้เกิดกิจกรรมท่องเที่ยวหลายรูปแบบในชุมชน โดยการกำหนดนโยบายส่งเสริมการตลาดท่องเที่ยวเชิงรุกทั้งในและต่างประเทศ

เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีในขณะเดียวกันต้องพัฒนาศักยภาพแหล่งท่องเที่ยวที่อยู่ในชุมชนท้องถิ่นให้เป็นการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพเพื่อรองรับการเข้ามาของนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะกลุ่มนักท่องเที่ยวคุณภาพด้วยเช่นกัน[4]

สำหรับรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นได้มีผู้ทำการศึกษา เช่น จากการศึกษาของจันทร์จิตร์ เธียรศิริ และคณะ[5] ที่ประเมินสถานการณ์และศักยภาพการท่องเที่ยวแบบไม่รีบเร่งของผู้สูงอายุในภาคเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุมักจะท่องเที่ยวตามแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติพร้อมกับบุตรหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศ์เสวก อเนกจำนงพร[6] พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร นิยมท่องเที่ยวตามธรรมชาติโดยการเดินทางท่องเที่ยวแบบกลุ่มหรือหมู่คณะ ร่วมกับญาติ หรือบุตรหลาน โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 วัน นอกจากนี้การศึกษาของ สุรีย์ ธรรมิกบวรและชุภาศิริ อภินันท์เดชา[7] ที่ทำการพัฒนารูปแบบการท่องเที่ยวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมสุขภาพลุ่มแม่น้ำโขง(หมู่บ้านซะซอม) จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การจัดการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้ง มิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการจัดการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วม ระยะเวลาในการจัดการท่องเที่ยวประมาณ 3 วัน 2 คืน สำหรับกิจกรรมที่ควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย การเรียนรู้เรื่องโภชนาการ การจัดการความเครียด กิจกรรมการนวดสมุนไพร กิจกรรมการเรียนรู้พืชสมุนไพร การศึกษาประเพณีและวัฒนธรรมโดยให้เหมาะสมกับสุขภาพ สภาพเศรษฐกิจ ความพร้อมของแต่ละครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ลดลงจากการมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ที่มาของรายได้จะได้จากบุตรหลาน

ดังนั้นการน้อมนำแนวคิดการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ได้พระราชทาน เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทย การพัฒนาบนทางสายกลางด้วยความไม่ประมาท คำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันในตนเอง ตลอดจนการใช้ความรู้และคุณธรรมเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีสติปัญญาและความเพียรซึ่งจะนำไปสู่ความสุขในการดำเนินชีวิตอย่างแท้จริง[8] มาใช้ในการจัดการท่องเที่ยวและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ที่ใช้ติดตามประเมินผลมีทั้งผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย รวมทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และแบบประเมินความพึงพอใจของนักนักท่องเที่ยวสูงอายุ

จังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการจัดการท่องเที่ยวเนื่องจากมีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่หลากหลาย มีประเพณีและวัฒนธรรมที่ดีงาม มีการคมนาคมสะดวก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการศึกษารูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เพื่อมุ่งพัฒนาให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของประเทศที่เติบโตอย่างมีดุลยภาพและยั่งยืนรวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการพัฒนาสินค้า และบริการทางการท่องเที่ยวในการรองรับนักท่องเที่ยวกลุ่มผู้สูงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามบริบทอีสาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ตามวงจรการปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart[9] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทของชุมชน และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน

ขั้นตอนที่ 3 วิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดี่ยวประเมินก่อนและหลัง (Pretest-posttest one group design) ใช้รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่พัฒนาจากขั้นที่ 2 นำไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน คืนข้อมูลและรับฟังเสียงสะท้อนจากนักท่องเที่ยวสูงอายุ ผู้ประกอบการท่องเที่ยวและผู้นำชุมชน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุ (60-70 ปี) ที่อาศัยในเขตจังหวัดอุบลราชธานี โดยเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (active aging) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่า Power =.80, Medium effect size, Alpha = 0.05 เปิดตารางของ Cohen[10] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และคำนวณเผื่อการสูญเสียอีกร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจบริบทชุมชนโดยใช้การสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว

3. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย ด้านโภชนาการ จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และด้านการจัดการความเครียดจำนวน 10 ข้อ การแปลผลคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 5-7 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 4 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 3-5 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 3 คะแนน

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 1-2 วัน/สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย เท่ากับ 1 คะแนน

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวสูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านที่พักและด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 8 ข้อ และด้านกิจกรรม จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะประมาณค่า 5ระดับ และนำมาพิจารณาความถี่ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้[11]

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

5. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าดัชนีมวลกาย

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content validity)ของเครื่องมือทุกชุดจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจำนวน 2 ท่าน นำไปคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อย่างระหว่าง 0.86-0.93 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับนักท่องเที่ยวสูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง 0.85-0.91

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE 601017

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและทีมงานกล่าวแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับนักท่องเที่ยวสูงอายุ ผู้นำชุมชน และเครือข่ายผู้ประกอบการท่องเที่ยว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงความเสี่ยงประโยชน์ที่จะได้รับ และสามารถออก

จากการศึกษาได้ทันทีที่มีความประสงค์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

2. ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน และบริบทชุมชน ประเพณี วัฒนธรรม และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

3. สังเคราะห์รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน โดยคัดเลือกตัวแทนแต่ละกลุ่มเข้าร่วมประชุม เพื่อรับฟังการนำเสนอผลการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน และบริบทชุมชน ให้ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสม

4. ทดลองใช้รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสานโดยกลุ่มนักท่องเที่ยวสูงอายุ จำนวน 30 คน

5. คืนข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะนำไปแก้ไขปรับปรุง

6. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจในการจัดการท่องเที่ยว ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการวิจัย (Pre-test) และเมื่อดำเนินการวิจัยไป 12 เดือน (Post-test)

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับบริบทของชุมชน เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นตรง น่าเชื่อถือ และป้องกันความผิดพลาด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล แบบสามเส้า (Triangulation)

2. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยสถิติ paired sample t-Test

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 บริบทของชุมชน เป็นชุมชนที่มีศักยภาพในการพัฒนาเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน

ตาราง 1 บริบทชุมชน

ประชากรผู้สูงอายุ	จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีจำนวน 235,150 คน เป็นเพศชาย 107,876 คน เพศหญิง 127,274 คน ประชากรผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปี ขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 14 จังหวัดอุบลราชธานีจะต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า และเมื่อรวมกับสัดส่วนประชากรอายุ ระหว่าง 50 – 59 ปี ที่จะเป็นผู้สูงอายุรวมจำนวน 218,245 คน จะทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 453,395 คน คิดเป็นร้อยละ 24.79 ซึ่งหมายความว่าอีก 10 ปี ข้างหน้าจังหวัดอุบลราชธานีจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์
แหล่งท่องเที่ยว	ชุมชนมีวัดและสถาปัตยกรรมโบราณที่น่าสนใจอันอุดมไปด้วยคุณค่าทางศิลปะและวัฒนธรรม ได้แก่ วัดหนองป่าพง วัดบ้านหนองบ่อ วัดพระเจ้าใหญ่วิเศษ เรือโบราณ ขัวน้อย(สะพานข้ามทุ่งนา)ซึ่งมีความเก่าและและมีคุณค่าทางประวัติศาสตร์ รวมทั้งยังมีปลาจากแหล่งน้ำธรรมชาติ แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติเช่น ลำชี ลำเซบาย บึงบัว
สินค้าโอท้อป	ผ้าไหมทอมือและเครื่องทองเหลืองบ้านปะอาว ผ้าฝ้ายสีธรรมชาติบ้านหนองบ่อ กระติบข้าว หวดบ้านหนองขอน มะพร้าวเผาและข้าวหลาม ไก่ย่างบ้านท่าวารี ข้าวหอมทุ่งบ้านหัวดอน
ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น	จารีตประเพณี วัฒนธรรมที่กระทำสืบต่อกันมา เรียกว่า ฮีตสิบสองครองสิบสี่ ซึ่งเป็นงานบุญประเพณีตาม 12 เดือน ได้แก่ บุญเดือนห้าบุญสงกรานต์และวันเนาว์เป็นการสงค์น้ำพระ รวมทั้งรดน้ำขอพรจากผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือ บุญ

ตาราง 1 บริบทชุมชน

	เดือนหกเป็นงานแห่เทียนเข้าพรรษาของจังหวัดอุบลราชธานีซึ่งถือเป็นงานระดับชาติซึ่งพุทธศาสนิกชนในจังหวัดอุบลราชธานีโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะพาบุตรหลานไปทำบุญถวายเทียนพรรษาแก่พระภิกษุสงฆ์ บุญเดือนเก้าบุญข้าวประดับดิน จัดทำบุญประมาณตีสาม ตีสี่ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้บรรพบุรุษผู้ล่วงลับไปแล้ว เป็นต้น
การคมนาคม	- สนามบินนานาชาติ 1 แห่ง ซึ่งมีสายการบินของบริษัทต่างๆ คือ การบินไทย (ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ) ทำการบินโดย หน่วยธุรกิจ ไทยสไมล์ ไทยแอร์เอเชีย (ท่าอากาศยานดอนเมือง) และนกแอร์ -รถโดยสารประจำทาง มีทั้งรถธรรมดาและรถปรับอากาศ ออกจากสถานีขนส่งสายตะวันออกเฉียงเหนือ (หมอชิตใหม่) นอกจากนี้ บริษัทขนส่งยังมีบริการรถโดยสารระหว่างอุบลราชธานีและเมืองปากเซ สปป. ลาวทุกวัน -รถไฟ มีรถด่วน รถเร็ว และรถไฟนั่งปรับอากาศด่วนพิเศษทุกวัน จากกรุงเทพฯ ผ่านจังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และศรีสะเกษ สุดปลายทางที่อำเภอวารินชำราบ
อาชีพของบุคคลในชุมชน	การเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ส่วนใหญ่ใช้เครื่องจักในการทำการเกษตรทำให้งานเสร็จเร็วจึงทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานหรือคนหนุ่มสาวจะเข้าไปทำงานที่ต่างจังหวัดหรือในตัวเมืองอุบลราชธานี ส่วนผู้สูงอายุจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรหลาน จักสานหวดนึ่งข้าวเหนียว กระติบข้าว(ตำบลหนองขอน) ทอผ้าไหม (ตำบลหนองบ่อ) ทำเครื่องทองเหลือง(ตำบลปะอาว) ไก่ย่าง มะพร้าวเผา ข้าวหลาม(บ้านท่าวารี)
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	- ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานเนื่องจากการรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักซึ่งมีเป็นประเภทแป้งสูง อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่มีรสเค็ม(รสนัว) เนื่องจากปรุงด้วยปลาร้าซึ่งเป็นอาหารพื้นถิ่น อาหารส่วนใหญ่จะประกอบเองภายในครัวเรือน -ด้านการจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จะมีการพูดคุยกันในการเล่าทุกข์สุขขณะไปทำบุญที่วัด แต่บางชุมชนผู้สูงอายุเดินเข้าร่วมกิจกรรมลำบากเนื่องจากถนน 4 เลนปริมาณรถมากวิ่งเร็ว ส่วนใหญ่จะอยู่บ้านไม่ได้ประกอบอาชีพ -ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกกำลังกาย เนื่องจากมีข้อจำกัด เช่น ปวดข่า ข้อเข่าเสื่อม น้ำหนักมากเดินลำบาก ไม่มีเวลาเนื่องจากต้องเลี้ยงหลาน ขาดความตระหนักเพราะเข้าใจว่าตนเองอยู่ในวัยชราออกกำลังกายไม่ได้ ขาดการสนับสนุนและส่งเสริมการออกกำลังกายจากหน่วยงานภาครัฐ ในด้านบุคลากร และงบประมาณ

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามบริบทอีสาน การจัดการท่องเที่ยวใช้ทุนจากประเพณีวัฒนธรรมอันงดงาม ร่วมการส่งเสริมสุขภาพโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงระยะเวลา 3 วัน 2 คืน ประเมินความประทับใจของนักท่องเที่ยวผู้สูงอายุพบว่า ระยะเวลาไม่นานเกินไป แหล่งท่องเที่ยวอยู่ใกล้ชุมชน ที่พักมีลักษณะบ้านเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เดินทางสะดวก กิจกรรมที่จัดให้เป็นการส่งเสริมให้มีสุขภาพดี และสามารถนำมาปฏิบัติ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการสร้างภูมิคุ้มกันในตนเองให้ไกลจากโรคด้วยภูมิปัญญาของทั้งถิ่น

ตอนที่ 3 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ ของนักท่องเที่ยวสูงอายุ จำนวน 30 คน

3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 63 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.34 นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 53.33 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 20 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33 รายได้เฉลี่ย 1,500 บาท/เดือน มีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25 ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร ร้อยละ 50

3.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่ แตกต่างกัน

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Paired simple t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ด้านโภชนาการ	26.63	2.68	29.87	3.00	-7.803	.000*
การออกกำลังกาย	23.17	3.55	23.87	3.22	-2.659	.013*
การจัดการกับความเครียด	26.67	3.13	28.20	2.71	-4.782	.000*
ระดับความดันโลหิต						
ซีสโตลิค	130.83	5.88	129.10	4.93	2.184	.037*
ไดแอสโตลิค	82.10	7.60	77.10	7.87	3.265	.003*
ระดับน้ำตาลในเลือด	131.15	16.86	125.93	13.69	2.129	.043*
ค่าดัชนีมวลกาย	24.86	4.00	24.80	4.07	.228	.821

3.2 ความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอยู่ในระดับที่สุดมาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อรูปแบบการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับความพึงพอใจ
การให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร	4.42	0.81	มากที่สุด
กระบวนการ ขั้นตอน การให้บริการ	4.00	0.56	มาก
ที่พัก และความสะดวก	4.23	0.73	มากที่สุด
กิจกรรม	4.51	0.92	มากที่สุด
โดยรวม	4.29	0.67	มากที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปรับปรุง

กลุ่มผู้นำชุมชน เสนอแนะให้เพิ่มช่องทางในการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ควรมีการกำหนดราคาที่เหมาะสม สำหรับกลุ่มอาชีพอยากให้มีการประสานงานก่อนเพื่อจัดเตรียมสินค้าในการจำหน่าย ส่วนนักท่องเที่ยวสูงอายุเห็นว่าระยะเวลามีความเหมาะสม

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทของชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีมีจารีตประเพณี โบราณสถานและแหล่งท่องเที่ยวที่มีคุณค่า คุณลักษณะประชากรเป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ตามเกณฑ์ของสหประชาชาติ (UN) ระบุว่า เป็นสังคมสูงวัย (aging society) โดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและมีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานเนื่องจากมีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสมจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. นักท่องเที่ยวสูงอายุมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อรูปแบบการรูปแบบการจัดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามบริบทอีสาน เพราะรูปแบบการท่องเที่ยวมีกิจกรรมการดำเนินการระยะ 3 วัน 2 คืน ซึ่งซึ่งเห็นว่าระยะเหมาะสม เนื่องจากผู้บางคนมีภารกิจในการดูแลบุตรหลาน หรือต้องพบแพทย์ตามนัด แหล่งท่องเที่ยวอยู่ภายในชุมชนทำให้ไม่เกิดความลำบากในการเดินทางซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม[11] กิจกรรมมีหลากหลายเป็นกิจกรรมที่

เปิดโอกาสให้นักท่องเที่ยวสูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ
ของตนเองภายใต้บริบทอีสาน สอดคล้องกับทฤษฎีทางสังคมของผู้สูงอายุการทำกิจกรรมทางสังคมก่อให้เกิดสุขภาวะทางสังคม[12]

3. นักท่องเที่ยวผู้สูงอายุพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นทั้งนี้เนื่องจากได้มีการจัดกิจกรรมบรรยายและสาธิตให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. โดยการส่งเสริมให้นักท่องเที่ยวผู้สูงอายุได้รับรู้การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และชะลอโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมี ประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ รวมทั้งผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากเกิดภาระจากการรักษาโรค ส่งผลให้ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพสุขภาพ นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจให้นักท่องเที่ยวสูงอายุมีความตระหนักในคุณค่าของประเพณีและวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น ซึ่งจากการศึกษาของ วราทิพย์ แก่นการ[13] เรื่องการพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รอบอุทยานบึงบัว จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ชุมชนมีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมหลากหลายอันสะท้อนให้เห็นถึงวิถีชีวิตที่บ่งบอกความเป็นตัวตนคนอีสาน มีสถาปัตยกรรมที่มีคุณค่าทางศิลปะและวัฒนธรรม รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิตร เธียรสิริ และคณะ[5] พบว่ากิจกรรมการท่องเที่ยวที่เหมาะกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าร่วมประเพณีท้องถิ่น การศึกษาวิถีท้องถิ่น กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมเชิงสุขภาพ รวมทั้งการศึกษาของ สุรีย์ ธรรมิกบวร และ ชุภาศิริ อภินันท์เดชา[7] ที่ศึกษาพบว่า การจัดการท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุควรครอบคลุมทั้ง มิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการจัดการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมให้เหมาะกับวิถีชีวิต ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายควรมีส่งเสริมแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสำหรับรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยเน้นความพอเพียงด้านสุขภาพโดยดึงศักยภาพของชุมชนให้มีส่วนร่วม

2. ด้านการจัดกิจกรรมการท่องเที่ยวควรมีความหลากหลาย เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Travel and Tourism Council (WTTC). Travel and Tourism Economic Impact Caribbean. World Travel and Tourism Council, London; 2017.
2. กรมการท่องเที่ยว. แผนยุทธศาตร์พัฒนาการ ท่องเที่ยว กรมการท่องเที่ยว พ.ศ. 2561–2564. กรุงเทพมหานคร: กรมการท่องเที่ยว; 2561.
3. Kotler P, & Armstrong G. Principles of Marketing. 11th Edition. New Jersey: Pearson; 2006.
4. Sriampornekkul L, Chuntuk T. (2018). Quality Tourism for Senior Tourists. Journal of umanities and Social Sciences,Rajapruk University. 2018:4(1):12-28.
5. จันทร์จิตร เธียรสิริ, ฉันทวัต วันดี, สุรีย์ บุญญานุพงศ์ ละกรวรรณ สังขกร. การประเมินศักยภาพการตลาดท่องเที่ยวแบบไม่รีบเร่งสำหรับนักท่องเที่ยวกลุ่มผู้สูงอายุ ในภาคเหนือตอนบน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น. 2555;6(1):49-62.
6. พงศ์เสวก อเนกจำนงค์พร. พฤติกรรมการท่องเที่ยวของประชากรรุ่นเบบี้บูมในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรมการบริการและการ ท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558.

7. สุรีย์ ธรรมิกบวร และ ชุภาศิริ อภินันท์เดชา. ารพัฒนารูปแบบการท่องเที่ยวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามวิถีวัฒนธรรมสุขภาพลุ่ม แม่น้ำโขง(หมู่บ้านซะซอม) จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2559;28(1):25-40.

8. Phuphaibul R, Watanasak S, Thiempathom W, et al. Project Report: Development of Sufficiency Health in Community under the Principle of Sufficiency Economy Philosophy. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing; 2010.

9. Kemmis S & McTaggart R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria: Deakin University;1988.

10. Cohen J. Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences. New York: Academic Press. Stata Corp. 2003. STATA Reference Manual Release 10. Texas: Stata Press; 1977.

11. บุญชุม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์สุรีวิรยาสาส์น; 2545.

12. Garver MJ, Focht BC, Taylor SJ. Integrating lifestyle approaches into osteoarthritis care. J Multidiscip Healthc. 2015;8:409–18.

13. Eiopouslos, C. Gerontological Nursing, (7th ed.). Philadelphia, PA.: Norton; 2010.

14. วราทิพย์ แก่นการ. การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชน รอบอุทยานบึงบัว จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร วิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี. 2561;7(2):185-94.

การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานเจซีไอ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

The Relationship between Personal's Participation and Development of Continuous Service Quality at Queen Sawang Vaddhana Memorial Hospital at Si Racha

วิรัญจ์ญา อานนท์กิจพานิช[1]* พาณี สีตกะลิน** นิตยา เพ็ญศิรินภา**

Wiranya Arnonkitpanich[1], Panee Sitakalin, Nittaya Pensirinapa,

(Received: August 25,2018; Accepted: September 21,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรในการมีส่วนร่วมของบุคลากร (2) การมีส่วนร่วมของบุคลากร (3) การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (4) อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ (5) อิทธิพลของการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

ประชากรคือบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาทุกระดับเลือกแบบเจาะจง จำนวน 265ฉบับตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2561 โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลการมีส่วนร่วมและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ค่าความเที่ยง 0.95 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การถดถอยและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า (1)ปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 196 คน(74%) อายุ41-50 ปี 97 คน(36.6%) ระดับการศึกษาปริญญาตรี 164 คน(61.9%)สถานภาพโสด136 คน(51.3%) สายงานสนับสนุน 218คน(82.3%) ผู้ปฏิบัติ 184คน(69.4%) ระยะเวลาต่ำกว่า 10 ปี 142คน(53.6%) เคยเข้ารับการอบรม 230คน(86.8%) (2)การมีส่วนร่วมของบุคลากรมีค่าเฉลี่ย 3.24 อยู่ในระดับปานกลาง (3) การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ย 3.61อยู่ในระดับมาก(4)ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ เคยรับการอบรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สายงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน สถานภาพ เพศ และอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05(5)ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

Abstract

This quantitative research study The purpose is to study (1) personal factors of personnel in personnel participation (2) Participation of personnel (3) continuous improvement of service quality (4) The influenceof personal factors on service quality development. (5) Influence of personnel participation on continuous quality development of Queen Sawang Vaddhana Memorial Hospital, Chonburi Province. The population is the staff at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi Province. A total of 265 items were selected from 1 May to 31 July 2018 using a questionnaire composed of personal factors. Continuous participation and

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2]. Dr.P.H. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3]. สด. (สุขศึกษา) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

quality development. 0.95. The statistics used in the data analysis were percentage, mean, standard deviation Regression analysis And multiple regression analysis.

The study found that. (1) Most personal factors are female, 196 (74%), 41-50, 97 (36.6%), 164 (61.9%), 136 218 people (82.3%), 184 people (69.4%), less than 10 years, 142 (53.6%) had 230 training (86.8%). The mean score of 3.24 was moderate. (3) Continuous improvement of service quality was 3.61. (4) Continuing to improve the quality of service, we have been trained in hospital quality improvement. (5) Factors affecting the continuous development of service quality were the participation of personnel at the statistical level at .05 level .05

Keywords: Participation, Development of Continuous Service Quality

บทนำ

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสภากาชาดไทย ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระศรีสวรินทิรา บรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า พระบรมราชเทวี ในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 5 ทรงพระราชทานกำเนิดโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 10 กันยายน พุทธศักราช 2445 ปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 500 เตียง ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกประมาณ 2,500-3,000 คนต่อวัน[14] เปิดให้บริการทางการแพทย์ครบวงจรและนำระบบบริหารงานคุณภาพมาใช้พัฒนางาน[5,13] เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ จากโครงการพัฒนาพื้นที่ชายทะเลภาคตะวันออกตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ทำให้มีการย้ายถิ่นฐานของประชาชนเข้ามาทำงานในเขตอุตสาหกรรมของอำเภอศรีราชาและบริเวณใกล้เคียงเป็นจำนวนมาก[11] จึงมีผลให้มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมากขึ้นเป็นลำดับ ภารกิจหลักของโรงพยาบาล คือ การให้บริการด้านการแพทย์แบบองค์รวมครบวงจร จัดหาโลหิต ดวงตา อวัยวะ และบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัยพิบัติในเขตจังหวัดชลบุรี และจังหวัดใกล้เคียง ให้ความร่วมมือ[9,10]กับมหาวิทยาลัยและแพทยสภาในการผลิตแพทย์ชั้นคลินิก เสริมทักษะด้านการแพทย์ การพยาบาลแก่นิสิตนักศึกษา ทั้งก่อนและหลังปริญญา รวมทั้งให้ความร่วมมือกับองค์กรต่าง ๆ[12] เพื่อการเข้าถึงผู้ด้อยโอกาส และเพิ่มพูนศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต สำหรับระบบการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลนั้นในปี 2542 โรงพยาบาลได้เรียนรู้ในงานพัฒนาคุณภาพ และ ได้รับการรับรอง ISO 9002 ทั้งระบบในปี 2544 สิ่งสำคัญคือการธำรงไว้ซึ่งระบบคุณภาพ เพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง[1,2] มุ่งสู่การได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล[5,6,7] (Hospital Accreditation : HA) จนได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) และผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Re – Accreditation ครั้งที่ 1) เพื่อแสดงว่าโรงพยาบาล ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก ซึ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2549 การที่จะบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โรงพยาบาลจะต้องมีผู้นำที่มีศักยภาพสูง[3] เพื่อกระตุ้นชี้นำองค์กรสร้างระบบการกำกับดูแลกิจการที่ดี กำหนดกลยุทธ์ถ่ายทอดนำสู่การปฏิบัติ สร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานขององค์กร[4,8,15]ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (Re – Accreditation ครั้งที่ 2) เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 (Re – Accreditation ครั้งที่3) เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2556

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

1.5 เพื่อศึกษาอิทธิพลของการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดขนาดของตัวอย่างของ Krejcie&Morgan $n = X^2Np(1-p)/e^2(N-1)+ X^2p(1-p)$ เท่ากับ 322 ตัวอย่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการทำแบบสอบถาม ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม – 31 กรกฎาคม 2561 เป็นจำนวน 322 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 57 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 17.70 ข้อมูลสมบูรณ์ 265 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 82.30

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม (Questionaire) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลจำนวน8 ข้อการมีส่วนร่วมของบุคลากรจำนวน 18 ข้อ และการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องของท่านโดยใช้ PDCA จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ(น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ได้แก่ ดร. ชื่นฤทัย ยี่เขียนผู้จัดการศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย คุณรัชยา โพธิชัยผู้จัดการศูนย์คุณภาพ คุณมะลิวรรณ วิจิตต์ไพบูลย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ คุณวันเพ็ญ สุขส่งผู้ชำนาญการพิเศษ ได้ค่าความเที่ยงตรง = 0.8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.957 สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมมาได้มาดำเนินการตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับและทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 74 มีอายุ41-50 ปีร้อยละ 36.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 61.9สถานภาพโสดร้อยละ 51.3สายงานสนับสนุนร้อยละ 82.3 เป็นผู้ปฏิบัติร้อยละ 69.4 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำกว่า 10 ปีร้อยละ 53.6 เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร้อยละ 86.8

2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับการตัดสิน ใจปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมีระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.86 รองลงมาด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีค่าเฉลี่ย 3.39 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล มีค่าเฉลี่ย 3.08 และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีค่าเฉลี่ย 2.65 ตามลำดับ

3. การพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับการตัดสินใจมาก มีค่าเฉลี่ย 3.61 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการวางแผน (Plan) มีระดับการตัดสินใจมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 3.67 รองลงมาด้านการดำเนินงานให้เหมาะสม (Act) มีค่าเฉลี่ย 3.60 น้อยที่สุดด้านการปฏิบัติ (Do) มีค่าเฉลี่ย 3.58

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหูคูณ ปัจจัยส่วนบุคคล ร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 16 ($R^2 = 0.160$) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ เคยรับการอบรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสายงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน สถานภาพเพศ และอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องได้ดีที่สุด คือ เคยรับการอบรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สายงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน สถานภาพ เพศ อายุตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันระดับการศึกษา และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานปัจจุบันตามลำดับ

ตาราง 1 การวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยส่วนบุคคล	B	S.E.	Beta	t	sig
เพศ	-.199	.092	-.138	-2.176	.030*
อายุ	-.253	.123	-.198	-2.060	.040*
ระดับการศึกษา	.187	.132	.128	1.421	.156
สถานภาพ	.306	.113	.242	2.714	.007*
สายงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	.396	.125	.239	3.156	.002*
ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	-.170	.091	-.118	-1.865	.063
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	.099	.081	.078	1.230	.220
เคยรับการอบรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	.412	.119	.221	3.468	.001*
ค่าคงที่ (Constant)	3.116				
R^2= 0.160SEE = 0.58961F = 6.082sig = 0.000*					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลระหว่างการมีส่วนร่วมของบุคลากรกับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาพบว่าผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหูคูณการมีส่วนร่วมของบุคลากรร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 41.4 (R^2 = 0.414) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 การวิเคราะห์อิทธิพลของการมีส่วนร่วมของบุคลากรต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่ศึกษา	B	S.E.	Beta	t	sig
การมีส่วนร่วมของบุคลากร	.674	.049	.644	13.641	.000*
ค่าคงที่ (Constant)	1.425				
R^2 = 0.414 SEE = 0.48563 F = 186.076 sig = 0.000*					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 265 ตัวอย่าง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ เพศ อายุ และเคยรับการอบรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ระดับการศึกษา สายงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน และสถานภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหูคูณ การมีส่วนร่วมของบุคลากรร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 41.4 (R2 = 0.414) โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณรศ. ดร.พาณี สีตกะลิน และรศ. ดร.นิตยา เพ็ญศิรินภา ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือทางวิชาการ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆอย่างเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ขอบคุณครอบครัวที่ให้กำลังใจ เพื่อนร่วมรุ่นที่ช่วยเหลือด้านวิชาการและสถิติด้วยความจริงใจ รวมถึงบุคลากรทุกท่าน ทุกหน่วยงาน ที่ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กัญญวัลย์ ศรีสวัสดิ์พงษ์. (2554). การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
2. จินตนา ส่องแสงจันทร์. (2549). การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
3. ดวงฤทัย ตันติศิรประภา. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำและการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
4. ทวีวัฒน์ ชัยมงคล. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยสภาพแวดล้อมและระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
5. ธนพร มาสมบูรณ์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลกรณีศึกษาโรงพยาบาลรามาธิบดี. ปริญญานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
6. บุณฑริกา วรรณกลึง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการปฏิบัติงานการได้รับการอบรมบรรยากาศองค์การกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยนาท" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
7. หทัยนุช ภู่เพ็ง. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตแขนงวิชาการบริหาร การพยาบาลสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
8. อภิญญา กังสนารักษ์. (2544). รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมในองค์กรที่มีประสิทธิผลระดับคณะ ของสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. Arnstien, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. Journal of the American Institue of Planners. 35(4): 216-224.
10. Cohen, J.M., & Uphoff, N.T. (1981). Rural Development Participation: Concept and Measure For Project Design Implementation and Evaluation: Rural Development Committee Center for international Studies. New York: Cornell University Press.
11. Huntington, S. & Nelson, S. (1975). No easy choice: political participation in developing countries. New York: Harvard University Press.
12. Koufman, F. (1949). H.F. Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities. Agricultural Experiment Station Bulletins. 4(2): 5-50.
13. Putti. (1987). Work values and organizational commitment: A study in the Asian context. Human Relations. 4(2): 275-288.
14. United Nations (1981). Yearbook of International Trade Statistics. United Nations:UN Press.
15. William, E. (1976). Electoral Participation in a Low Stimulus Election. Rural Development. 4(1): 111–124.

ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลเอกชน

The Effects of Supervision through GROW Coaching Model of First – Line Nurse Managers at Private Hospitals

อรอนงค์ ธาราไพศาลสุข[1] สมพันธ์ หิญชีระนันทน์ พัชราภรณ์ อารีย์

(Received: October 15,2018; Accepted: November 20, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แนวคิดการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของวิตมอร์(Whitmore, 2012) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในโรงพยาบาลเอกชนระดับทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ เลือกแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นคือ กลุ่มผู้นิเทศ จำนวน 24 คน และกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ คือ กลุ่มผู้รับการนิเทศ จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ (1) กิจกรรมการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (2) แบบสอบถามความพึงพอใจ 2 ชุด เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ1.00และ 0.92 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า (1) ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ($\overline{X} = 4.70$, SD = 0.23) สูงกว่า ก่อนมีการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ($\overline{X} = 2.90$, SD = 0.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) และ (2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ($\overline{X} = 4.81$, SD = 0.13) สูงกว่า ก่อนการได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ($\overline{X} = 3.08$, SD = 0.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัย ชี้ให้เห็นว่าการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ซึ่งเป็นการนิเทศแบบใหม่ของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานให้แก่ทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงนำไปกำหนดเป็นนโยบายและกลยุทธ์ในการบริหารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และพัฒนาความสามารถของทีมในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมายขององค์กรพยาบาล

คำสำคัญ :โมเดลการโค้ชแบบโกรว์/ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

Abstract

This quasi-experimental research using a pretest and posttest design investigated the outcomes of supervision using a GROW coaching model.Two groups of subjects at Private Hospitals of professional nurses selected through purposive sampling were used one was a group of 24 first line nurse managers and the other was a group of 28 professional nurses. The research instruments consisted of 2 parts:(1) GROW coaching model supervision activities, (2) a GROW coaching model supervision satisfaction questionnaire. The content validity indexes were 1.00 and 0.92 respectively, and reliability coefficients of the

---

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

[2] รองศาสตราจารย์อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

[3] รองศาสตราจารย์อาจารย์ดร.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

questionnaire were 0.93 and 0.96, respectively. Data were analyzed with descriptive statistics.(frequency, percent, mean, and standard deviation and paired t-test.)

The main research findings were as follows. For the group of first line nurse managers, the average score for their satisfaction after the use of GROW coaching model supervision ($\overline{X}$ =4.70, SD = 0.23) was significantly higher (p<.05) than that before the use of GROW coaching model supervision. For the group of professional nurses, the average score after being supervised with the GROW coaching model ($\overline{X}$ = 4.81, SD = 0.13) was significantly higher (p<.05) than before being supervised with the GROW coaching model. The research results indicated that the new coaching model, the GROW coaching model, finally in knowledge development, work satisfaction, increase of work efficiency, and development of teamwork in achieving the goals of the nursing organization.

Keywords: GROW coaching model supervision /First – Line Nurse Managers

บทนำ

องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพทั้งด้านการศึกษา และการบริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากร ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในด้านต่างๆ โดยผู้รับบริการมีความมุ่งหวังที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพและต้องมีการพัฒนาด้านการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง[1] กล่าวว่า การนิเทศทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้การทำงานของทีมพยาบาลมีคุณภาพ เนื่องจากการนิเทศช่วยกระตุ้น และส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการพัฒนา และเป็นกระบวนการ สนับสนุนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โดยผู้รับการนิเทศสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาลผู้ทำหน้าที่ในการนิเทศ ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จในการทำงานตามเป้าหมายขององค์กร การนิเทศยังสามารถพัฒนาการจัดการด้านอารมณ์กับบุคลากรในวิชาชีพ ด้วยการจัดบรรยากาศแห่งความมั่นคง ความเชื่อมั่นในการพัฒนาให้เกิดความรู้และทักษะ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะนำไปสู่การตระหนักในความรับผิดชอบเชิงวิชาชีพและสะท้อนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้เกิดเอกลักษณ์ หรือ ลักษณะเฉพาะในอาชีพ พัฒนาสมรรถนะและเพิ่มทักษะในงาน[2] ดังนั้นการนิเทศจึงเป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ และช่วยควบคุมคุณภาพการบริการ โดยการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเอง สร้างความพึงพอใจในงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การนิเทศ เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนาบุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน การนิเทศ ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ และยังช่วยให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกันมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ได้รับการนิเทศ และต่อองค์กร[3,4] อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการพัฒนา รวมทั้งเป็นกระบวนการที่สนับสนุนการปฏิบัติเชิงวิชาชีพการพยาบาลในการให้บริการด้านการพยาบาลในโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์โดยให้การสนับสนุน ติดตาม กำกับ ดูแล เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ รวมถึงการใช้หลักการนิเทศในขณะปฏิบัติงาน เป็นกลไกหลักในการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลครอบคลุมองค์รวม[5] ดังนั้น การนิเทศที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อคุณภาพในการบริการ เมื่อผู้นิเทศมีความรู้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ และเกิดความพึงพอใจซึ่งเมื่อมีความพึงพอใจต่อการนิเทศ ย่อมส่งผลให้ผู้รับการนิเทศพึงพอใจในการปฏิบัติงานและบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร [6]

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสถานที่ทำการวิจัยครั้งนี้ ทำหน้าที่รับผิดชอบ การให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มีการนำระบบการประเมิน สมรรถนะรายบุคคลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง สำหรับสมรรถนะการบริหารด้านการนิเทศและมอบหมายงาน เป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับ โดยต้องมีความรู้และทักษะ ซึ่งใช้การประเมินเชิงคุณภาพจากการปฏิบัติหน้างานร่วมกับการใช้

แบบทดสอบความรู้ ความสามารถ และนำไปสู่การพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายการบริการขององค์กร ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการที่มีอายุงานไม่เกิน 2 ปีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งยังขาดประสบการณ์ในการทำงานจึงส่งผลกระทบต่อระบบการและกระบวนการการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นฝ่ายการพยาบาลได้วิเคราะห์และทบทวนประเด็นปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยการตรวจเยี่ยมตามแผนกต่างๆ พบว่า การนิเทศของหัวหน้าแผนกมีส่วนช่วยพัฒนางานของผู้ปฏิบัติงานให้มีคุณภาพการพยาบาล แต่ได้พบประเด็นที่ต้องนำมาพัฒนา คือยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการนิเทศที่ชัดเจน ผู้นิเทศปฏิบัติการนิเทศตามประสบการณ์ของตนเอง ขาดการกำกับการติดตามและประเมินผลงานอย่างต่อเนื่อง ผู้นิเทศไม่เข้าใจกระบวนการนิเทศอย่างชัดเจนจึงส่งผลให้ผู้นิเทศขาดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ ให้กับผู้รับการนิเทศ ทำให้ผู้รับการนิเทศขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานมีผลให้เกิดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์กับผู้รับบริการเช่น ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และได้ระบุประเด็นปัญหาการนิเทศทางการพยาบาลสรุปได้ดังนี้ (1) ระบบการนิเทศขาดประสิทธิภาพ (2) แผนการนิเทศและการกำหนดเป้าหมายการนิเทศไม่ชัดเจน (3) ขาดการบันทึกการนิเทศ (4) ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศ ไม่มีการนำผลการนิเทศมาวิเคราะห์อย่างครอบคลุม และ(5) ควรมีการพัฒนาระบบการนิเทศการปฏิบัติงานที่ชัดเจน

การนิเทศแบบโกรว์ (GROW coaching model supervision) ของของวิตมอร์ (Whitmore)[7] เป็นการนิเทศรูปแบบหนึ่งในจำนวนหลายรูปแบบของการนิเทศ โดยผู้นิเทศสามารถดึงศักยภาพ และความสามารถของบุคลากรเพื่อปรับปรุง หรือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน การนิเทศจะได้ผลลัพธ์ดี ผู้นิเทศต้องมีทักษะด้านการนิเทศเป็นอย่างดี การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์(GROW coaching model) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ 1) เป้าหมาย, จุดประสงค์, เรื่องที่ต้องการบรรลุผล (G: Goal) 2) สถานการณ์ที่เป็นอยู่, ความคิด ความรู้สึกกับปัจจุบันนี้ (R : Reality) 3) ทางเลือก, วิธีการ, แผนงาน, ความเป็นไปได้ (O: Option) และ4) เกิดการตัดสินใจในสิ่งที่เกิดขึ้น, สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ (W: Wrap up) หากผู้บริหารทางกาพยาบาล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการ และกระบวนการนิเทศ รวมถึงการนำทักษะการนิเทศมาประยุกต์ได้อย่างถูกต้องกับการทำงานจะส่งผลให้พยาบาลที่ได้รับการนิเทศเกิด การเรียนรู้เป็นไปอย่างถูกต้องสมบูรณ์ เกิดการถ่ายทอดงานและเทคนิคการปฏิบัติงานจากหัวหน้าไปสู่ผู้ร่วมงานช่วยให้เกิดความรู้ในการทำงานที่ถูกต้องเกิดเจตคติที่ดีเกิดทักษะจากการปฏิบัติงานที่ถูกต้องส่งผลให้เกิดความชำนาญและเชี่ยวชาญ สามารถถ่ายทอดสู่ผู้ใต้บังคับบัญชาส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัย[8]

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลางจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการนิเทศ และได้ศึกษาค้นคว้า พบว่า การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์น่าจะมีความเหมาะสมสำหรับผู้บริหารระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยในการกำกับดูแลพยาบาลวิชาชีพให้การบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา ของโรงพยาบาลในเครือเดียวกันโดยมุ่งเน้นการนิเทศทางการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ก่อให้เกิดผลดีต่อองค์กรพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนกับหลังการใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

3.เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนกับหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อ วิเคราะห์ผลการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโดยเปรียบเทียบก่อนกับหลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในเครือโรงพยาบาล เอกชนระดับทุติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 7 โรงพยาบาล รวมจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 681 คน ผู้วิจัยเลือกประชากรแบบเจาะจง จากโรงพยาบาลในเครือ 1 โรงพยาบาล ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 74 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวนนี้จึงเป็นจำนวนประชากรในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากร จำนวน 74 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน ผู้วิจัยแบ่ง กลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหรือกลุ่มผู้นิเทศและกลุ่มพยาบาลวิชาชีพหรือกลุ่มผู้รับการนิเทศ ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหรือกลุ่มผู้นิเทศ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งผู้จัดการแผนก หัวหน้าแผนก และรองหัวหน้าแผนกทุกคนจำนวน 24 คน

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพหรือกลุ่มผู้รับการนิเทศ คัดเลือกจากประชากรจำนวน74 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกคือเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่มีอายุงานตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานไม่เกิน 2 ปีได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 28 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีประเด็นปัญหาเกิดอุบัติการณ์ ไม่พึงประสงค์ในการปฏิบัติการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ กิจกรรมการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย

1.1 แผนการอบรมการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของวิตมอร์ (Whitmore, 2012) และจากการศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 คู่มือการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของวิตมอร์ (Whitmore, 2012) และจากการศึกษาวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งผ่านการ ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ใช้เป็นแนวทางในการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับหลักการนิเทศวิธีการโค้ช (Coaching) ในการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นซึ่งเป็นกลุ่มผู้นิเทศ มี 2ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด การปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประสบการณ์การเป็นผู้นิเทศทางการพยาบาล การอบรมการนิเทศทางการพยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต่อ
การนิเทศ ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

2.2 แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ การปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกที่ปฏิบัติงาน และ การอบรมในเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้ค่าเท่ากับ 1.0 และแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าเท่ากับ 0.92 ส่วนค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC)

แบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และค่าดัชนีความสอดคล้องแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าเท่ากับ 0.96 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามความพึงพอใจสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าเท่ากันคือ 0.94

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลา 4 สัปดาห์ตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึง 24 สิงหาคม พ.ศ.2561 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1.ขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน พบกรรมการผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลประกอบการทำวิจัย

2. นำหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลการทำวิจัยเข้าพบผู้อำนวยการสายงานพยาบาล โรงพยาบาลที่ทำการวิจัย เพื่อชี้แจงชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียดการจัดอบรม ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนและขอการสนับสนุนในการทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ก่อนเริ่มต้นการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ให้กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทาง การพยาบาลระดับต้นตอบแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลก่อนการใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

3.2 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง"การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์" โดยเชิญ ดร.สุมลา พรหมมา เป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์จัดอบรมวันในวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2561 เวลา 09.00 น.- 16.00 น. ภาคเช้าเป็นการบรรยายความรู้เกี่ยวกับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ภาคบ่ายเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะสถานการณ์ที่สร้างขึ้นโดย การใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

3.3 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สร้างความรู้และความเข้าใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการอบรม

4. ระยะใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

4.1สัปดาห์ที่ 1 ของการเริ่มการวิจัย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์" ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการอบรม

4.2ให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ก่อนการใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

4.3 กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นนำความรู้ การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพ

4.4 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดตาม การปฏิบัติตามการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ หลังการอบรมและปรึกษาข้อปัญหาและการให้คำแนะนำ

4.5 สัปดาห์ที่ 4 หลังการใช้การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ผู้วิจัยจัดอภิปรายกลุ่มผู้ร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการติดตามการนิเทศ รวมทั้ง ปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่เป็นผู้นิเทศ นำเข้าสู่การอภิปรายแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงประสบการณ์การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์รวมทั้งปัญหา อุปสรรคการแก้ไขปัญหาการทบทวน ข้อเสนอแนะที่พบจากการการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์เพื่อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศและผู้ป่วย

5. การดำเนินการหลังมีการใช้กิจกรรมการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ สัปดาห์ที่ 5 หลังการใช้โมเดลการโค้ชแบบโกรว์ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และพยาบาลวิชาชีพ การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

6. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามจำนวน 52 ฉบับ และรับกลับคืนให้ครบ 52 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ100

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามซึ่งมีความถูกต้องครบถ้วนทั้ง 52 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กระทำโดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์และขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนเพื่อนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการสายงานพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptivestatistics)และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis testing) ได้แก่ ความพึงพอใจการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยการทดสอบความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างแบบ1 กลุ่มวัดก่อนกับหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) การวิจัยครั้งนี้การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติจึงใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นหรือผู้นิเทศ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 24 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี เป็นส่วนใหญ่จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งงานผู้จัดการแผนก(หัวหน้าหอผู้ป่วย)จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 รองลงมาคือหัวหน้าแผนกจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ประสบการณ์ด้านการนิเทศ พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ระหว่าง 0 ถึง 5 ปีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 41.67 และไม่เคยผ่านอบรมการนิเทศ จำนวน15 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพหรือผู้รับการนิเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนมากที่สุด อยู่ในกลุ่มอายุ 20-25 ปีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 76.50 และกลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือกลุ่มอายุ 31-35 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมดจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ระยะเวลาปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด คือ อยู่ในช่วงระหว่าง 1-2 ปีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 82.14 โดยแผนกที่ปฏิบัติงาน กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด คือแผนกแผนกผู้ป่วยใน 3/1 และแผนกผู้ป่วยในชั้น 4 จำนวนแผนกละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 17.85 รองลงมา แผนกผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยในชั้น 5 จำนวน แผนกละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 14.28 และประวัติการอบรมเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล พบว่ากลุ่มทีมีจำนวนมากที่สุดคือ เคยผ่านอบรมการนิเทศ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 75

2. ผลการพัฒนารูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น การนิเทศทางการพยาบาล ประยุกต์จากรูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนของกิจกรรมการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2012) มีดังนี้ (1) การทำความเข้าใจประเด็นการนิเทศ (Topic) ระหว่างผู้นิเทศ กับผู้รับการนิเทศ (2) เป้าหมาย (Goal) ในประเด็นที่จะดำเนินการนิเทศ ได้แก่ ด้านความรู้ด้านการบริหารจัดการในความรับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาล (3) สถานการณ์ปัจจุบัน(Reality) เกี่ยวกับข้อมูล ความรู้ และการบริหารจัดการในเรื่องที่จะดำเนินการนิเทศ (4) ทางเลือก (Options) เรื่องที่จะดำเนินการก่อน หลังการนิเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการนิเทศ 5) การสรุป (Wrap up) ร่วมกันระหว่างผู้นิเทศ และผู้รับนิเทศ

3. ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์

3.1 ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นก่อนกับหลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ระดับความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่า ก่อนการนิเทศ

ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยพึงพอใจระดับมากที่สุด ซึ่งก่อนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =2.29, SD = 0.45) โดยขั้นตอนที่มีความพึงพอใจสูงสุดมี 3 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นตอนหัวข้อการสนทนา($\overline{X}$ = 3.04, SD = 0.51) (2) รองลงมาขั้นตอนทางเลือกปฏิบัติ ($\overline{X}$ = 2.91, SD = 0.40) และ (3) ขั้นตอนสถานการณ์ปัจจุบัน ($\overline{X}$ =2.90, SD = 0.51) ขั้นตอนที่มีความพึงพอใจต่ำสุด คือ (1) ขั้นตอนการสรุปประเด็น ($\overline{X}$ =2.84, SD = 0.34) และหลังจากการใช้นิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์โดยรวมอยู่ในระดับระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.7, SD = 0.23) และขั้นตอนที่มีความพึงพอใจในระดับสูงคือ ขั้นตอนหัวข้อการสนทนา($\overline{X}$ =4.86, SD=0.16) ส่วนขั้นตอนเป้าหมายการสนทนาต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.67, SD = 0.21)

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนกับหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ สูงกว่า ก่อนได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) โดยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดซึ่งก่อนได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =3.08, SD=0.40)โดยขั้นตอนที่มีความพึงพอใจสูงสุดมี 3 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นตอนเป้าหมายการสนทนา ($\overline{X}$ =3.04, SD=0.51) (2) รองลงมาด้านขั้นตอนทางเลือกปฏิบัติ ($\overline{X}$ =2.96, SD=0.35) และ(3) เตรียมตัวผู้สนทนา ($\overline{X}$ =3.00, SD=0.44) ขั้นตอนที่มีความพึงพอใจต่ำสุด คือ ขั้นตอนสถานการณ์ปัจจุบัน ($\overline{X}$ =2.95, SD=0.45) และหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์โดยรวมอยู่ในระดับระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.81, SD=0.13) และขั้นตอนที่มีความพึงพอใจในระดับสูงคือขั้นตอนการสรุปประเด็น($\overline{X}$ =4.84, SD=0.13) ส่วนขั้นตอนทางเลือกปฏิบัติต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.80, SD=0.16)

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล ครั้งนี้ประยุกต์จากรูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ (Whitmore, 2012) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การทำความเข้าใจประเด็นการโค้ช (Topic) โดยเริ่มต้นด้วยการที่ผู้นิเทศสร้างสัมพันธภาพต่อจากนั้นเริ่มตั้งคำถามเกี่ยวกับความรู้ และการบริหารจัดการในเรื่องที่จะดำเนินการนิเทศ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาล กับผู้รับการนิเทศในประเด็นที่ไม่แน่ใจหรือสงสัยเรื่องนั้นๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้นิเทศ นำสู่ประเด็นปัญหานั้นๆและมองเห็นเป้าหมายที่แท้จริง ก่อนที่จะลงสู่รายละเอียดต่อไป

2. เป้าหมาย (Goal) ในประเด็นที่จะดำเนินการโค้ช ผู้นิเทศ กระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนที่ต้องการสนทนา เกี่ยวกับด้านความรู้ หรือด้านการปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยตั้งคำถาม การตั้งเป้าหมายจะทำให้ผู้รับการโค้ชกำหนดประเด็นที่ชัดเจน และมุ่งเป้าหมายไปที่เรื่องนั้นๆ ได้

3. สถานการณ์ปัจจุบัน(Reality)หลังจากที่ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศได้เห็นภาพเป้าหมายที่ชัดเจนแล้ว ในเรื่องที่จะดำเนินการนิเทศ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในประเด็นเกี่ยวกับด้านความรู้ หรือด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาล ตามช่วงเวลาของเหตุการณ์ ข้อเท็จจริงที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ใช้คำถามชวนตระหนักถึงความจริงเกิดขึ้นระหว่างผู้นิเทศ กับ ผู้รับการนิเทศ จะเริ่มให้ข้อมูลที่รู้หรือสืบค้นมาโดยส่วนใหญ่จะเป็นคำถามเพื่อให้ผู้รับการนิเทศได้ตระหนักถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น และเพื่อให้ผู้นิเทศได้ประเมินด้วยว่า ผู้รับการนิเทศนั้นเข้าในข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด

4. ทางเลือก (Option) เรื่องที่จะดำเนินการก่อนและหลังการนิเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการนิเทศจากการสนทนากันถึงสถานการณ์ ความจริงในขั้นตอนที่ 3 จะพบประเด็นเกี่ยวกับความรู้ และการบริหารจัดการในเรื่องที่จะดำเนินการนิเทศ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้บริหารทางการพยาบาลซึ่งอาจเป็นประเด็นที่อยากจะทำไปแล้ว ในขั้นตอนนี้เป็นโอกาสสำคัญที่ผู้นิเทศกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศรวบรวมข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในความจริงว่า

ตนเองสามารถเลือกทำอะไรหรือไม่ทำอะไรเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยละครอบครัว ขั้นตอนนี้ทำให้ผู้รับการนิเทศเพิ่มศักยภาพ โดยผู้นิเทศกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศได้พิจารณาวิเคราะห์หาทางออกได้อย่างดีที่สุด

5. สรุปร่วมกัน (Wrap-up) ระหว่างผู้นิเทศ กับ ผู้รับการนิเทศ เมื่อผู้นิเทศ พิจารณา ได้ทางออกที่ดีที่สุดแล้ว ก็จะใช้คำถามประเด็นสุดท้ายคือคำถามเพื่อสรุป โดยส่วนใหญ่จะเป็นการให้ผู้รับการนิเทศสรุปเรื่องราวทั้งหมดที่ได้สนทนากันมา ตั้งแต่เป้าหมายที่ต้องการ ข้อเท็จจริง และทางเลือกที่คิดไว้ จากนั้นให้ไปดำเนินการตามที่ได้ตกลงกันไว้ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นการเลือก (ดังภาพที่ 1 หน้า 13)

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่า ก่อนการนิเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดยพึงพอใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย ระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.81, SD=0.13) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังจากการใช้นิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ขั้นตอนที่มีความพึงพอใจในระดับสูงคือ ขั้นตอนหัวข้อการสนทนาระหว่างผู้นิเทศ กับ ผู้รับการนิเทศในประเด็นที่ไม่แน่ใจหรือสงสัยเรื่องนั้นๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้นิเทศนำสู่ประเด็นปัญหานั้นๆ และมองเห็นเป้าหมายที่แท้จริงก่อนที่จะลงสู่รายละเอียดต่อไป ส่วนขั้นตอนเป้าหมายการสนทนาต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.67, SD=0.21) คือสามารถ กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนที่ต้องการสนทนา และมุ่งเป้าหมายไปที่เรื่องที่จะนิเทศ

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์สูงกว่า ก่อนได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดย ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังได้รับการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.81 , SD=0.13) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าขั้นตอนที่มีความพึงพอใจในระดับสูงคือ ขั้นตอนการสรุปประเด็นผู้รับการนิเทศสรุปเรื่องราวทั้งหมดที่ได้สนทนากันมา ตั้งแต่เป้าหมายที่ต้องการ ข้อเท็จจริง และทางเลือกที่คิดไว้ จากนั้นก็ให้ไปดำเนินการตามที่ได้ตกลงกันไว้ในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นการเลือกตัดสินใจทบทวนสิ่งที่สนทนากัน ตั้งแต่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ความเป็นจริงที่ผ่านมา และทางเลือกต่างๆ เพื่อให้ผู้รับการนิเทศคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกว่าจะเลือกทางใดดี ทำให้ผู้รับการนิเทศเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้นด้วย ส่วนขั้นตอนทางเลือกปฏิบัติต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากที่สุด ขั้นตอนนี้เป็นโอกาสสำคัญที่ผู้นิเทศกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศรวบรวมข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในความจริงว่าตนเองสามารถเลือกทำอะไรหรือไม่ทำอะไร ขั้นตอนนี้ทำให้ผู้รับการนิเทศเพิ่มศักยภาพ โดยผู้นิเทศกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศได้พิจารณาวิเคราะห์หาทางออกได้อย่างดีที่สุด

สำหรับบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาล ที่สำคัญที่สุดคือบทบาทผู้นิเทศเพื่อให้เกิดการกำกับดูแลผู้ใต้บังคับบัญชา สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และบทบาททำให้การนิเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพอีกด้าน คือด้าน การโค้ช (Coaching) ถือเป็นกระบวนการหนึ่งของการนิเทศในการพัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มผลการปฏิบัติงาน (Performance)ในปัจจุบันโดยมีขั้นตอนหรือโมเดลที่สำคัญ คือ ต้องมีการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมาย แนวทางในการพัฒนาร่วมกันระหว่างโค้ชและผู้รับการโค้ช มีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีระยะเวลาที่สิ้นสุดหรือการยุติอย่างชัดเจนซึ่งรูปแบบการนิเทศมีหลากหลายรูปแบบ การนิเทศแบบโกรว์ โมเดลเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์กับการทำงานซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนทักษะและเป็นการดึงศักยภาพที่ มีในตัวพยาบาลวิชาชีพให้ออกมาให้มากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและการนิเทศเป็นกลไกสำคัญที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ [3] การนิเทศแบบโกรว์โมเดล(GROW coaching model) ตามกรอบแนวคิดของวิตมอร์ (Whitmore)[7] ซึ่งเป็นกระบวนการนิเทศอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีความรู้การบริหารจัดการ โดยกระบวน การนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์นั้น ผู้นิเทศมีการสนทนากับ ผู้รับการนิเทศ โดยใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ ผู้รับการนิเทศคิดตาม และตกลงระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศตามโมเดลมีขั้นตอนและ

วิธีการตามแนวทางนิเทศ 4 ขั้นตอนที่สำคัญและส่งผลให้เกิดคุณภาพ และประสิทธิผลโกรว์โมเดล (GROWmodel) ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้1)เป้าหมาย, จุดประสงค์, เรื่องที่ต้องการบรรลุผล(G:Goal)2)สถานการณ์ที่เป็นอยู่,ความคิดความรู้สึกกับปัจจุบันนี้(R:Reality)3)ทางเลือก, วิธีการ, แผนงาน, ความเป็นไปได้(O: Option) และ4) เกิดการตัดสินใจในสิ่งที่เกิดขึ้น, สิ่งที่จะนำไปปฏิบัติ (W: Wrap up) การพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการทำงาน ด้วยวิธีดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน

อธิบายได้ว่าจากมีการนำการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ พร้อมคู่มือการนิเทศ ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ซึ่งมีตัวอย่างการบันทึก และตัวอย่างสถานการณ์ทางการพยาบาล รวมถึงการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ที่ประยุกต์จากวิตมอร์ (Whitmore,2012) ส่งผลให้ผู้นิเทศมีแนวทางในการนิเทศ การนิเทศมีขั้นตอน ไม่ข้อผิดพลาดประเด็นของการนิเทศ มีการวิเคราะห์ค้นหาปัญหาและกำหนดเป้าหมาย แนวทางในการพัฒนาร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ มีการติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดระยะเวลาที่สิ้นสุดหรือการยุติการนิเทศอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการนิเทศ ที่ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำมาประยุกต์กับการทำงานซึ่งถือว่าเป็นกลยุทธ์ในการเพิ่มพูนทักษะและเป็นการดึงศักยภาพที่ มีในตัวพยาบาลวิชาชีพให้ออกมาให้มากที่สุด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และการนิเทศเป็นกลไกสำคัญที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ณัฐรดา เจริญสขุ, สุรินทร์ชุมแก้ว และเกษราภรณ์ สุตตาพงค์ [9] อีกทั้งส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และพยาบาลวิชาชีพหลังมีการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเนื่องจากสถานการณ์การนิเทศทางการพยาบาลแบบเดิมนั้น ไม่ได้มีรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่ชัดเจน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการนิเทศและเจตคติของพยาบาลไม่ดีต่อการนิเทศทางการพยาบาล [10] เมื่อมีการนำการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ พร้อมคู่มือการนิเทศ ตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ มีตัวอย่างการบันทึก และตัวอย่างสถานการณ์ทางการพยาบาล รวมถึงการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ที่ประยุกต์จากวิตมอร์(Whitmore) [7] ส่งผลให้เกิดมุมมองการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเปลี่ยนไปจากเดิม มีเจตคติที่ดี เกิดคุณภาพ และประสิทธิผลทางการพยาบาลดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าวิจัย รูปแบบการพัฒนาทักษะการนิเทศของผู้นำทางการพยาบาล ของ สุมลา พรหมมา [8] พบว่ารูปแบบการพัฒนาทักษะการนิเทศของผู้นำทางการพยาบาลในรูปแบบคู่มือซึ่งมุ่งการพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะการนิเทศได้จริง และผลจากการประเมินการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้นำทางการพยาบาล เห็นว่า มีประโยชน์ต่อการบริหารสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงสัมพันธภาพระหว่างทีมทางการพยาบาลในการปฏิบัติงานดีขึ้นผู้วิจัยได้มีโอกาสพูดคุยทำความเข้าใจกับ ผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศกล่าวว่ามีความเข้าใจบทบาทผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศตั้งวัตถุประสงค์การนิเทศร่วมกันรวมทั้งขั้นตอนการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์เปิดโอกาสในการนิเทศทางการพยาบาลตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษา ยุพิน เรืองพิสิฐ [11] ที่พบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกที่ดีต่อองค์กรและต่องานของตนเองเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในกระบวนการปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถและสอดคล้องกับผลการศึกษานุชจรีย์ชุมพินิจ [12] ที่ได้ระบุว่าเมื่อผลลัพธ์ของกระบวนการนิเทศทางคลินิก มีการพัฒนาไปสู่ด้านอื่นๆส่งผลให้พยาบาลมองเห็นประโยชน์ของการนิเทศ และมีความพึงพอใจ เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งภายหลังการดำเนินตามการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ ในระยะเวลา1 เดือนผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและมีข้อเสนอแนะการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ให้ผู้วิจัยเพื่อนำไปพัฒนาระบบการนิเทศตามโมเดลการ

โค้ชแบบโกรว์ต่อไปเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการนิเทศทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดนโยบายให้มีการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในสายงานพยาบาลอย่างทั่วถึงและมีการติดตามประเมินผลการนิเทศทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลนำรูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้รูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ โดยมีการติดตามและประเมินผลเพิ่มขึ้นเป็น ระยะเวลานานมากกว่า 1 เดือน

2. ศึกษาผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ต่อทักษะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในการนิเทศทางการพยาบาล

3. นำรูปแบบการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ในการดูแลผู้ป่วยรายโรคอื่นๆ ของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. สุพิศ กิตติรัชดา และวารี วนิชปัญจพล. **การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพการนิเทศ การพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์;2551
2. สิริรัตน์ ฟองจำนรรจ์. **การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัด สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร**.[วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน;2558
3. เกรียงศักดิ์ นิรัติพัฒนะศัย. **Executive Coaching การโค้ชผู้บริหาร.** สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2560, จาก http://www.thecoach.in.th
4. John Whitmore. **โค้ชชิ่งกลยุทธ์การโค้ชเพื่อพิชิตเป้าหมายอย่างมืออาชีพ**. แปลจากCOACHING for PERFORMANCE. แปลโดย วุฒินันท์ ชุมภู. นนทบุรี: ภาพพิมพ์;2012
5. ทานตะวัน คำราช, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และสุรพร ลอยหา. **การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาล ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี**. วารสารพยาบาลทหารบก ;2555:13(2),60-69.
6. นงลักษณ์ ก่ำภัคสร. **ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ**.[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์;2558
7. Whitmor,J.(2012).Coaching for Performance. The GROW Model.[online].Available from http://www.performanceconsultants.com/wp-content/uplads/GROWModel-Guide.pdf2017 September 1
8. สุมลา พรหมมา. **รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล.** [วิทยานิพนธ์]. ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์;2559
9. ณัฐรดา เจริญสขุ สุรินทร์ ชุมแก้ว และเกษราภรณ์ สุตตาพงค์ . **กลยุทธ์การสอนงาน (Coaching) เพื่อสร้างสมรรถนะที่เป็นเลิศในการปฏิบัติงาน**.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวิไลลักษณ์;2559 :4(2), 60-66.
10. รัชตวรรณ ศรีตระกูล.**กลยุทธ์การนิเทศทางการพยาบาล.** [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2560, จาก http://www.nurse.kku.ac.th
11. ยุพิน เรืองพิสิฐ. **การพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข** [วิทยานิพนธ์]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน ; 2558
12. นุชจรีย์ ชุมพินิจ. **การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลภูมิพล อดุลยเดช.** [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช ; 2557

ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

Health Care Needs in Older Adults towards their Local Administrative Organization in Seven Provinces of Southern Lower Thailand

กิตติพร เนาว์สุวรรณ[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2], ชุติมา รักษ์บางแหลม[3]

Kittiporn Nawsuwan[1], Noppcha Singweratham[2], Chutima Rukbanglaem[3]

(Received: August 25,2018; Accepted: September 21,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย การมีผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง คือ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวน 6,006 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .894 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t –test และสถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe ผลการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการมากที่สุดในการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างคือ การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 70.6, 70.5 ตามลำดับ) 2) ผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีสถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย การมีผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเองต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความต้องการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to compare some health care needs in older adults, towards their local administrative organizations, between seven provinces in the lower southern region of Thailand. Health care needs were classified by residential area, having a caretaker to travel to the hospital or not, and self-awareness. Sample consisted of older adults aged 60 years and over who lived in the seven provinces in the lower southern region, namely Trang, Phatthalung, Songkhla, Satun, Pattani, Yala and Narathiwat. The instrument used was a questionnaire on health care needs from local administrative organizations, yielding a value of IOC between .67 - 1.00. Cronbach's alpha coefficient was .894. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t –test, and One-way ANOVA with Scheffe method. The results of the research were as follows: 1) health care needs from the local administrative organization of most older adults (77.5%) was in the increase in the allowance for elderly, followed by the elderly who need help or need urgent help and helping the elderly who cannot help themselves (70.6%, 70.5%, respectively), 2) older adults had different needs for health care from local administrative organizations, classified by residential area, having a caretaker to travel to the hospital, and health perceptions, with statistical significance of .001 and .01, respectively.

Keywords: Needs, Local Administrative Organization, Older Adults

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา (Corresponding e-mail; Jock2667@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7390364)

[2] สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช.

บทนำ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายด้วยโรคทางความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว และสังคม พบว่าผู้สูงอายุจะถูกลดบทบาทลง การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง [16] องค์การสหประชาชาติ [17] ได้คาดการณ์การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของโลกระหว่างปี พ.ศ.2558-2573 โดยผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคนเป็น 1400 ล้านคน และในปี พ.ศ.2593 จะมีมากถึง 2100 ล้านคน ในขณะที่ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งปัจจุบันมีประมาณ 125 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ.2573 มีถึง 434 ล้าน สำหรับประเทศไทยมีการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดย ในปี พ.ศ.2559 มีผู้สูงอายุประมาณ 10.3 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 19.8 ทั้งนี้สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในช่วงปีพ.ศ.2567-2568 [10]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 หมวด 5 มาตรา 53, 80 และ 84 มีสาระสำคัญเน้นสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ การออมเพื่อการดำรงชีพในยามชรา [12] และแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยเน้นการการเตรียมความพร้อมวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ การคุ้มครองทางสังคมสำหรับ [6] โดยผ่านหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การดำเนินการดูแล ช่วยเหลือ และจัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ คือ การประกันสังคม การช่วยเหลือสาธารณะ การบริการสังคม และการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน [14] โดยมีเป้าหมายตามมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ไว้ 4 ประการ ดังนี้ 1) มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ 2) มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ [5] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, จิรบูรณ์ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี (2553)[13] พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ด้วยการกำหนดนโยบาย การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ภายใต้ขีดความสามารถของบุคลากร ระบบและกลไกโครงสร้างพื้นฐาน ความเป็นอิสระขององค์กรตลอดจนเงินสนับสนุน ทั้งนี้การศึกษาของเอกศักดิ์ เฮงสุขโข (2557)[15] พบว่าชุมชนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับสูง

แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรที่ความคล่องตัวและความเพียงพอของทรัพยากร สิ่งสนับสนุนและงบประมาณ ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น ขาดการบูรณาการและขาดความต่อเนื่อง ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ความไม่พร้อมของงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้สูงอายุโดยตรง และ สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริงและไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุได้ทั้งหมด [14] รวมทั้งการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การกำลังคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนการขาดการประเมินผลการดำเนินงาน [13] ภาครัฐจึงจำเป็นต้องจัดบริการที่เข้าถึงระบบบริการสะดวก ง่าย และปลอดภัย มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน เน้นการดูแลแบบองค์ มีการประสานการดูแล ตลอดจนการเสริมพลังชุมชน [2]

ประกอบกับ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีลักษณะทางสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ประเพณีและวัฒนธรรมที่หลากหลาย และมีความแตกต่างจากบริบทของภาคใต้ตอนบน

และภาคอื่น การจัดการภาครัฐแตกต่างไปจากภาคอื่นโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ต่อการจับริการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนล่างได้ตามบริบทที่แท้จริง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย การมีผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเอง

วิธีการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 600,684 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 6,006 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ 100,000 คน คิดร้อยละ 1 ทั้งนี้ในเขตจังหวัดภาคใต้มีผู้สูงอายุ 600,684 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) กลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 6,006 คน โดยเทียบสัดส่วนตามประชากรแต่ละจังหวัด ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยสุ่มเลือกอำเภอโดยคิดร้อยละ 25 จากทุกจังหวัดในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จากนั้นสุ่มเลือกตำบลโดยคิดร้อยละ 25 จากอำเภอ โดยใช้วิธีหยิบฉลากแบบไม่แทนที่ แล้วจึงนำจำนวนหมู่บ้านจากตำบลในแต่ละจังหวัดนำมาหารกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดที่ต้องการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบ้านเลขที่ของแต่ละตำบลโดยใช้วิธีหยิบฉลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ ถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยของสถาบันเวชศาสตร์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จากคะแนนเต็ม 3 หมายถึง ต้องการมาก ถึงคะแนน 0 คะแนนหมายถึง ไม่ต้องการ รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 1 คน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน (ภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ของ

แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .894

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ โดยจำแนกในภาพรวมและรายจังหวัด วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Indepent t –test วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ การเดินไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข BCNSK 25-22/2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างทั้งสิ้น 6,006 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.62 เป็นเพศชายร้อยละ 38.38 มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ ประมาณ 70 ปี ในภาพรวมเป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 20.33 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 12.65 อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.39 ในขณะที่เพศหญิงช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 32.58 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 19.45 อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 9.59 อาศัยอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 66.11 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 33.89 ผู้สูงอายุร้อยละ 61.67 มีสถานภาพสมรสแล้ว นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.51 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 38. จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.16 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.95 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 29.79 และมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 8.43

2. ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างพบว่าข้อที่มีร้อยละความต้องการมาก มากที่สุดคือ การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน และ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 70.6, 70.5 ตามลำดับ) และข้อที่มีความต้องการมาก น้อยที่สุด คือ การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเทศกาลต่าง ๆ เช่น รดน้ำผู้สูงอายุ วันฮารีรอยอ วันเมาลิด ร้อยละ47.7

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Indepent t –test พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแลต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ($\bar{x}$ =2.45, SD = 0.60) มีความต้องการการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ($\bar{x}$ =2.29, SD = 0.80) และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ($\bar{x}$ = 2.41, SD = 0.67) มีความต้องการการดูแลสุขภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ($\bar{x}$ =2.16, SD = 0.79)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Indepent t –test

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
เขตที่อยู่อาศัย						
เขตเทศบาล	1990	2.29	0.80	-7.986	3177.086	<.001
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	3882	2.45	0.60			
การมีผู้ดูแล						
ไม่มีผู้ดูแล	231	2.16	0.79	-4.609	243.324	<.001
มีผู้ดูแล	5681	2.41	0.67			

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีสถานภาพต่างกันมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่าสถานภาพหม้ายและสมรสมีความต้องการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก (ตารางที่ 2)

สำหรับตัวแปรการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการเดินทางมาโรงพยาบาลต่างกันมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่าผู้สูงอายุที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถบริการของหน่วยงานมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยวิธีอื่น ๆ (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ในด้านการรับรู้สุขภาพพบว่าผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการรับรู้สุขภาพตนเองต่างกันมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมากมีความต้องการการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ (ตารางที่ 4)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	7.098	3	2.366	5.126	.002
ภายในกลุ่ม	2744.909	5947	0.462		
รวม	**2752.007**	**5950**			

ตาราง 3 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่าง	17.603	4	4.401	9.675	<.001
ภายในกลุ่ม	2704.030	5945	0.445		
รวม	**2721.663**	**5949**			

ตาราง 4 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามการรับรู้สุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่าง	6.499	4	1.625	3.551	.007
ภายในกลุ่ม	2732.306	5971	0.458		
รวม	**2738.804**	**5975**			

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ใน มากที่สุดทั้งนี้เนื่องจากโครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการเพื่อจัดเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนที่มีรายได้น้อย โดยเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535 คนละ 200 บาท/เดือน ในปี พ.ศ. 2544 ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อเป็นคนละ 500 บาท/เดือน และคนละ 600 บาท/เดือน ในปี 2559 ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ได้ปรับเป็นขั้นบันได คือ อายุ 60–69 ปี ได้รับ 600 บาท/คน/เดือน อายุ 70–79 ปีได้รับ 700 บาท/คน/เดือน อายุ 80–89 ปี จะได้รับ 800 บาท/คน/เดือน อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท/คน/เดือน ซึ่งปัจจุบันถึงแม้สภาพเศรษฐกิจจะสวนทางกับสภาพการเติบโตของสังคมผู้สูงวัยที่นับวันจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งรัฐต้องแบกรับภาระเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพ ภาครัฐจึงไม่สามารถจ่ายเบี้ยยังชีพให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในสภาพการทางเศรษฐกิจปัจจุบัน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากหลาย ๆ สาเหตุ เช่น การอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส การรับภาระเลี้ยงหลาน การเกษียณอายุราชการทำให้รายรับลดลง ขาดการวางแผนการออมเงินเพื่อใช้หลังเกษียณราชการ ตลอดจนการมีหนี้สินคงค้างจึงทำโครงการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (เบี้ยยังชีพ) สำหรับผู้สูงอายุก็ยังไม่สามารถเอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงอย่างแท้จริง [7] สอดคล้องกับการศึกษาของฐากร ผลพันธ์ (2559)[4] พบว่าจำนวนเงินเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เป็นปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในการดำเนินโครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลสามบัณฑิต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แต่อย่างไรก็ตามการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือบรรเทาความเดือนร้อนให้กับผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะไม่เพียงพอต่อการยังชีพก็ตาม [9]

จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีสถานภาพต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายและสมรสมีความต้องการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก หรือโสด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายและสมรส มีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลจากคู่สมรสมาโดยตลอด มีความเคยชินกับการอยู่เป็นคู่และต้องได้รับการดูแล

และพึงพิงจากบุคคลรอบข้างและสมาชิกของครอบครัว โดยครอบครัวและคู่สมรสจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยา การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านจิตใจ ได้แก่ การให้ความรัก การพูดคุยเพื่อรับฟังความคิดเห็นและลดความว้าเหว่ ด้านสังคม ได้แก่ การร่วมทำกิจกรรม การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องการเงิน [8]ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสภาพโสด หย่า/แยก ในช่วงของการดำรงชีวิตที่ผ่านมาต้องดูแลตัวเองมาตลอด ประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว สภาพการผู้สูงอายุเป็นโสดมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตไม่ต้องการเป็นภาระหรือพึ่งพาผู้อื่น [3] จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มหม้ายและสมรสมีความต้องการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก หรือโสด

สำหรับตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะอาศัยในแถบชานเมือง หรือตำบล หมู่บ้าน การดูแลหรือการให้บริการจากภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังจำกัดอยู่ เนื่องจากการขาดงบประมาณ หรืองบประมาณเน้นการใช้กับการสร้างสาธารณูปโภค เช่น คูน้ำ ถนน ซึ่งเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การสร้างสวนสุขภาพ การจัดสวัสดิการ ตลอดจนการดูแลผู้สูงอายุที่ยากจนหรือเจ็บป่วย จึงทำให้งบประมาณไปไม่ถึงมือผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จากการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (2559)[1] พบว่าความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่ ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 99.0 ควรมีรถรับส่งไปโรงพยาบาล ร้อยละ 93.0 และความต้องการในการตรวจทันตสุขภาพประจำปี ร้อยละ 91.9

ในด้านการมีผู้ดูแลพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะในบริบทภาคใต้ ที่มีวัฒนธรรมของคนภาคใต้ต้องดูแลพ่อแม่ ปู่ย่าตายายเมื่อถึงวัยแก่ชรา ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางร่างกายทำให้มีปัญหาต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งการอยู่บ้านคนเดียวทำให้เหงา หว้าเหว สอดคล้องกับการศึกษาของรัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2560)[11] พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชต้องการการดูแลจากครอบครัวในด้านการเตรียมอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนการเพื่อนเพื่อลดความเหงา ว้าเหว่ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีไม่มีผู้ดูแลมีความต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในการด้านสวัสดิการ การจัดกิจกรรม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยรถบริการของหน่วยงาน เช่น อบต. เทศบาล มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว รถประจำทาง หรือรถรับจ้าง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยรถบริการของหน่วยงานเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ดูแลต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน หรือเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถนั่งรถโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ ที่มีความลำบากในการนั่งซ้อนท้าย จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการที่ให้ภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเช่น อบต. มีสวัสดิการประเภทนี้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้บางพื้นที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขอยู่ไกลจากตัวอำเภอ ไม่มีรถประจำผ่าน หรือหากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ละครั้งมีราคาสูง สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมหาวิทยาลัยบูรพา ของ

กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์ และพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (2559)[1] พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 93.0 ต้องการรถรับรับส่งไปโรงพยาบาล

ในด้านตัวแปรการรับรู้สุขภาพตนเองพบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมากมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีนั้นจะมองว่าตนเองเป็นคนที่แข็งแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บุคคลเหล่านี้มักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรค รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากเป็นโรคก็สามารถควบคุมโรคการดำเนินของโรคได้ รวมทั้งเป็นบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดี รูปแบบการดูแลสุขภาพจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันทั้งโรคและการเกิดภาวะทุพพลภาพ [3] ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงต้องการให้ภาครัฐเข้ามาสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและมีสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งมีความต้องการให้ภาครัฐเข้ามาช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อวางแผนและปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตภาคใต้ โดยการเพิ่มเบี้ยเบี้ยยังชีพหรือการสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเพื่อสันทนาการผู้สูงอายุ การจัดบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวกขณะไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนและด้อยโอกาส การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สาธารณะ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดู ผู้สูงอายุที่อาศัยเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพสมรสหรือหม้าย

2. ควรศึกษานำร่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภายใต้ความประสานความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 และข้อมูลจากโครงการ วิจัยย่อยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง

เอกสารอ้างอิง

1.กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ. (2559). ความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2): 44 - 52.

2.จินตนา อาจสันเที๊ยะ และ รัชฌีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 19(1): 39 – 46.

3.จินตนา อาจสันเที๊ยะ และพรนภา คำพราว. (2557). *รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน . วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 15(3): 123 – 127.

4.ฐากร ผลพันธ์. (2559). สภาพปัญหาการดำเนินโครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลสามบัณฑิต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 18(1): 23 – 30.

5.นวรัตน์ ไวชมภู, รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และ นภชา สิงห์วีรธรรม. (2562). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2): 262 – 269.

6.นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). ประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ใน *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. วิไล วรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

7.บุญมี โททา, ภักดี โพธิ์สิงห์ และชญานิน กฤติยะโชติ. (2561). การนำนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ.

8.ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรส อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และนิมัสตูรา แว. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3): 300 – 310.

9.ภัทรวดี ซอกดุลย์. (2557). การประเมินผลโครงการสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลพระแก้ว อำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัยราชภัฏกรุงเก่า*. 1(1), 22 – 29.

10.มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิราช. (2559). *สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ*. สืบค้นเมื่อจาก 3 มิ.ย. 59 จาก http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html.

11.รัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). *ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3): 300 – 310.

12.ราชกิจจานุเบกษา. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553*. เล่ม 127 ตอนที่ 56 ก, หน้า 3 ลงวันที่ 15 กันยายน 2553.

13.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, จริบูรณ์ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี. (2553). *บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

14.สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). *สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้,* 7(1): 73-82.

15.เอกศักดิ์ เฮงสุขโข. (2557). ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัย มสด.*, 10(3): 129 – 142.

16.MauK, L. K. (2014). *Gerontological Nursing Competencies for Care. Massachusetts: Courier Companies.*

17.United Nation. (2015). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

การพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี

Referral Guideline for Teenage Unwanted Pregnancy in Udon Thani Province

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง*[1]; ดวงพร ถิ่นถา**[2]; อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์*[1]; จุฬารัตน์ ห้าวหาญ*[1]; ศุภวดี แถวเพีย*[1]

Chaweewan Sridawruang*[1] Duangporn Thinta **[2]; Atcharawadee Sriyasak *[1]; Chularat Howharn *[1]; Supawadee Thaewpia*[1]

(Received: August 11,2018; Accepted: October 24,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มี**วัตถุประสงค์**เพื่อศึกษาการพัฒนาและผลการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง 65 คน เป็นบุคลากรสาธารณสุข แกนนำวัยรุ่นและเยาวชน และตัวแทนผู้ใหญ่ใจดีจากพื้นที่ **วิเคราะห์ข้อมูล**ใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นกับการปฏิบัติการให้คำปรึกษาใช้ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า มีแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ นำไปใช้ในพื้นที่ มีทำเนียบผู้ประสานงานบริการที่เป็นมิตร พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการ สอบถามความคิดเห็นหลังการอบรม พบเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์พบว่าอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีบุคลิกภาพ ท่าทีที่น่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจ (Mean 4.80, SD 0.41) และพบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรใช้คำถามนำ (Mean 4.20, SD 0.89) มีหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ขอคำปรึกษา 142 ราย และสิ้นสุดการตั้งครรภ์ เป็นร้อยละ 57.75 ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังแท้งด้วยยาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 71.83 ผลการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ พบคะแนนเฉลี่ยระดับมากทุกหัวข้อ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพิจารณาข้อดีข้อเสียอย่างรอบด้านก่อนตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก (Mean 4.85, SD 0.37) และพบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการไม่ใช้คำพูดกับผู้รับบริการ “มีปัญหาอะไรก็บอกมา” (Mean 4.20, SD 0.95) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นกับการปฏิบัติให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์พบมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้รับบริการ (p value = 0.008) การให้ข้อมูลผู้รับบริการตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ตามกฎหมายและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กำหนด (p value = 0.042)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ; การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and explore the Referral Guideline for Teenage Unwanted Pregnancy in Udon Thani Province. 65 participants included health care providers from community hospitals; teenager volunteers; community volunteers; and staff from Udon Thani provincial health office had joined. The descriptive statistics and paired t-test had been used to compare mean between the perspectives and practices related to consultant process for teenagers.

The findings showed that the “Referral Guideline for Teenage Unwanted Pregnancy in Udon Thani Province” had been developed and distributed to youth friendly health services in areas. The health care providers had strengthened consultant capacities. The average scores of health care providers’ perspectives toward consultant capacities found at high level in every item. The highest average score was counselors should have good personality; honesty; and trust (Mean 4.80, SD 0.41). The lowest average score was counselors should not lead questions (Mean 4.20, SD 0.89). 142 unwanted teenage pregnancy cases got advice from health care providers, 57.75% of them had safe abortion or safe terminate pregnancy, and 71.83% had contraceptive implant

*[1] Ph D. in Nursing

**[2] M.N.S (Master of Nursing Science)

after termination. The average scores of health care providers' practice as counselors found at high level in every item. The highest average score was health care providers gave rich information in positive and negative sites of pregnancy termination. They were usually listen teenagers' voices deeply. They gave opportunities for teenagers to make decision (Mean 4.85, SD 0.37). The lowest average score was the counselors avoid using unkind words 'tell your problem now' (Mean 4.20, SD 0.95). Compare means between health care providers' perspectives and practices as counselors found significant differently at p - value < 0.05 in the subjects of health care providers use open end questions and took time to wait clients' answers (p value = 0.008) and the subject of information of terminate pregnancy under the law and medical indications (p value = 0.042).

Key words: Referral Guideline; Teenage Unwanted Pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มีความพร้อม จึงก่อให้เกิดปัญหาตามมาทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม โดยส่วนใหญ่ฝ่ายหญิงที่ตั้งครรภ์มักกำลังศึกษาเล่าเรียน ทำให้หยุดการเรียนกลางคัน ในกรณีที่ตัดสินใจทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์โดยหวังว่าเมื่อไม่ตั้งครรภ์แล้วจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตและศึกษาเล่าเรียนได้ตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทำแท้งเถื่อน ส่งผลต่อการเกิดอันตรายที่รุนแรงเช่นตกเลือด ติดเชื้ออย่างรุนแรง ทำให้เสียชีวิตได้ จากรายงานองค์การอนามัยโลกมีวัยรุ่นที่คลอดบุตรประมาณปีละ 16 ล้านคนโดยอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15-19 ปี และ พบว่าอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาร้อยละ 95[1] มีการทำแท้งเกิดขึ้นกับหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมถึงจำนวน 30–40 ล้านคนทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2551[2] ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มากกว่า 50% ของหญิง วัยเจริญพันธุ์เป็นกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์[3] สำหรับประเทศไทย มีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์สูงเป็นอันดับหนึ่งของเอเชียและเป็นอันดับสองของโลก[4]

สถานการณ์ปัจจุบันมีวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความชุกของการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นที่มีอายุ 10-19 ปี เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนการคลอดของวัยรุ่นสูงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี พบ 54 ต่อ 1000 ราย ในปี 2555 สัดส่วนการคลอดของวัยรุ่นอายุ15-17 ปี มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 53.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปีพ.ศ.2547 เป็น 76.3ในปีพ.ศ.2555[5] จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 – 19 ปี จำนวน 112,939 คน เป็นเพศชาย 58,060 คน เพศหญิง 54,879 คน จากข้อมูลการรายงานของพื้นที่ มีวัยรุ่นเข้ารับบริการด้านสุขภาพ จำนวน 8,353 คน คิดเป็นร้อยละ 7.40 โดยพบปัญหาสุขภาพสำคัญคือการตั้งครรภ์ 1,840 ราย ติดเชื้อเอชไอวี 631 ราย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ STI 138 ราย ถูกกระทำความรุนแรง 57 ราย[6]

ผลของการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นและความเป็นพ่อแม่วัยรุ่นต้องเผชิญปัญหา อุปสรรคต่อการเรียนจบการศึกษาซึ่งจะขัดขวางความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และการตีตราทางสังคมจากเพื่อน ครูและพ่อแม่ของนักเรียนคนอื่น การถูกไล่ออกจากโรงเรียน การไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ ที่มีความจำเป็นต่อการเข้าเรียน ในปี 2560 มีหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตร 84,578 คน ส่วนจำนวนยุติการตั้งครรภ์นั้นไม่มีข้อมูลที่ชัดเจน แต่คาดการณ์ว่าจะใกล้เคียงกับจำนวนที่คลอดบุตร คือมีการตั้งครรภ์ราว 2 แสนคน ในจำนวนนี้น่าจะยุติการตั้งครรภ์ราว 1 แสนคน ทั้งนี้ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาผลสืบเนื่องของปัญหาดังกล่าวต่อเศรษฐกิจทั้งระดับบุคคลและระดับชาติการพัฒนาเศรษฐกิจรวมถึงผลกระทบต่อ สิทธิมนุษยชน[5]

วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์แนวโน้มอายุน้อยลง โดยจากการศึกษา 2554 พบแม่วัยใสมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยที่สุดอายุ 11 ปี วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ประสบปัญหาภาวะท้องไม่พร้อม ไม่มีการคุมกำเนิด มีการทำแท้งสูงถึงร้อยละ 95.5[7] จากการสำรวจ ปี 2556 วัยรุ่นอายุระหว่าง 15–19 ปี มีวัยรุ่นที่คลอดบุตรมากกว่า 2 ล้านคน ซึ่งมีภาวะท้องไม่พึงประสงค์ ไม่มีการคุมกำเนิดและทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 86.3[8] สาเหตุอาจเนื่องมาจากสภาพสังคม เมืองมีการเติบโตทางสังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจ อย่างรวดเร็ว การเลือกเสพสื่อทางเทคโนโลยีก็มีมากขึ้นและง่ายขึ้น[9] แต่ในขณะเดียวกัน เด็ก

และวัยรุ่นยังขาดความรู้ในการป้องกันตัวเองจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเป็นเพราะเด็กและวัยรุ่นมีวุฒิภาวะน้อยง่ายต่อการโน้มน้าว จิตใจ ทำให้มีอารมณ์อ่อนไหวต่อสิ่งยั่วยุต่างๆ เด็กและวัยรุ่น ในปัจจุบันต้องการอิสระมากขึ้น ขาดวุฒิทางอารมณ์ ขาด ประสบการณ์ ขาดความอบอุ่นจากครอบครัว ทำให้ขาดความยั้งคิดในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องการมีเพศ สัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จนทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ หลายคนกลายเป็นพ่อแม่วัยรุ่นทั้งๆ ที่ยังไม่พร้อม ทำให้เสียการเรียน เสียอนาคต เสื่อมเสียชื่อเสียงวงศ์ ตระกูล จึงลงเอยที่การทำแท้งและอาจนำบุตรไปฝากพ่อแม่เลี้ยงหรือทอดทิ้งเด็กจนเป็นภาระเพิ่มขึ้นในสังคมปัจจุบัน[10] จากข้อมูลการรับเข้ารักษา ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย ตั้งแต่ปีพ.ศ.2547-2556 พบว่า อัตราการทำ แท้งต่อการเกิดมีชีพโดยเฉลี่ย ร้อยละ4.7 โดยในปีพ.ศ.2549 มีอัตราสูงสุดที่ร้อยละ5.7และในปีพ.ศ. 2556 กลุ่มอายุ10-14 ปีโดยในปีพ.ศ.2552 มีอัตราการทำ แท้งและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูงสุดที่ร้อยละ18.5 กลุ่มอายุดังกล่าวมีอัตราการทำแท้งสูงสุดโดยเฉลี่ยตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ร้อยละ15.3 ทั้งนี้สูงเป็น 5เท่าเมื่อเทียบกับอัตราการทำแท้งของกลุ่มอายุ 25-29 ปี[5] ซึ่งผลกระทบจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยนั้นจะมีความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธ์ มีเลือดออกทางช่องคลอด มีความผิดปกติของรอบเดือน มีการติดเชื้อ อัตรายถึงชีวิตได้และส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกกระทบต่อสภาพจิตใจ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นล่วงรู้ เป็นทุกข์ [11] ซึ่งในปัจจุบันมีวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ทำให้มีโอกาสในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและการอยู่ก่อนแต่งเป็นเรื่องปกติ อีกทั้งไม่ให้ความสนใจในเรื่อง การคุมกำเนิดอย่างจริงจัง ผู้ปกครองไม่มีเวลาสอนเรื่องเพศศึกษาให้กับบุตร จากสภาพสังคมและวัฒนธรรม ในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้งที่ปลอดภัย จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย[11] เพื่อป้องกันปัญหาด้านสุขภาพระยะยาวจากการติดเชื้อ จากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ป้องกันความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการตกเลือด ให้คำปรึกษาเพื่อให้วัยรุ่นและครอบครัวได้รับข้อมูลรอบด้าน ก่อนการตัดสินใจสิ้นสุดการตั้งครรภ์และได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและตรงกับความต้องการของวัยรุ่น มีความสำคัญเพื่อให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สามารถเข้าถึงบริการ ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย และเป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการทำงานเพื่อการเชื่อมโยงการส่งต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบคลีนิคบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จากโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง แกนนำวัยรุ่นและเยาวชน และตัวแทนผู้ใหญ่ใจดีจากพื้นที่ จาก 20 อำเภอ ผู้รับผิดชอบงานบริการที่เป็นมิตร สสจ อุดร 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 65 คน เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มิถุนายน-กันยายน 2561 โครงร่างการวิจัยผ่านการตรวจสอบด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานีก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ **ขั้นวางแผน** (Plan) ผู้รับผิดชอบงานบริการที่เป็นมิตร ร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์การจัดบริการ ปัญหา อุปสรรค และร่วมวางแผนการพัฒนาการจัดระบบบริการให้มีแนวทางการส่งต่อกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้มีความชัดเจน **ขั้นปฏิบัติการ** (Act) ประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานบริการที่เป็นมิตรระดับจังหวัด ผู้รับผิดชอบงานบริการที่เป็นมิตรของโรงพยาบาลชุมชน แกนนำวัยรุ่นและเยาวชนและผู้ใหญ่

ใจดีจิตอาสาในพื้นที่ ร่วมระดมความคิดวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเชื่อมโยงการส่งต่อกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ร่วมกันออกแบบแนวทางการเชื่อมโยงส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การประชาสัมพันธ์แนวทาง การพัฒนาช่องทางการประสานงานการเชื่อมโยงการส่งต่อ การพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงาน การจัดทำทำเนียบผู้รับผิดชองาน การติดตามเชื่อมโยงการส่งต่อ การจัดทำรายงานการส่งต่อ **ขั้นสะท้อนผลการดำเนินงาน** (Reflect) ประชุมสรุปถอดบทเรียน สะท้อนคิด และใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ แบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการปฏิบัติการให้คำปรึกษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาพัฒนางานต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น แบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการปฏิบัติการให้คำปรึกษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยแบบสอบถามความคิดเห็นและการปฏิบัติการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ของบุคลากรสาธารณสุข ชุดละ 20 ข้อ พัฒนามาจากคู่มือการให้การปรึกษากรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อมฉบับปรับปรุง[12] แบบสอบถามความคิดเห็นการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ของบุคลากรสาธารณสุขมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบสอบถามการปฏิบัติการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ของบุคลากรสาธารณสุขมี 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติปานกลาง ไม่ค่อยปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติเลย และนำมาจัดระดับความคิดเห็นและระดับการปฏิบัติ โดยใช้การอิงเกณฑ์ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คือระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คือระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คือระดับมาก (ส่วนที่เพิ่ม) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในการสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ = 0.97 แบบสอบถามการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน = 0.90

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างการวิจัยได้รับการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี และได้นำเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นและเยาวชน จังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้รับแบบสอบถาม คืนแล้ว นำมาจัดระเบียบข้อมูลลงรหัส โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำมาจัดระดับ การเปรียบเทียบค่าคะแนนความคิดเห็นกับคะแนนการปฏิบัติการให้คำปรึกษาใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงพบร้อยละ 76.92 ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 20 ปี และมากกว่า 45 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 30.77 เท่ากัน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพบร้อยละ 35.38 ส่วนใหญ่ประสบการณ์ทำงานด้านบริการที่เป็นมิตร 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.69

2. การพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดคลินิกบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ไม่มีแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ การตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดอุดรธานี

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ⇨ คลินิกบริการที่เป็นมิตร (Youth Friendly Health Service)

↓

ซักประวัติ/ ตรวจร่างกาย/ ตรวจอายุครรภ์ (U/S) ประเมินคัดกรองซึมเศร้า ให้คำปรึกษาทางเลือก

↓

กรณีตั้งครรภ์ต่อ	กรณียุติการตั้งครรภ์	กรณีติดเชื้อ STI/ HIV
- ปกปิดครอบครัว หรือ ครอบครัวไม่ยอมรับ		
● บ้านพักเด็กและครอบครัวอุดรนิคมเชียงพิณ ผู้ประสานงาน…….เบอร์โทร…… ↓ ● ดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ถึงหลังคลอด (ฝากครรภ์และคลอดที่ รพศ …..) ↓ ● สถานสงเคราะห์เด็กหญิงอุดรธานี (แรกเกิดถึง 18 ปี) - ฝากเด็กชั่วคราวถึง 2 ปี - ฝากถาวรตลอดชีพ ผู้ประสาน…….เบอร์โทร……	● รพ.กุมภวาปี คลินิก RSA - GA < 12 wks - เปิดทำการในวันเวลาราชการ ผู้ประสานงาน…….เบอร์โทร…… ● ศูนย์อนามัยเขต 7 ● สวท. ขอนแก่น ผู้ประสานงาน…….เบอร์โทร…… ● เครือข่าย RSA ผู้ประสานงาน…….เบอร์โทร…… ● สายด่วน 1663 ● ระบบส่งต่อนอกเครือข่าย - รพ.บัวใหญ่ นครราชสีมา (GA< 18 wks) - รพ. พิมาย นครราชสีมา (GA< 24 wks)	● รพศ - คลินิกเอดส์ - คลินิกกามโรค ● รพช - คลินิกบริการที่เป็นมิตร ผู้ประสานงาน…เบอร์โทร…
- กรณีครอบครัวยอมรับ		
- ให้คำปรึกษาการดูแลสุขภาวะทางเพศ - ดูแลสุขภาพกายใจ ของเด็กและครอบครัว - การฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ (ก่อน 12 wks) - การให้ความรู้การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด - การคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร (ฝังเข็ม/ ใส่ห่วง) - อบรมดูแลเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ครอบครัว		

ภาพประกอบ 1 แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ การตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดอุดรธานี

จากภาพประกอบ 1 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกรณีที่ตั้งครรภ์ต่อ กรณียุติการตั้งครรภ์ และกรณีติดเชื้อ STI/ HIV แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ การตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดอุดรธานี จัดทำทำเนียบผู้ให้บริการที่เป็นมิตรอุดรธานี ประชาสัมพันธ์แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ การตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดอุดรธานีให้ผู้ปฏิบัติงาน เครือข่ายพื้นที่ แกนนำเยาวชน เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการ จัดทำช่องทางการสื่อสารของผู้ปฏิบัติงานคลินิกบริการที่เป็นมิตร ผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มปิดเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานในทีม การเชื่อมโยงส่งต่อเพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานคลินิกบริการที่เป็นมิตรจากโรงพยาบาลชุมชน รพสต ด้านทักษะการให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เพื่อให้มีทักษะการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่นกรณีประสงค์ตั้งครรภ์ต่อ กรณีต้องการยุติการตั้งครรภ์ และกรณีติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอบถามความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

หลังจากการพัฒนาศักยภาพด้านการให้คำปรึกษา ติดตามผลการดำเนินงาน ใช้แบบรายงานการตั้งครรภ์ การคลอด และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นอุดรธานี แบบสอบถามการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน และแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการใช้แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี

ผลการดำเนินงานพบว่ามีวัยรุ่น10-19 ปีที่ประสบภาวะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เข้ารับบริการขอคำปรึกษาจำนวน 142 ราย มีวัยรุ่นเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อ 82 คน คิดเป็นร้อยละ 57.75 วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดหลังการแท้ง 102 คน คิดเป็นร้อยละ 71.83 รับการใส่ห่วงอนามัยหลังแท้ง 9 คนคิดเป็นร้อยละ 6.34 นอกจากนั้นวัยรุ่นมีการรับคำปรึกษาทั้งแบบเห็นตัว 2072 ราย และรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์/ Line/ Facebook 1147 คน มีการส่งต่อวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี เข้ารับคำปรึกษา จากสถานศึกษา 67 ราย จากชุมชน 39 ราย จากแกนนำเยาวชน 164 ราย วัยรุ่นเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรได้มากขึ้น ถึง 8446 ราย มีวัยรุ่นรับถุงยางอนามัยจากแกนนำเยาวชนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ 56,781 ชิ้น มีการให้บริการดูแลวัยรุ่นที่ประสบปัญหา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 142 ราย และให้บริการการตรวจ HIV 1121 คน

3. ผลการใช้แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขด้านการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์โดยสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการใช้แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขต่อการใช้แนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี นำมาจัดระดับแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับคือ ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00) (ส่วนที่เพิ่ม) พบว่าอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ พบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อทำให้เกิดการประสานงานระบบบริการที่ชัดเจน และทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (Mean 4.60, SD 0.68) พบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อทำให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ (Mean 4.50, SD 0.69)

3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุขต่อการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน พบว่าอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ พบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเรื่อง ผู้ให้คำปรึกษาควรมีบุคลิกภาพ ท่าทีที่น่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจ (Mean 4.80, SD 0.41) รองลงมาคือการให้คำปรึกษาควรมีหลายช่องทางตามความต้องการของผู้รับบริการ (Mean 4.75, SD 0.44) และพบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือผู้ให้คำปรึกษาไม่ควรใช้คำถามปลายปิดหรือเป็นลักษณะคำถามนำ (Mean 4.20, SD 0.89)

3.3 ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ของของบุคลากรสาธารณสุข คะแนนเต็ม 5 คะแนน พบว่าอยู่ในระดับมากทุกหัวข้อ พบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพิจารณาข้อดีข้อเสียอย่างรอบด้านก่อนตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ และการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้รับบริการ (Mean 4.85, SD 0.37) รองลงมาคือ การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความคิดเห็นการวางแผนชีวิตหลังสิ้นสุดการตั้งครรภ์และเรื่องการยับยั้งตนเองการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้กลั่นกรองและหาคำตอบ (Mean 4.80, SD 0.41) และพบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการไม่ใช้คำพูดกับผู้รับบริการ “มีปัญหาอะไรก็บอกมา” (Mean 4.20, SD 0.95)

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นกับการปฏิบัติการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์

ความคิดเห็นและการปฏิบัติงาน	ความคิดเห็น		การปฏิบัติ		df	Paired t-test	p-value	95%CI	
	Mean	SD	Mean	SD				U	L
การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้รับบริการ	4.20	.89	4.85	.37	19	2.942	.008*	.188	1.112
การให้ข้อมูลผู้รับบริการตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ตามกฎหมายและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กำหนด	4.45	.69	4.65	.49	19	2.179	.042*	.008	.392
การให้ข้อมูลสถานบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและหน่วยบริการการตั้งครรภ์ต่อ	4.50	.69	4.65	.67	19	1.831	.083	.022	.322
การให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ชี้นำ	4.60	.68	4.50	.83	19	2.042	.055	.008	.608

p-value < 0.05

จากตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นกับการปฏิบัติการให้คำปรึกษาการยุติการตั้งครรภ์ของบุคลากรสาธารณสุข พบมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P value < 0.05 คือการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้รับบริการ (p value = 0.008) และการให้ข้อมูลผู้รับบริการตามหลักเกณฑ์การปฏิบัติการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ตามกฎหมายและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์กำหนด (p value = 0.042) และพบค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P value < 0.10 คือเรื่อง การให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้ให้คำปรึกษาไม่ชี้นำ (p value = .055) และการให้ข้อมูลสถานบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและหน่วยบริการการตั้งครรภ์ต่อ (p value = .083)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การเข้าถึงบริการจากการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ จากการพัฒนาแนวทางทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี ทำให้ผู้รับผิดชอบงานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนมีแนวทางในการทำงานเพื่อส่งต่อ เชื่อมโยงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เข้าถึงบริการในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก รวดเร็วและปลอดภัย มีวัยรุ่นเข้ารับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยตามแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อเพิ่มขึ้นร้อยละ 57.75 วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 71.83 ซึ่งการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งสำคัญดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการป้องกันการตั้งครรภ์เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นยังขาดความรู้ในการป้องกันตัวเองจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ซ เด็กและวัยรุ่นมีวุฒิภาวะน้อยง่ายต่อการโน้มน้าวจิตใจ ทำให้มีอารมณ์อ่อนไหวต่อสิ่งยั่วยุต่างๆ เด็กและวัยรุ่นในปัจจุบันต้องการอิสระมากขึ้น ขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ ขาดประสบการณ์ ขาดความอบอุ่นทางครอบครัว ทำให้ขาดความยั้งคิดในเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จนทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์[13] จากการศึกษาเรื่องความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาสารคุมกำเนิดของวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทุกคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและยาคุมกำเนิดจากโรงเรียนมาแล้วตั้งแต่ชั้น ป.5-ป.6 แต่ไม่ค่อยเข้าใจจึงไม่ได้ให้ความสนใจจึงไม่ได้ให้ความสนใจเรียนเพศศึกษาหรือการใช้การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง อีกทั้งกระบวนการสอนเพศศึกษาผู้สอนยังมีกระบวนการสอนที่ไม่น่าสนใจพอ ซึ่งวัยรุ่นควรเข้ามามีส่วนร่วมและเห็นความสำคัญว่าวิชาเพศศึกษาเป็นวิชาที่สำคัญ[14]

การให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม ตระหนักให้ความสำคัญของการให้คำปรึกษาทางเลือกแก่วัยรุ่นที่เผชิญภาวการณ์ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีวัยรุ่นรับคำปรึกษาเพิ่มขึ้น ทั้งแบบเห็นตัว และรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์/ Line/ Facebook (ส่วนที่เพิ่ม) การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการพิจารณาข้อดีข้อเสียอย่างรอบด้านก่อนตัดสินใจยุติการ

ตั้งครรภ์ และการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้รับบริการ และการยับยั้งตนเองไม่ชี้นำการตัดสินใจ การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้กลั่นกรองและหาคำตอบ สอดคล้องกับการศึกษา ศิริพร จิรวัฒน์กุล[15] เป้าหมายของการให้คำปรึกษาทางเลือกคือการให้วัยรุ่นตัดสินใจเลือกทางออกที่เหมาะสม ด้วยตนเอง ทางออกแต่ละทางเหมาะสมกับวัยรุ่นที่อยู่ในสถานการณ์แตกต่างกัน ผู้ให้คำปรึกษาต้องไม่ชี้นำการตัดสินใจ แต่ต้องให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงให้มากที่สุดในทุกทางเลือก บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ให้บริการ แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเรื่องการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เลือกการคุมกำเนิดแบบยาฝังคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤดี ปุงบางกระดี่ และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร[16] การดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตัดสินใจทำแท้งนั้น การให้ความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เพื่อช่วยให้สตรีหลังทำแท้งได้เลือกวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในคราวต่อไปเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มักเลือกที่จะปรึกษากับแกนนำเยาวชน มีความไว้วางใจในเพื่อนวัยเดียวกันรวมถึงการเลือกเข้ารับการปรึกษาแบบไม่แสดงตัวมีจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริยา ฟองเกิด และคณะ[17] ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวัยรุ่นในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมทางบวก พฤติกรรมทางลบ มาจากสื่อต่างๆรอบข้างหรือบุคคลซึ่งวัยรุ่นให้ความเชื่อถือ เช่นเพื่อนสนิท แคนรัก ทำให้วัยรุ่นยอมรับและใส่ใจที่จะทำตาม ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงส่งต่อกรณีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จึงควรให้แกนนำวัยรุ่นและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจากมีความเข้าใจในความต้องการของเพื่อนในวัยเดียวกัน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุม มีช่องทางเข้าถึงบริการที่ไม่ต้องแสดงตัว สะดวกใจแก่ผู้รับบริการเข้าถึงได้สะดวก มีวัยรุ่นที่เผชิญปัญหาการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวนมาก ดังนั้นการพัฒนาความรู้ ทักษะในการป้องกัน ทางเพศสัมพันธ์ ความรู้มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ และจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่ดี ที่ถูกต้อง การเสริมสร้างความรู้จะช่วยสร้างพฤติกรรมที่ดีด้วยเสมอไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม และทัศนคตินั้นก็เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ทั้งจากประสบการณ์ การอบรมสั่งสอน แนะนำ การพูดคุย การได้เห็นแบบอย่าง จึงทำให้เกิดความรู้และทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่น[18]

การดูแลต่อเนื่องวัยรุ่นที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ การติดตาม ให้การดูแลหลังจากการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งจำเป็น จากการศึกษาพบว่าการติดตามหลังการยุติการตั้งครรภ์ ยังขาดรูปแบบหรือแนวทางการทำงานที่ชัดเจน แนวทางที่พัฒนาขึ้นเน้นให้เกิดการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยโดยผ่านการให้คำปรึกษาที่รอบด้าน ให้วัยรุ่นเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง รวมถึงวัยรุ่นที่ไปทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย บุคลากรสาธารณสุขควรมีวิธีการทำงานที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลเหล่านี้ ดังการศึกษาของ นิธินันท์ มหาวรรณ[11] หลังการทำแท้งที่ผิดกฎหมายหญิงวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงและประสบปัญหาในเรื่องสุขภาพกาย รับรู้ว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ ความผิดปกติช่องคลอด และมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก มีความรู้สึกผิดเป็นบาป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้หญิงวัยรุ่นที่ผ่านประสบการณ์ยุติการตั้งครรภ์ได้ก้าวผ่าน ความรู้สึกเหล่านี้ไปได้อย่างราบรื่น และนำมาเป็นบทเรียนในการใช้ชีวิตให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี ทำให้มีความชัดเจนและให้วัยรุ่นที่ประสบปัญหาสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการรับส่งต่อกับภาคีเครือข่ายและแกนนำเยาวชน ควรมีการจัดประชุมร่วมกันเพื่อพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และควรพัฒนาแนวทางการติดตามต่อเนื่องในการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. จากการศึกษาพบว่ายังมีวัยรุ่นที่ประสบปัญหาการติดเชื้อหลังการทำแท้ง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้งในสถานบริการที่นอกเหนือจากเครือข่ายตามแนวทางที่กำหนด และเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นการประชาสัมพันธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการเชื่อมโยงส่งต่ออย่างปลอดภัย เป็นเรื่องสำคัญ ควรมีการจัดกิจกรรมเชิงรุก มีช่องทางที่หลากหลายให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้เพิ่มมากขึ้น ลดความเสี่ยงจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

3. การศึกษาการพัฒนาและผลการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงการส่งต่อสำหรับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเป็นการศึกษาเฉพาะในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข ควรมีการศึกษาเชิงลึกในความคิดเห็นของผู้รับบริการ นอกจากนั้นควรนำแนวทางไปพัฒนาต่อยอดในการพัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงระบบบริการในประเด็นอื่นๆ คือการเชื่อมโยงระบบบริการการดูแลวัยรุ่นที่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้วัยรุ่นที่ประสบปัญหาในมิติอื่นๆมีช่องทางในการเข้าถึงบริการ และได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเป็นแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. **Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: what the evidence says**. (Online) Retrieved from http://www.who.int/m; 2011

2. Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S, K., & Bankole. A Legal abortion worldwide in 2008: Levels and recent trends. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**. 43(1): 188-198. doi: 10.1363/4318811; 2011

3. Lawrence B. Finer and Mia R. Zolna. Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in The United States, 2001–2008. **American Journal of Public Health**. 104(S1): S43-S48. doi: 10.2105/AJPH.2013.301416; 2014.

4. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. **สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย**. (ออนไลน์) สืบค้นจาก https://www.m-society.go.th/article_attach/11829/16120.pdf; 2556.

5 องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. **การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทยรายงานสังเคราะห์ 2558**. กรุงเทพมหานคร; 2558.

6. คณะทำงานจังหวัดอุดรธานี. **แนวทางการปฏิบัติงานสำหรับคณะทำงานจังหวัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและเป็นมิตร**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2561.

7. ศิริพร จิรวัฒน์กุลและคณะ. การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมใน วัยรุ่น (แม่วัยใส). **รายงานวิจัย ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศ ภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น**; 2554.

8. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. **สถานการณ์การคลอด บุตรของวัยรุ่นไทยปี 2556**. (ออนไลน์) สืบค้นจาก http://dcy.go.th/webnew/uploadchild/cld/ download/file_th_20152002002459_1.pdf; 2557.

9. UNFPA. **แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.** (ออนไลน์) สืบค้นจาก http://social. nesdb.go.th/social/Portals/0/State%20of%20Thailand%20Population%20Report%20on%20adolescent%20pregnancy.pdf; 2556.

10. ประจวบ หลักแหลมและคณะ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: ปัญหาและแนวทางแก้ไขทางสังคมวิทยา. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา**. 14(3): 3-11; 2556.

11. นิธินันท์ มหาวรรณ. ประสบการณ์ชีวิตของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาภายหลังการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย. **วารสารพยาบาล สภากาชาดไทย.** 2(1-3): 77-91; 2552.

12. เบญจพร ปัญญายง และ ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล บรรณาธิการ. **คู่มือการให้การปรึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ฉบับปรับปรุง.** พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. กรุงเทพฯ; 2557.ฉ

13. ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง: แนวทางป้องกันสำหรับวัยรุ่น**. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล.** 32(2): 133-141; 2559.

14. พันธุ์ทิพย์ บุญเกื้อ. การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นในอำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 5 (2): 195-216; 2560.

15. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การให้คำปรึกษาทางเลือกสำหรับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์. **วารสารพยาบาลสภาการพยาบาล.** 31(2): 5-16; 2559.

16. ฤดี ปุงบางกระดี่ และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. พยาบาลกับการช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. **J Nurs Sci.** 26(2-3): 5-16; 2008.

17. สุริยา ฟองเกิดและคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** 27(ธันวาคม): 196-209; 2560.

18. เจษฎา สุระแสง. รุ่งนภา เอกตาแสง. นัยนา กล้าขยัน.ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 1(3): 82-93; NOVEMBER 2008 – FREBUARY 2009.

ผลของโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมต่อนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

The Effects of Development on Morality of Nursing student in Western University

ฐพัชร์ คันศร[1] นภาพร เหลืองมงคลชัย[2] อานนท์ สังขะพงษ์[3] วีระชัย เตชะนิรัติศัย[3] ปารวัช ปานใจนาม[4]

Thaphat Khansorn[1], Napapom luangmongkhonchai[2], Verachai tachanirattisai[3], Parawatch panjainam[4]

(Received: August 20,2018; Accepted: September 27,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research designs) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมต่อนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่มีคะแนนคุณธรรม ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.5ลงมา)จำนวน 158 คน สุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 78คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพัฒนาคุณธรรมตามโปรแกรม จำนวน 4 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ การทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ และสถิติ Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมในระยะหลังการทดลอง สูงกว่านิสิตกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมในระยะติดตามผล สูงกว่านิสิตกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นิสิตที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมในระยะหลังการทดลอง สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และนิสิตที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมระยะติดตามผล สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมมีประสิทธิภาพในการช่วยพัฒนาระดับคุณธรรมของนิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ได้จริง

คำสำคัญ: คุณธรรม/ โปรแกรมการพัฒนาคุณธรรม/ นิสิตมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Abstract

This research were Quasi-Experimental research consisted of the quantitative and qualitative research. The purposes of this research were to study a development of Morality of Nursing student in Western University. The sample used in this research were Nursing student in Western University, aged 18 years and over, being during the months of January-February 2018, and had low scored of Morality (The average score under 52.5) 158 persons were purposive sampling and voluntary, and were assigned by matching score into two groups of seventy eight; experimental group and controlled group. The research tools were Morality test and the Moral developing program. The experimental group received 4days continuous while the controlled group did not. The data collection was divided into three phrases; pre-test, post-test and follow up.

The research result shown that the Morality scores of the of Nursing student in Western University who received The morality developing program was higher than the control group in post-test and follow up period at .05 significance level.

[1] 1 อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

[3] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[4] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านกรวด

Moreover, the morality scores of Nursing student in Western University who received The morality developing program in post-trial and follow up period was higher than the pre-trial period at .05 significant level.

Keywords: Morality developing program / Morality /Nursing student in Western University

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลกับคุณธรรม เป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ เป็นสิ่งจำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติกับมนุษย์ [4] จึงเป็นสิ่งที่สังคมต้องการและ คาดหวังให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพนี้ มีคุณธรรมธรรมนอกเหนือจากการมีความรู้ ความสามารถ ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพนี้ จะต้องดำรงชีวิตด้วยความคุณธรรมและจริยธรรม แต่การพัฒนาคุณธรรมธรรมเป็นสิ่งจำเป็นแต่ทำได้ยากเนื่องจากอยู่ในลักษณะนามธรรม ต้องใช้ความพยายามอย่างมากกว่าจะบรรลุผล การพยาบาลผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องปฏิบัติต่อความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญาณ [4] โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลเป็นอาชีพที่มักถูกคาดหวังในเรื่องคุณธรรมสูงกว่าอาชีพอื่นๆ [3] อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ที่ทำให้เกิดความเป็นความตาย นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด อีกทั้งมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความขัดแย้ง เช่น การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความก้าวหน้าของความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงสิทธิผู้ป่วย [3] เหล่านี้สามารถแก้ไขด้วยการตัดสินใจเชิงคุณธรรม ซึ่งพัฒนาได้จากการเรียนรู้และการคิดเชิงตรรกะวิทยาที่บุคคลสามารถกำหนดรูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง [7]

พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ที่มารับบริการมากที่สุด หากพยาบาลไม่มีคุณธรรมที่เหมาะสมจะเกิดปัญหาความขัดแย้งด้านจริยธรรมตามมา จากที่ผ่านมาพบว่ามีการรายงานพฤติกรรมของพยาบาลในทางลบมากขึ้น เช่นการฟ้องร้อง การเลือกปฏิบัติงานในหน่วยที่สะดวกสบาย เป็นต้น เหล่านี้เป็นภาพลักษณ์ที่สำคัญที่จะบั่นทอนความเชื่อมั่นของผู้รับบริการต่อวิชาชีพพยาบาลและมีแนวโน้มสูงขึ้น

คณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เป็นสถาบันเอกชนที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้บริการแก่ประชาชนทุกอาชีพ โดยไม่เลือกชนชั้น วรรณะ ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 มีนิสิตจบไปปฏิบัติหน้าที่ให้บริการในสังคมแล้ว จำนวน 4 รุ่น ผู้วิจัยเห็นว่าวิชาชีพพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีคุณธรรมในระดับสูงและแตกต่างจากวิชาชีพอื่น เนื่องจากเป็นผู้ที่ปฏิบัติต่อร่างกายและจิตใจมนุษย์ หากคุณธรรมบกพร่องแล้วจะก่อให้เกิดความขัดแย้งและเป็นการยากที่จะทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องปลูกฝังและพัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อยๆเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและลดความขัดแย้งในสังคมให้น้อยลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมต่อนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

2. เพื่อเปรียบผลของโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมต่อระดับคุณธรรมนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนทดลอง หลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) [8] มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมต่อนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณธรรมไปวัดกับนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพื่อเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest) โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 158 คน คัดเลือกนิสิตที่มีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรม ตั้งแต่ 52.5 ลงมา และสมัครใจเข้าร่วมการทดลองและสามารถเข้าทำการทดลองได้ สุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 79 คน

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาระดับคุณธรรมของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในกลุ่มทดลอง โดยใช้โปรแกรมพัฒนาคุณธรรม จำนวน 4 วัน ต่อเนื่องกันทุกวัน ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยได้วัดระดับคุณธรรมของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง (Posttest) รวมทั้งในระยะติดตามผลเมื่อสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ เพื่อเป็นคะแนนในระยะ ติดตามผล (Follow-up)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เพื่อพัฒนาคุณธรรมของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น โดยใช้โปรแกรมพัฒนาคุณธรรม โดยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกรรมการพิจารณาจริยธรรม มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU ๒๕๖๐-๐๐๗๗

ประชากร ได้แก่ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 260 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่มีคะแนนคุณธรรมในระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 52.50 ลงมา คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรการคำนวณของเครซี่และมอร์แกน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดน้อย ได้กลุ่มตัวอย่าง 155 คนและเพิ่มอีก 10% เผื่อการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 170 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้จำนวน 12 คน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 158 คน ทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากในลักษณะการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เป็นกลุ่มทดลอง 79 คน และกลุ่มควบคุม 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบวัดคุณธรรม นำแบบวัดที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับนิสิตที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาอำนาจจำแนกรายข้อโดยการหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Peason product moment correlation) ของข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item-total correlation) โดยข้อคำถาม มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.40 ถึง 0.7 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือวัด (Reliability of the instrument) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha method) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α-Coefficient) 0.88

2. โปรแกรมพัฒนาคุณธรรม ที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ และสถิติ Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. นิสิตในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนเองมีคุณธรรม ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนระดับคุณธรรมต่ำที่สุดเท่ากับ 57 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.59 คะแนน ในระยะหลังทดลองมีคะแนนระดับคุณธรรมต่ำที่สุดเท่ากับ 86 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 116 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.18 คะแนน และระยะติดตาม มีคะแนนระดับคุณธรรมต่ำที่สุดเท่ากับ 100 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 116 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.37 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองมีคะแนนระดับคุณธรรมต่ำที่สุดเท่ากับ 50 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 89 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.76 คะแนน ในระยะหลังทดลองมีคะแนนระดับคุณธรรมต่ำที่สุดเท่ากับ 63 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 89 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.44 คะแนน และระยะติดตาม มีคะแนนระดับคุณธรรมต่ำที่สุดเท่ากับ 64 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.42 คะแนน

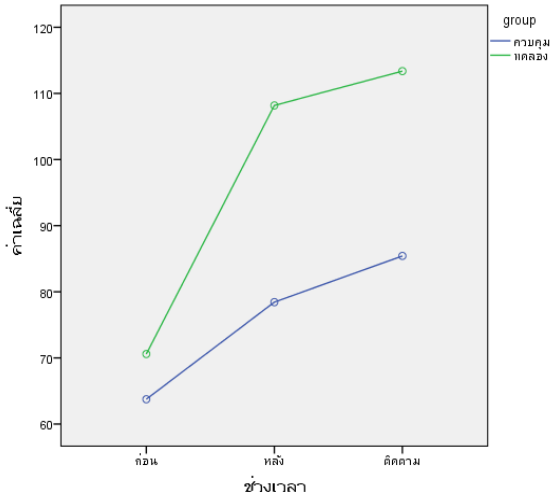
2. การวิเคราะห์ความแปรแปรวนของคะแนน ระยะเวลาทดลอง ระดับคุณธรรมของนิสตระหว่างวิธีการทดลองกับ

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสตระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนมีคุณธรรม และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	การทดลอง	SS	df	Mean Square	F	p-value
กลุ่มเข้าร่วมโครงการ	ก่อนการทดลอง	.004	17	.018	.142	.000
	หลังการทดลอง	1.26	14	.064	.665	
	ติดตามผล	1.33	12	1.05	.892	
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	.001	16	.011	.131	.001
	หลังการทดลอง	1.13	11	.083	.510	
	ติดตามผล	1.22	9	1.02	.7.14	

จากตาราง 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสตระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนมีคุณธรรม และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การวิเคราะห์การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับคุณธรของนิสต พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง นิสตในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนเองมีคุณธรรมและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับคุณธรรมแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย แต่ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล นิสตที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนเองมีคุณธรรมมีค่าเฉลี่ยระดับคุณธรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ช่วงเวลาในการทดลองและการเข้าร่วมโครงการส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสตสูงขึ้น (ภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่มีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสต

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็งของนิสิตระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร		ควบคุม		ทดลอง		t	p-value
	n	$\bar{X}$	*S.D.*	$\bar{X}$	*S.D.*		
การคืนสภาวะเข้มแข็ง	**79**	**78.44**	**8.25**	**108.18**	**7.03**	**20.24***	**0.00**
ระดับคุณธรรม	**79**	**85.42**	**7.55**	**113.37**	**3.47**	**29.72***	**0.00**

***p< 0.05**

จากตาราง 2 พบว่า นิสิตกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการคืนสภาวะเข้มแข็ง ระยะหลังทดลองแตกต่างกับนิสิตที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมระยะติดตามผลแตกต่างกับนิสิตที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสิตกลุ่มทดลองระหว่างระยะหลังทดลองและระยะก่อนทดลอง

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสิตระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทดลอง

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ช่วงเวลา	91442.65	2	45721.32	1359.56*	0.00
ความคลาดเคลื่อน	10357.86	308	33.63		

*p< 0.05

จากตาราง 3 พบว่า ความแตกต่างระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง มีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสิตกลุ่มทดลองระหว่างระยะติดตามผลและระยะก่อนทดลอง

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมของนิสิตกลุ่มทดลองระยะติดตามผลและระยะก่อนทดลอง

ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ระยะก่อนทดลอง	79	70.59	4.74	65.67*	0.00
ระยะติดตาม	79	113.37	3.48		

*p< 0.05

จากตาราง 4 พบว่า นิสิตกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาตนเองมีคุณธรรมมีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมระยะก่อนการทดลองแตกต่างกับระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ วิธีการทดลองและระยะเวลาการทดลองส่งผลต่อระดับคุณธรรมของนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ซึ่งจะเห็นได้จากในระยะ ก่อนการทดลอง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนระดับคุณธรรมไม่แตกต่างกัน เมื่อระยะเวลาผ่านไปในช่วงหลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

พัฒนาคุณธรรมและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยระดับคุณธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า นิสิตที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมมีการการพัฒนาระดับคุณธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคและกระบวนการพัฒนาคุณธรรมทำให้นิสิตเกิดการตระหนักคิดถึงเหตุผล สามารถแยกแยะความถูกต้อง ความดีและความชั่วได้ ความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีระเบียบวินัย และซื่อสัตย์ ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน การปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมเป็นเรื่องที่ต้องอบรมทางจิตใจ[3] โดยผ่านการปฏิบัติธรรมหรืออบรมคุณธรรมหรือการพัฒนาทางจิตใจที่จัดโดยสถาบันศาสนา สถาบันศึกษา หน่วยราชการ โดยมีหลักสูตรที่เหมาะสม วิทยากรที่มีความรู้ความสามารถ

2. นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมมีคะแนนระดับคุณธรรมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่านิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3 โดยแต่ละครั้งที่เข้ารับโปรแกรมการปรึกษานิสิตจะได้รับการฝึกฝน พัฒนาตนเองด้านคุณลักษณะอันพึงประสงค์ พัฒนาความมีระเบียบ วินัย และความสามัคคี พัฒนาคุณลักษณะอันพึงประสงค์ด้านความซื่อสัตย์ ความมีน้ำใจ ฝึกความอดทน ระเบียบวินัย ความสามัคคีในหมู่คณะความมีน้ำใจ [1] การพัฒนานิสิตจึงไม่ใช่เฉพาะการเรียนการสอน แต่ต้องพัฒนาคุณธรรม เพื่อให้นิสิตจบออกไปเป็นคนดี ดังเช่น สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช [3] ได้ตรัสไว้ว่า การพัฒนาคนตามหลักพระพุทธศาสนา จะต้องพัฒนาให้ครบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่พัฒนาร่างกาย พัฒนาจิตใจ และพัฒนาปัญญา เมื่อนิสิตได้รับการพัฒนาจิตใจโดยการเข้าค่ายพัฒนาคุณธรรมแล้วจึงช่วยให้เกิดการตระหนักคิดถึงเหตุผล สามารถแยกแยะความถูกต้อง ความดี และความชั่วได้ ความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีระเบียบวินัย และซื่อสัตย์ ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน [5] สามารถนำไปพัฒนาตนให้เกิดทัศนคติ ค่านิยมที่ดีงาม รู้จักปรับตัวเข้ากับสังคม แก้ไขตนเองเป็นพลเมืองดีของสังคมต่อไป

3. นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาคุณธรรมมีคะแนนระดับคุณธรรมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 และ 5 โปรแกรมพัฒนาระดับคุณธรรมช่วยให้นิสิตเกิดการตระหนักคิดถึงเหตุผล สามารถแยกแยะความถูกต้อง ความดีและความชั่วได้ ความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง มีระเบียบวินัย และซื่อสัตย์ ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นทั้งในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เนื่องจากการเป็นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบต่อความปลอดภัยและชีวิตของบุคคลอื่นตลอดเวลา ซึ่งต้องใช้คุณธรรมในระดับสูงมาก [4] ซึ่งสอดคล้องกับหลักธรรมในการดำเนินชีวิตกำกับด้วยธรรม 4ประการว่าด้วย สัจจะคือความซื่อสัตย์ จริงใจ พูดจริง ทำจริง ทำอะไรก็เป็นที่น่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้ [2] นอกจากนี้การเป็นผู้มีคุณธรรมสูงยังช่วยให้บุคคลที่ข้องเกี่ยวมีความสัมพันธ์อันดี ทั้งครอบครัว ญาติมิตรและผู้ใต้การปกครอง โดยการประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดีช่วยให้นิสิตเป็นผู้มีอริยวัติทั้ง5ได้แก่ งอกงามด้วยศีล ได้แก่เป็นผู้ประพฤติดี สุจริต รู้จักเลี้ยงชีวิต มีวินัย และมีกริยามารยาทอันงาม [7] กระบวนการพัฒนาคุณธรรมล้วนมีจุดมุ่งหมายเดียวคือพัฒนาจิตใจให้มีคุณธรรม อันจะนำไปสู่การประพฤติจริยธรรม โดยเป็นการพัฒนาครบทั้ง 3ด้าน ได้แก่ กายวาจา (ศีล) ด้านจิตใจ(สมาธิ) และด้านปัญญา (ปัญญา) ซึ่งนำไปสู่การปลูกฝังสิ่งดีงาม เพื่อให้ง่ายต่อการยอมรับในระดับจิตใจ และประพฤติปฏิบัติได้ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ไม่หวั่นไหวตามแรงชักจูงของความโลภ ความโกรธ ความหลงได้ง่ายอีก

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้จากความร่วมมือของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์บุรีรัมย์มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และขอขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ ที่

ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ ดร.รุจิระชัย เมืองแก้ว ดร.อารีย์ ขันติธรรมกุล และ ดร.วรางคณา โสมะนันท์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1.มหาวิทยาลัยราภัฏเลย. คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษา. ในคู่มือนักศึกษา ภาคปกติ ปีการศึกษา 2550. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. (2550).

2.ศิริมา ทองอยู่ดี. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2549).

3.สมพร เทพสิทธา. (2542). คุณธรรมและจริยธรรม. กรุงเทพฯ: สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2542.

4.สภาการพยาบาล. สมรรถนะและขอบเขตของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. ประกาศสภาการพยาบาล Retrieved January 19, 2009 from http//www.tnc.or.th. (2551).

5.สมทรง มณีรอด. ความรู้คู่คุณธรรม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชัยนาท. *16*(6), 17-18. (2549).

6.สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่3).พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์. (2545).

7.วัฒนาวรรณ บุญกุวัฒนะ. *การตัดสินใจเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ.*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2544).

8.Polit DF, Hungler BP. Nursing research: Principles and methods. 6 th ed. Philadelphia: J.B. Lippincort; 1991.

Thailand Nursing Council. Nurses administrator' competencies. Bangkok: Judthong; 2013. Thai.

ผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น

Effects of the Breath Exercising Program on Blood Pressure of Elders with Pre-Hypertension

วรวุฒิ ชมภูพาน[1*], วรางคณา ชมภูพาน[1], ฐากูร เกชิต[2]

Worawut Chompoopan, Warangkana Chompoopan, Thagoon Kechit

(Received: August 30,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตที่สูงขึ้น ย่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ อาทิเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ และโรคของหลอดเลือดแดง รวมไปถึงการเสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจะเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งพบได้มากกล่าวคือ การที่ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการตายจาก โรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง คนและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการหายใจในตอนเช้า 30 นาที ฝึกทุกวัน นาน 1 เดือน

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตที่ลดลงต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบโดยพบว่ามีความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง 4.55 และ 5.69 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจในกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

คำสำคัญ : การฝึกการหายใจ, ความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น, ผู้สูงอายุ

Abstract

Hypertension or high blood pressure is a risk factor for various illnesses such as cardiovascular disease, chronic renal failure (CRF), coronary artery disease, and even death. It is found that patients with hypertension are mostly passed away due to Ischemic heart disease, saying that if the blood pressure is higher, there is more risk for patients passing away from cardiovascular disease. Aim to study effects of the breath exercising program on blood pressure of elders with pre-hypertension. This study was a quasi-experiment research. Two groups, experimental group and comparison group, were designed for pre-posttest to study effects of the breath exercising program on blood pressure of elders with pre-hypertension. There were 34 elders in each group. Elders in the experimental group practiced breathing in the morning for 30 minutes every day for one month.

After the experiment, it was found that the experimental group had lower blood pressure than the comparison group. The upper and lower blood pressure values decreased 4.55 and 5.69 mmHg, respectively, and were shown statistically significant differences. In addition, the elders' heart rate in the experimental group were statistically significant different from the elders in the comparison group.

Keywords: Breath exercising, pre-hypertension, elders

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข Corresponding author: worawut@scphkk.ac.th

[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางิ้ว อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก [14] รวมไปถึงในประเทศไทย ความดันโลหิตสูงหมายถึงการที่มีความดันโลหิตตัวบนเท่ากับ 130-139 และมีความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับ 80-89 มิลลิเมตรปรอท [11] ซึ่งส่วนใหญ่ความดันโลหิตสูงเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การรับประทานเกลือ การขาดการมีกิจกรรมทางกาย รูปแบบการบริโภคอาหาร [3] โดยในปัจจุบันพบว่ามีประชากรที่เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น [8] จากสถานการณ์ในทั่วโลกพบว่าความชุกของความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปตั้งแต่ปี 2008 พบได้ประมาณ 40% [14] นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรที่มีความดันโลหิตสูงได้มีจำนวนเพิ่มขึ้นกล่าวคือใน 1980 พบว่ามีประชากรที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 600 ล้านคน และเพิ่มขนาดเป็น 1,000 ล้าน คนในปีปัจจุบันและมีการคาดการว่าความชุกของความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,560 ล้านคนในปี 2568 [8] ภูมิภาคที่มีความชุกของความดันโลหิตสูงคือ แอฟริกามีมากถึง 46% ในยุโรปมีประชากรที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 44.20 โดยเยอรมันพบมากที่สุดคือ ร้อยละ 55 รองลงมาคือ ฟินแลนด์พบร้อยละ 49 นอกจากนี้ยังพบว่า สเปน อังกฤษ และสวีเดน มีจำนวนประชากรที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 47, 42, และ 38 ตามลำดับ [13] สำหรับสหรัฐอเมริกามีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 35 และเมื่อจำแนกตามเพศแล้วพบว่า เพศชายเป็นความดันโลหิตสูงมากว่าเพศหญิง ซึ่งเพศชายพบได้ร้อยละ 39 และร้อยละ 32 ในเพศหญิง [14] สำหรับเอเชียพบว่า ประเทศจีนมีจำนวนประชากรที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 43 [6] นอกจากนี้ยังพบว่าอินเดียมีประชากรที่มีความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.80 [2] สำหรับประเทศญี่ปุ่นพบได้ร้อยละ 36.80 [4] ประเทศไทยพบว่าความชุกของประชากรที่เป็นความดันโลหิตสูงมีร้อยละ 24.70 เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายพบได้มากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 25.60 และร้อยละ 23.90 ในเพศหญิง [1]

ความดันโลหิตที่สูงขึ้น ย่อมเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ อาทิเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โรคไตวายเรื้อรัง (CRF) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) และโรคของหลอดเลือดแดง (peripheral artery disease) รวมไปถึงการเสียชีวิต [11] ประชากรโลกเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงมากถึง 7.5 ล้านคน โดยคิดเป็น 12.80% จากสาเหตุการตายทั้งหมด [14] ในปี 2015 พบว่าความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุเหตุของการตายของประชากรโลกมากถึง 10 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงจะเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งพบมากถึง 4.9 ล้านคน และโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3.5 ล้านคน [12] กล่าวคือ การที่ความดันโลหิตทั้งตัวบนเพิ่มขึ้น 20 mmHg และความดันโลหิตตัวล่างที่เพิ่มขึ้น 10 mmHg จะมีความสัมพันธ์กับการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD) ที่เพิ่มขึ้น [11]

สำหรับวิธีการควบคุมความดันโลหิตนั้นส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบจากการใช้ยาในระยะเวลานาน เป็นการดีหากมีการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ต้องใช้ยาและสามารถทำได้ทุกที่และทุกเวลาวิธีการนี้คือการฝึกการหายใจช้าโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence) พบว่าการฝึกหายใจช้าจะส่งผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนองในการควบคุมระบบระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงการเพิ่มขึ้นของความแปรปรวนของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate variability: HRV) การตอบสนองต่อความไวบารอรีเฟกซ์ และความดันโลหิตที่ลดลง [16]

จากข้อมูลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงอันตรายของการมีความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้นเป็นการดีหากมีการป้องกันความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินระดับที่อันตรายต่ออวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างการผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการฝึกหายใจ ในผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ที่จะตามมา รวมไปถึงการลดความพิการและการเสียชีวิตของประชากรไทย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง คนและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกการหายใจในตอนเช้า 30 นาที ฝึกทุกวันนาน 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการหายใจกับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกหมู่บ้านเพื่อเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มเปรียบเทียบอีก 1 หมู่บ้าน โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตตัวบนไม่เกิน 130-139 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่างไม่เกิน 90-99 มม.ปรอท

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไต ดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้คือผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นบ้านนางิ้วและบ้านโพธิ์ ตำบลนางิ้ว อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น จำนวนกลุ่มละ 34 คน รวมทั้งสิ้น 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ความดันโลหิต (Blood pressure) และอัตราการเต้นของหัวใจในขณะพัก (Heart rate at rest) วัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ (Digital sphygmomanometer) แบบตั้งโต๊ะยี่ห้อ Omral® (Japan) วัดโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมเรื่องการวัดความดันโลหิตจากผู้วิจัย จำนวน 12 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีจำนวน 5 คน มีหน้าที่วัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลองหลังจากฝึกการหายใจแบบลึก ซึ่งทำการวัดที่ต้นแขนขวาในท่านั่งโดยทำการวัด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที สำหรับกลุ่มที่ 2 จำนวน 7 คนมีหน้าที่วัดความดันโลหิตในกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งจะทำการวัดในห้วงเวลาเดียวกันโดยทำการวัดที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยมีวิธีการวัดแบบเดียวกับกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นนำค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจมาหาค่าเฉลี่ย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติอนุมานใช้เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรด้วยสถิติ Chi-square สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independence t-test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ ANCOVA และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6110031 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2562

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงพบร้อยละ 75.00 และพบในกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 69.44 นอกจากนี้ยังพบว่าสาอาสมัครทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มมีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด 80.56 และ66.67 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบว่ารายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 4,000 บาท โดยพบในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและยังพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 66.67 และ 63.89 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามลำดับ (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=34)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	25.00	11	30.56	0.60
หญิง	27	75.00	25	69.44	
อายุ (ปี)					
60-69	29	80.56	24	66.67	0.18
70-79	7	19.44	12	33.33	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
< 4,000	33	91.67	33	91.67	0.99
>=4,000	3	8.33	3	8.33	
Median (IQR) (Min, Max)	2,500(1,300)(500, 1500)		2,450(1,775)(800, 6300)		
สถานภาพสมรส					
สมรส	24	66.67	23	63.89	0.96
ม่าย	11	30.56	12	33.33	
แยก	1	2.78	1	2.78	

Chi-square test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่าความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่างและอัตราการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างกัน (ตาราง 2)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean diff	95% CI of mean diff		*p*
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)		lower	upper	
ความดันโลหิตตัวบน	123.86(9.02)	122.44(11.34)	1.42	-3.40	6.23	0.56
ความดันโลหิตตัวล่าง	81.22(8.58)	81.17(9.77)	0.05	-4.27	4.38	0.98
อัตราการเต้นของหัวใจ	75.69(10.92)	77.94(12.13)	-2.25	-7.67	3.17	0.41

Independence t-test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่าความดันโลหิตตัวบนลดลง 4.55 มิลลิเมตรปรอท (95%CI=1.96 to 7.14) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.001 สำหรับความดันโลหิตตัวล่างพบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตที่ลดลง 5.69 มิลลิเมตรปรอท (95%CI=3.12 to 8.25) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001 (ตาราง 3)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	Mean diff	95% CI of mean diff		*p*
	Mean*	Mean*		lower	upper	
ความดันโลหิตตัวบน	118.81	123.36	-4.55	-7.14	-1.96	0.001
ความดันโลหิตตัวล่าง	76.06	81.75	-5.69	-8.25	-3.12	<0.001
อัตราการเต้นของหัวใจ	71.08	77.41	-6.33	-8.451	-4.227	<0.001

ANCOVA *Mean adjusted base line as the covariate, Standard deviation is not available.

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองพบว่าความดันโลหิตตัวบนลดลงมาจากช่วงก่อนการทดลอง 4.33 มิลลิเมตรปรอท (95%CI=2.02 to 6.65) แตกต่างจากช่วงก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.001 นอกจากนี้ยังพบว่าความดันโลหิตตัวล่าง ลดลง 4.80 มิลลิเมตรปรอท (95%CI=1.83 to 7.78) แตกต่างจากช่วงก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p=0.002 อีกทั้งยังพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจลดลง 5.08 ครั้ง (95%CI=2.64 to 7.53) แตกต่างจากช่วงก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001 (ตาราง 4)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean diff	95% CI of mean diff		*p*
	$\overline{X}$ (S.D.)	$\overline{X}$ (S.D.)		lower	upper	
ความดันโลหิตตัวบน	123.86(0.92)	119.53(6.75)	4.33	2.02	6.65	0.001
ความดันโลหิตตัวล่าง	81.22(36)	76.42(4.94)	4.80	1.83	7.78	0.002
อัตราการเต้นของหัวใจ	75.69(10.91)	70.61(7.05)	5.08	2.64	7.53	<0.001

Paired t-test

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ภายในกลุ่มเปรียบก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน (ตาราง 5)

ตาราง 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Mean diff	95% CI of mean diff		*p*
	$\overline{X}$ (S.D.)	$\overline{X}$ (S.D.)		lower	upper	
ความดันโลหิตตัวบน	122.44(11.34)	122.61(12.11)	-0.17	-1.83	1.49	0.840
ความดันโลหิตตัวล่าง	81.17(9.77)	81.39(9.65)	-0.22	-1.65	1.20	0.754
อัตราการเต้นของหัวใจ	77.94(12.13)	77.97(12.03)	-0.03	-1.04	0.98	0.956

Paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่องผลของการฝึกการหายใจแบบลึกในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้นในครั้งนี้ เป็นการฝึกให้กลุ่มตัวอย่างหายใจช้าๆลึกๆ 8 ครั้งต่อนาที ในเวลาเช้าและเย็นระยะเวลานาน 4 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการฝึกการหายใจแบบลึกมีผลต่อการลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในขณะพักซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของอีฮัดและคณะที่ศึกษาเรื่องการฝึกการหายใจเพื่อลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 33 คน ประกอบไปด้วยเพศชายจำนวน 23 คน และเพศหญิงจำนวน 10 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 15 คน โดยให้ฝึกหายใจนาน 10 นาที ในตอนเย็นทุกวันนาน 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง 5 และ 2.7 มิลลิเมตรปรอท แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [17] เช่นเดียวกับการศึกษาของโจเซฟและคณะที่ได้ศึกษาเรื่องผลของการหายใจช้ากับความไวของบารอรีเฟกซ์และการลดลงของความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 26 รายในกลุ่มทดลองโดยให้ฝึกหายใจแบบลึก 6 ครั้งต่อนาที ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตตัวบนที่ลดลง และความดันโลหิตตัวล่างลดลง 8.60 และ 4.90 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [5]

ซึ่งเป็นกลไกลการทำงานของทางด้านสรีรวิทยาของบารอรีเฟกซ์ (The arterial baroreflex) ที่ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในขณะพักในกลุ่มทดลองลดลงอันเป็นผลต่อเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงแรงดันที่กระทำที่ผนังของหลอดเลือดแดง [15] โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่อธิบายถึงกลไกลการทำงานของบารอรีเฟกซ์รีเซฟเตอร์ที่มีความไวมากขึ้น (The arterial baroreflex baroreceptors sensitivity) โดยบาโรรีเซพเตอร์ซึ่งจะมีอยู่ 2 ส่วนได้แก่ ส่วนแรกมีชื่อว่าคาโรติด ไซนัส (Carotid sinus) ซึ่งเป็นส่วนที่โป่งออกของหลอดเลือดคอมมอนคาโรติดอาร์เทอรี (Common carotid artery) รีเซพเตอร์นี้มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงการเหยียดออก เนื่องจากความดันของหลอดเลือด และมีปลายประสาทมาเลี้ยง สำหรับส่วนที่สองจะมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ เอออร์ติก อาร์ค บาโรรีเซพเตอร์ (Aortic arch baroreceptor) เป็นรีเซพเตอร์ที่อยู่ที่ส่วนโค้งของหลอดเลือดเอออร์ตา โดยจะมีปลายประสาทมาเลี้ยง กรณีที่บารอรีเซพเตอร์ถูกกระตุ้นก็จะมีการส่งคลื่นประสาทไปยังกลุ่มของเซลล์ประสาทในศูนย์กลางของการควบคุมหัวใจและหลอดเลือด (Medullary cardiovascular center) ที่อยู่ในก้านสมองในส่วนเมดัลลา[10] (Brainstem medulla oblongata) โดยคลื่นประสาทที่อยู่ในเซลล์ประสาทนำเข้า จะทำให้เกิดการตอบสนองของบาโรรีเซพเตอร์ เพื่อควบคุมความดันของเลือดให้อยู่ในสภาวะที่ปกติหรือเป็นไปตามสภาวะที่ถูกกระตุ้นจากสภาวะแวดล้อมภายนอกหรือภายในร่างกาย การทำงานของศูนย์กลางการควบคุมหัวใจและหลอดเลือดนี้เป็นรีเฟล็กซ์ ถ้ามีสัญญานจากรีเซพเตอร์มากจะลดการทำงานของประสาทซิมพาเธติกที่ไปเลี้ยงหัวใจ หลอดเลือดแดงขนาดเล็กๆ (Arterioles) และหลอดเลือดดำ (Veins) ในทางตรงกันข้ามการทำงานของประสาทพาราซิมพาเธติกจะเด่นขึ้น จึงเป็นผลให้ หลอดเลือดแดงมีการขยายตัว หัวใจเต้นช้าลง รวมไปถึงการลดลงของความดันโลหิต [7]

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกหายใจเพื่อลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจโดยใช้เวลาในการฝึกในตอนเช้าทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งผลของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่ลดลงเป็นการดีหากการศึกษาในครั้งต่อไปมีระยะเวลาการดำเนินการวิจัยที่มากกว่านี้ เช่น ศึกษา 8 หรือ 12 สัปดาห์

2. ผลของการศึกษาในครั้งนี้เป็นทางเลือกใหม่ที่ใช้ในการลดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในผู้สูงอายุ ที่แตกต่างไปจากวิธีโดยทั่วไป เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การความคุมอาหาร จะเห็นได้ว่าการฝึกหายใจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำได้ง่ายทำได้ทุกเวลา ไม่ต้องใช้

อุปกรณ์ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรได้นำวิธีการดังที่กล่าวมานี้มาใช้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อเป็นการยืดระยะเวลาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุตำบลนางิ้ว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางิ้ว และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557**: นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2557.

2.Anchala, R., Kannuri, N. K., Pant, H., Khan, H., Franco, O. H., Di Angelantonio, E., & Prabhakaran, D. Hypertension in India: a systematic review and meta-analysis of prevalence, awareness, and control of hypertension. **Journal of hypertension**, 32(6), 1170, 2014.

3.Bruno CM, Amaradio MD, Pricoco G, Marino E, Bruno F (2018) Lifestyle and Hypertension: **An Evidence-Based Review. J Hypertens Manag** 4:030. doi.org/10.23937/2474-3690/1510030

4.Ikeda N., Sapienza D., Guerrero R., Aekplakorn W., Naghavi M., Mokdad A.H., Lozano R., Murray C.J., Lim S.S. **Control of hypertension with medication: A comparative analysis of national surveys in 20 countries**. Bull. World Health Organ. 2014;92:10C–19C. doi: 10.2471/BLT.13.121954.

5.Joseph, C. N., Porta, C., Casucci, G., Casiraghi, N., Maffeis, M., Rossi, M., & Bernardi, L. Slow breathing improves arterial baroreflex sensitivity and decreases blood pressure in essential hypertension. **Hypertension**, *46*(4), 714-718, 2005.

6.Kwan, T. W., Yu, C., Zheng, Y., Kwan, J., Stein, R. A., Chen, S., & Hu, D. Hypertension in China: past, present, and future. **Current Hypertension Reviews**, *4*(4), 241-244, 2008.

7.Lee CK, Park KH, Baik SK, et al. Decreased excitability and voltagegatedsodium currents in aortic baroreceptor neurons contribute to theimpairment of arterial baroreflex in cirrhotic rats. **Am J Physiol RegulIntegr Comp Physiol**;310:R1088–101, 2016.

8.NCD Risk Factor Collaboration. **Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015**: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet (London, England) ;389(10064):37-55, 2017

9.Novak V, Novak P, de Champlain J, Nadeau R. Alteredcardiorespiratory transfer in hypertension. **Hypertension**; 23: 104–113, 1994.

10.Pierce GL, Harris SA, Seals DR, et al. Estimated aortic stiffness isindependently associated with cardiac baroreflex sensitivity in humans:role of ageing and habitual endurance exercise. **J Hum Hypertension** ;30:513–20, 2016.

11.Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., ... & MacLaughlin, E. J. 2018. 2017 **World Health Organization 2019 Global Health Observatory (GHO) data, Raised blood pressure, 2019**

12.Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). **European heart journal**. 2018;39(33):3021-104.15. (European Society of Cardiology (ESC) 2018)

13.Wolf-Maier, K., Cooper, R. S., Banegas, J. R., Giampaoli, S., Hense, H. W., Joffres, M., ... & Stegmayr, B. (2003). Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. **Jama**, *289*(18), 2363-2369, 2018.

14.World Health Organization 2019 **Global Health Observatory (GHO) data**, Raised blood pressure https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/ 10/10/2019.

15.Xing-Sheng Y, Yong-Zhi L, Jie-Xin L, et al. Genetic influence onbaroreflex sensitivity in normotensive young men. **Am J Hypertension**; 23:655–9, 2010.

16.Pitzalis MV et al. Effect of respiratory rate on the relationships between RR interval and systolic bloodpressure fluctuations: a frequency-dependent phenomenon.**Cardiovasc Res**; 38: 332–339, 1998

17.Grossman, E., Grossman, A., Schein, M. H., Zimlichman, R., & Gavish, B. Breathing-control lowers blood pressure. **Journal of human hypertension**, *15*(4), 263, 2001.

รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง

The promoting model of Mental Health Literacy to prevent and minimize the severity of depression Among the people in Lampang Province

วินัย รอบคอบ[1], ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ[1], วรภรณ์ ทินวัง[1]

WinaiRobkob[1], SriprapaiInchaithep[1], WorapornThinwang[1]

(Received: April 20,2018; Accepted: June 19,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนใน จ.ลำปาง จำนวน 443 คน ใช้การเลือกแบบโควต้าตามช่วงอายุ (Quota Sampling) เพื่อให้ครอบคลุม 3 กลุ่มอายุ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุคือ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ เครื่องมือประกอบด้วย แบบประเมินการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q,9Q) ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 1) สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหาและทบทวนวรรณกรรม 2) ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ และ 4) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), และสถิติทดสอบที (t-test statistics)

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย Application รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า คู่มือการให้ความรู้โรคซึมเศร้า และ แนวทางการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) 2) รูปแบบฯ มีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี และคุณภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก 3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯพบว่า หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ:การรู้เท่าทันสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

The purposes of this research and development were to develop the promoting model of mental health literacy, to prevent and minimize the severity of depression, and to study the effectiveness of the model. The samples consisted of 443 participantsfrom Lampang provinceusing quota sampling.The participants selected cover 3 age such as adolescents, adults, and older persons. The research instruments used were questionnaires of Mental Health Literacyabout depression and Depressive Symptom Inventory (2Q,9Q). The research process were consisted of 1) synthesizethe promoting model of mental health literacy by analyzing the problems and reviewing literature 2) Validating the quality of the promoting model of mental health literacy 3) Implementing the promoting model of mental health literacy, and 4) improving the promoting model of mental health literacy.The data were analyzed using standard deviation, mean and t-test statistics.

The results of the study were as follows: 1) The promoting model of mental health literacy, to prevent and minimize the severity of depression are as follows : Application “health literacy about depressive disorders”, The guideline book is to give knowledge about depression and means of preventing depression activities for health volunteers. 2) The quality of the model in the overall level is good and the quality in every element is good to very good. 3) The effectiveness of evaluation the promoting model

[1] อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

of mental health literacy, to prevent and minimize the severity of depression showed that after implementing the promoting model of mental health literacy, the mean scores of knowledge to depression literacy and mean scores of depression preparation were significantly higher than before the promoting model of mental health literacy ($p < .001$).

Key words : Mental Health Literacy, depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาหลักทางด้านสาธารณสุข และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลกเป็นอย่างมาก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ.2563) ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิด global burden of disease (DALYs) เป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่นำไปสู่การเสียชีวิตของประชากรโลก [1,2] สำหรับอุบัติการณ์ระดับโลก พบโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.89 โดยในประเทศสหรัฐอเมริกาพบประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปมีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 7.85 (Sadock & Sadock, 2010) และในปี พ.ศ. 2561 ประชากรโลกกว่า 300 ล้านคน มีอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยพบในช่วงอายุ 15-44 ปี (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายอันดับแรกของโลกเพิ่มขึ้น [2] ซึ่งการฆ่าตัวตายถือเป็นภาวะวิกฤตของปัญหาสุขภาพทั่วโลก โดยทุก ๆ 2 ชั่วโมง จะมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 1 คน สัดส่วนผู้ชายฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย [3]

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับที่ 4 ของประเทศไทย ผลการเปรียบเทียบภาระโรคและการบาดเจ็บใน 135 ประเภท พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ Disability Adjusted Life Year: DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทยและอันดับ 3 ของชายไทย [4] โดยประเทศไทยพบแนวโน้มของการเกิดอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าสูงอย่างต่อเนื่องจาก 242.13 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 290.82 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มเป็น 345.70 และ 345.08 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2555 และปี พ.ศ. 2556 ตามลำดับ [5] และจากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี 2562 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษารวมทั้งประเทศ 9.47 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 65.75 ของจำนวนผู้ป่วย คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจทั้งหมด 1.44 ล้านคน [3] และในปี 2561 พบว่า โรคซึมเศร้าส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.32 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากอัตรา 6.03 ต่อประชากรแสนคนในปี 2560 โดยเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงกว่า 4 เท่า ช่วงอายุที่มีจำนวนการฆ่าตัวตายสูงสุดของเพศชายอยู่ที่ 35-39 ปี ส่วนเพศหญิงจำนวนการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ที่ช่วงอายุ 50-54 ปี [6] โดยโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบนำไปสู่ความทุกข์ ความสูญเสียดุลยภาพ และความไม่ปลอดภัยในชีวิตของบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ [7]

จากการศึกษาแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด [8] พบว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้การพัฒนาและการนำแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าไปใช้ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย คือการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนไม่ว่าจะเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย ทีมสุขภาพ รวมทั้งจากการวิเคราะห์กับแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับแรกหรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) 2) การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับที่สองหรือการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) และ 3) การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับที่สาม หรือการป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) [7,9] จะเห็นได้ว่าปัญหาและความรุนแรงของโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นถึงแม้จะมีกลยุทธ์ในการแก้ไขจากกรมสุขภาพจิตและองค์กรที่เกี่ยวข้องมาตลอด ซึ่งข้อมูลยังชี้ให้เห็นว่ายังขาดการเชื่อมโยงระหว่างการป้องกันปัญหาทางจิตในระยะที่ 1 (Primary prevention) และการป้องกันในระยะที่ 2 (Secondary prevention) ทั้งนี้ผู้ที่มี

บทบาทในการป้องกันสองระยะนี้ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และ อสม. ที่จะสังเกตอาการคัดกรองเบื้องต้น และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงบุคลากรในหน่วยปฐมภูมิที่จะคัดกรองและส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไป การที่ผู้เกี่ยวข้องจะสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ดังกล่าวได้นั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีความสามารถใน การรับรู้ความผิดปกติที่จะบ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า และมีความสามารถในการจัดการตนเองและบุคคลรอบข้างในการ แก้ไขปัญหาทางจิต ซึ่งความสามารถเหล่านี้รวมเรียกว่าความฉลาดทางสุขภาพจิต (mental health literacy)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลยุทธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้า ที่เน้นกิจกรรมในการส่งเสริมและป้องกันหรือการคัดกรองไม่เพียงพอที่แก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้น ต้องมีการจัดกิจกรรมให้มีความครอบคลุม รวมถึงการส่งเสริมรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตที่บูรณาการแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาสื่อนวัตกรรมในการส่งเสริมเข้าถึงและถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและ กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับประชาชนในจังหวัดลำปางและผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งสร้างรูปแบบการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าโดยมุ่งเน้นการพัฒนาการรู้เท่าทันสุขภาพจิต นั้นคือการเริ่มต้นที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเริ่มจากการประเมินตนเอง การดูแลเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัว การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน และการเชื่อมโยงข้อมูลทางสุขภาพประชาชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับระบบบริการสุขภาพ โดยคาดว่าผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบนี้จะช่วยเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพจิตในภาคประชาชน เข้าสู่การดูแลโดยระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีเข้าถึงข้อมูล รับรู้ภาวะสุขภาพจิต และมีความสามารถในการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่เป้าหมายคือการลดอัตราผู้ป่วยซึมเศร้า และการป้องกันความรุนแรงจากภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

2.เพื่อตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

วิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Project) เพื่อใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน จ. ลำปาง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 646,258 คน[10]

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน จ. ลำปาง อายุ 15 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเป็น 443 ชุดและใช้การเลือกแบบโควต้าตามช่วงอายุ (Quota Sampling) เพื่อให้ครอบคลุม 3 กลุ่มอายุ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ คือ วัยรุ่นอายุ 15 - 20 ปี จำนวน 103 คน วัยผู้ใหญ่อายุ 20-59 ปี 239 คน และวัยผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 101 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 220 คน และกลุ่มควบคุม 223 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แอพพลิเคชั่น “รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า” สำหรับประชาชนทั่วไป

2. แบบประเมินการรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index : IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.8-1.0 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของแบบประเมินความรู้ความเชื่อ และการปฏิบัติ ได้ค่า 0.68, 0.88 และ 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง หมายเลขเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ E2560/49

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประเมินระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต คะแนนภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ก่อนใช้รูปแบบ

2. นำรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าไปใช้ โดยกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม โดยใช้เวลาในการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ ตามกิจกรรมดังนี้

2.1 กลุ่มที่เข้าถึงเทคโนโลยี ได้แก่ผู้ที่สามารถใช้แอพลิเคชั่นในมือถือได้ จะได้รับคู่มือแนะนำวิธีโหลดและใช้แอพลิเคชั่น ซึ่งประกอบด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวตามระดับคะแนนที่ประเมินได้เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงเสนอช่องทางการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพ

2.2 กลุ่มอ่านออกเขียนได้แต่ไม่สามารถใช้เทคโนโลยี จะได้รับคู่มือการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวตามระดับคะแนนที่ประเมินได้เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงเสนอช่องทางการเข้ารับบริการในระบบสุขภาพ

2.3 กลุ่มที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ จะได้รับซีดีเพลงการสังเกตและป้องกันภาวะซึมเศร้า ร่วมกับได้รับการเยี่ยมจาก อสม.ในการประเมินและให้ความรู้ประกอบการใช้คู่มือการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในกลุ่มอ่านออกเขียนได้ นอกจากนี้ยังใช้การเปิดเพลงภาษาเหนือเรื่องการป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าทางเสียงตามสายของหมู่บ้านร่วมด้วย

3. ประเมินระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิตและคะแนนภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) หลังใช้รูปแบบ

4. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการการรู้เท่าทันสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติทดสอบที(t-test)

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ การอภิปรายผลการศึกษาจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

1. รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ได้รูปแบบที่เหมาะกับประชากรทุกวัยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถนำไปใช้ทั้งผู้ที่เข้าถึงเทคโนโลยีได้ คือรูปแบบเป็น Application ที่ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 Q และ 9 Q ฉบับภาษาเหนือ 2) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ความหมายของโรคซึมเศร้า, แหล่งให้ความช่วยเหลือ, เพลง “สู้ตันโรคซึมเศร้าตั๋วเฮาป้องกั๋นได้” ที่ประกอบไปด้วย สาเหตุโรคซึมเศร้า, 9 อาการสำคัญซึมเศร้า, 9 สัญญาณฆ่าตัวตาย, แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการแปลผล, แนวทางการปฏิบัติตัวโรคซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติตัว การป้องกันตนเองจากโรคซึมเศร้า เป็นต้น 3) เพลงภาษาเหนือในการส่งเสริมความรู้และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า และ 4) แอพพลิเคชั่น “รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า” เนื้อหาจะเหมือนกับคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชนทั่วไปกลุ่มผู้ที่อ่านออกเขียนได้แต่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี ใช้รูปแบบเป็นคู่มือการป้องกันและลดความรุนแรงภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถอ่าน

ออกเขียนได้รูปแบบจะเป็นการติดตามเยี่ยมและให้คำแนะนำโดย อสม. และการมอบซีดีเพลงในการสังเกตอาการตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

2. คุณภาพรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ตาราง 1 คุณภาพรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า จำแนกตามคุณภาพของรูปแบบในด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ความเหมาะสม และความถูกต้อง

องค์ประกอบของคุณภาพรูปแบบ	ระดับคุณภาพ		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการใช้ประโยชน์ (Utility)	4.60	0.16	ดีมาก
ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้(Feasibility)	4.60	0.14	ดีมาก
ด้านความเหมาะสม (Propriety)	4.40	0.12	ดี
ด้านความถูกต้อง (Accuracy)	4.20	0.14	ดี
รวม	**4.45**	**0.18**	**ดี**

จากตาราง 1 พบว่า คุณภาพของรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 4.45, SD = 0.18) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าในด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความเหมาะสม และความถูกต้องอยู่ในระดับดีตามลำดับ

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรับรู้

ป้องกันและจัดการปัญหาภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n = 220) กับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n = 223)

ตัวแปร	กลุ่มที่ใช้รูปแบบฯ (n = 220)		กลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบฯ (n = 223)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	9.62	2.16	7.15	2.49	11.12**	.000
ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	2.53	0.44	2.45	0.42	1.82	.07
ความสามารถในการรับรู้ ป้องกันและจัดการปัญหาภาวะซึมเศร้า	3.11	0.31	2.77	0.47	9.04**	.000

**p-value < .001

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรับรู้ ป้องกันและจัดการปัญหาภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) แต่พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกัน

และลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

สรุปและอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มอุบัติการณ์การเกิดและมีความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สำหรับประชาชนในจังหวัดลำปางทุกช่วงวัย ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนาสื่อนวัตกรรมในการส่งเสริมเข้าถึงและถ่ายทอดความรู้อย่างมีประสิทธิภาพที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัยของผู้รับบริการ ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะ นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมสำหรับประชาชนในจังหวัดลำปางในแต่ละช่วงวัย โดยการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ มีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิต รับรู้ปัญหาสุขภาพจิต สามารถจัดการและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งประกอบด้วย 1. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต 2. ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต และ3. ความสามารถในการรับรู้/การตระหนักในปัญหาสุขภาพจิต การจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต [11] โดยอธิบายจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คือ

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าผ่านการใช้แอฟพลิเคชั่น ประกอบด้วย 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาเหนือ 2) คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า 3) เพลงภาษาเหนือในการส่งเสริมความรู้และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า 4) แอพพลิเคชั่น “รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า”และ 5) โปรแกรมส่งการส่งเสริมการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป ใกล้เคียงกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลลดลง อธิบายได้จากกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการใช้หลักการพัฒนาความรู้การจัดการกับปัญหาและการสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน กิจกรรมเน้นเรื่องของการให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า สาเหตุ ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าการจัดการกับปัญหาหรือเมื่อมีอาการซึมเศร้า รวมถึงการวิเคราะห์ประเมินอาการของตนเองว่าเข้าข่ายหรือมีภาวะซึมเศร้า โดยรูปแบบให้ความรู้เป็นลักษณะกลุ่ม ผ่านสื่อ และคู่มือ[12] และคล้ายคลึงกับการศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มผู้ป่วยภายหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษามีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยทางสถิติ ($p <0.01$)[13] และจากการศึกษาของณัฐิกา ราชบุตร และคณะ (2560) [14] ที่ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้า รวมทั้งกิจกรรมการออกกำลังกายประกอบเพลงพื้นเมืองประยุกต์ การรวมกลุ่มรับประทานอาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกายซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของกันต์ฤทัย ปานทอง และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์(2561) [15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้า สามารถช่วยได้ด้วยการจัดการกับความคิดอารมณ์ พฤติกรรมได้เหมาะสมและลดภาวะซึมเศร้าลงได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของเดวิส และฮาเยส (Davis & Hayes, 2011) พบว่าการจะหลุดพ้นจากความทุกข์ได้ต้องมีสติเข้าไปรู้เท่าทันความคิด ไม่ตัดสิน ไม่คิดตาม ช่วยลดความคิดที่หมกมุ่น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

2. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต พบว่า จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระดับความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ฯ ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น ในส่วนความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันภายหลังจากการใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ฯ สามารถอธิบายได้ว่าการใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านั้น ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าตามทฤษฎีพื้นฐานของการปรับความคิดและพฤติกรรมว่าอารมณ์และพฤติกรรม[16] พบว่า รูปแบบความคิดประกอบด้วย ความเชื่อในระดับลึก (core belief) ความเชื่อในระดับกลาง (intermediate belief) และความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ซึ่งเมื่อมีสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้านำไปสู่ความคิดอัตโนมัติแล้วทำให้เกิดอารมณ์ และแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งในการปรับความคิดและพฤติกรรมสิ่งที่สามารถจัดการได้เมื่อเกิดความคิดที่บิดเบือนไปจากความจริงที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ คือความคิดอัตโนมัติ ส่วนความเชื่อในระดับกลาง คือประสบการณ์การเลี้ยงแต่วัยเด็กทำให้เกิดกฎ กติกา ต่างๆในการดำเนินชีวิต และความเชื่อระดับลึก คือความเชื่อเกี่ยวกับตนเองผู้อื่น และความเชื่อเกี่ยวกับโลกและชีวิตเกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคล ติดตัวมาแต่เด็กเกิดจากการเลี้ยงดูและการมีปฏิสัมพันธ์กับเหตุการณ์ต่าง ๆ นั้น ทั้งความเชื่อในระดับกลาง และความเชื่อระดับลึกเป็นความคิดที่ฝังแน่นในตัวบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงยาก ซึ่งสอดคล้องกับการผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าพบว่าด้านความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตและผิดปกติทางจิต ไม่มีความแตกต่างกัน

3. ด้านความสามารถในการรับรู้/การตระหนักในปัญหาสุขภาพจิต การจัดการปัญหาสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต พบว่า จากผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความสามารถในการรับรู้ ป้องกันและจัดการปัญหาภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยสอดคล้องกับจากผลการทดลองโดยการใช้การรู้เท่าทันสุขภาพจิต (mental health literacy intervention) ในการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ในช่วงสัปดาห์ที่ 6 กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าลดลงภายหลังการทดลองโดยใช้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($t(895) = 2.04$, $P = 0.042$) (Walker et al., 2010) คล้ายคลึงกับการศึกษาการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการกับอารมณ์ มีทักษะในการเผชิญปัญหา มีการคิดสร้างสุขให้กับตนเองได้[17] ใกล้เคียงกับการศึกษาของสยาภรณ์เดชดี และคณะ (2561)[18] พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจากการศึกษาโปรแกรมการสอนทักษะการเผชิญความเครียดพบว่าสามารถลดและป้องกันการเกิด

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถนำไปส่งเสริมในเชิงป้องกันและลดปัญหาภาวะซึมเศร้า รวมทั้งฝึกฝนให้วัยรุ่นมีทักษะในการจัดการกับความคิดทางลบและมีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ[19,20,21,22] นอกจากนี้มีการใช้รูปแบบเกมคอมพิวเตอร์เชิงสร้างสรรค์กับพัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์ของวัยรุ่น พบว่า รูปแบบเกมThe Sims เป็นเสมือนห้องฝึกซ้อมทางอารมณ์ที่ฝึกให้วัยรุ่นมีความอดทนต่อสภาพปัญหาและสามารถปรับตัว ทั้งนี้เกมส์The Sims มีประโยชน์ต่อจินตนาการการคิดวางแผน การจัดการอารมณ์และมีการสร้างแรงจูงใจให้กับวัยรุ่นในระดับสูง[23]

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาความต่อเนื่องยั่งยืนของการรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า โดยการติดตามเก็บข้อมูลระยะยาวเพื่อศึกษาแนวโน้มของความสามารถในการนำความรู้ไปปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

2. พัฒนาแนวทาง / รูปแบบที่สามารถส่งเสริมการรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้าในด้านความเชื่อ โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนและใช้วิธีการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในชุมชน

3. พัฒนารูปแบบการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในกลุ่มโรค/ปัญหาทางจิตอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Markowitz J.C., & Weissman M.M. “Interpersonal psychotherapy : principles and applications”. **World Psychiatry.** 3(3) : 136-139, 2004.

2. World Health Organization. **Depression.** Retrieved from http://www.who. int/ mental _health/ management/depression/definition/en/, 2008 Retrieved September 15, 2018.

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **จิตป่วย ภัยคุกคามสังคมไทย**. Retrieved from https:// dmh. go.th/news-dmh/view.asp?id=28157, 2561 สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2561.

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการเจ็บป่วยทางจิตเวช.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร, 2555.

5. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. **สถิติภาวะซึมเศร้าต่อแสนประชากร.** Retrieved from http://www.dmh.go.th/report/report1.asp, 2558 สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561.

6. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ. **รายงานอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของประเทศไทย.** Retrieved from https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp, 2559 สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2561.

7. สายฝน เอกวรางกูร. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1.** ไทม์ พริ้นติ้ง นครศรีธรรมราช, 2561.

8. ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. **แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่3/2557).** Retrieved from http://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf, 2557 สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2561.

9. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร, 2556.

10. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. **ระบบสถิติทางการทะเบียน.** Retrieved from http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php, 2560 สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2561.

11. Jorm, A.F. et al. “Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know”. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.** 40(1) : 3-5, 2006.

12. เกสร มุ้ยจีน. “ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์”. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 37(3) : 48-60, 2560.

13. นิตยา จรัสแสง และคณะ. “ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560**. 62(3) : 247-255, 2560.

14. ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ. “การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์”. **วารสาร มฉก.วิชาการ.** 20(40) : 115-125, 2560.

15. กันต์ฤทัย ปานทอง และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า”. **วารสารเกื้อการุณย์**. 25(2) : 105-118, 2561.

16. Beck, J. S.. **Cognitive therapy: Basic and Beyond.** The Guiford Press New York, 1995.

17. พัชรี คำตา และคณะ. **รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจ.** การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550. โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ กรุงเทพมหานคร, 2550.

18. สยาภรณ์ เดชดี และคณะ. “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้”. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 26(2) : 103-116, 2561.

19. Clarke, G. N. et al. “Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention”. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.** 34(3) : 312-321, 1995.

20. Cuijpers P. et al. “Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later”. **Clinic Psychol Rev.** 29(5) : 449-58, 2009.

21. Lewinsohn, P. M. et al. “Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents”. **Behavior Therapy.** 21(4) : 385-401, 1990.

22. อติรัตน์ วัฒนไพลิน และคณะ. “ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น”. **Journal of Nursing Science**. 29(2) : 39-47, 2554.

23. ฉัตรรพี เกษมสันต์ ณ อยุธยา. **เกมคอมพิวเตอร์เชิงสร้างสรรค์กับพัฒนาการทางสติปัญญาและอารมณ์ของ วัยรุ่น : ศึกษากรณีเกม The Sims เกม Championship Manager และ เกม FIFA.** วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร, 2550.

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเขตตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Participatory Process of Turkish Tobacco Farmers for Resolve the Impact to Used Pesticide in Kham Mueat Kaeo Subdistrict Huai Mek District Kalasin Province

ชัยธัช จันทร์สมุด*[1]

Chaitach Jansamood*[1]

(Received: September 12,2018; Accepted: November 3,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเพื่อแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเขตตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรจำนวน 80 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บตัวอย่างด้วยแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้วนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับดี แต่ความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เกษตรกรกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมถึงระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.05$)

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรม

Abstract

This research aimed to study participatory process of Turkish Tobacco farmers for resolve the impact to used pesticide in khammueatkaew subdistrict Huai Mek district Kalasin province by studying with the example group of 80 farmers, obtained by the purposive random sampling technique. Constructed questionnaire was used to collect data and was assessed for its reliability. Data analyses involved mean, standard deviation and hypotheses' tests with t-test. The result of this study showed that behavior about used pesticide was at the good level, but knowledge and attitude about was at medium level. After the participatory process control and experimental group of farmer showed that knowledge, attitude and behavior about used pesticide and enzyme cholinesterase level showed differently ($p<.05$).

Key words: Participation, pesticide, knowledge, attitude, behavior

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นจังหวัดที่มีการเพาะปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชมากจังหวัดหนึ่ง และเป็นจังหวัดที่ได้เข้าร่วมทำสัญญากับบริษัท อดัมส์อินเตอร์เนชันแนล จำกัด ซึ่งเป็นบริษัทที่รับซื้อและส่งเสริมการปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชแก่เกษตรกร เพื่อส่งออกต่างประเทศทำให้ประชากรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชมีรายได้เพิ่มหลังจากการเก็บเกี่ยว โดยเฉพาะยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเป็นพันธุ์พืชที่เจริญได้ดีกับดินที่มีคุณภาพต่ำ และเก็บเกี่ยวได้เร็วภายใน 1-3 เดือนก็สามารถเก็บเกี่ยวได้แล้ว ซึ่งเหมาะกับสภาพดินของอำเภอเมือง และอำเภอศรีสมเด็จ สำหรับอำเภอเมืองมีหลายตำบลที่สามารถปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กีชได้ดี ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ประชาชนหันมาปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเป็นจำนวนมาก และเนื่องจากยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเป็นพันธุ์ไม้ล้มลุกที่มีอายุสั้น มีแมลงศัตรูพืชรบกวนอยู่เสมอ ประกอบกับเป็นพันธุ์พืชที่จะต้องมีการฉีดพ่นสารเคมีเพื่อเพิ่มรสชาติให้กับใบยาสูบ จึงทำให้เกษตรกรมีโอกาสสัมผัสกับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างกว้างขวาง

จากการสอบถามผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนพบว่า ผู้ที่เข้ามาใช้ทำการรักษามีอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายส่วนใหญ่มาจากการปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช แสดงให้เห็นว่ายังคงมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งในการนำมาใช้นั้นอาจมีการใช้อย่างไม่ถูกวิธีและขาดความรู้ จึงทำให้มีผลกระทบกับด้านสุขภาพโดยตรง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการการมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิชเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมี โดยการนำเอาการสร้างกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มาใช้ในการสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและส่งเสริมให้เกิดรูปแบบหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีในการปลูกพืชต่อไป

วิธีการศึกษา

1. ประชากร ได้แก่ เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ขึ้นทะเบียนกับบริษัท อดัมส์อินเตอร์เนชันแนล จำกัด ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 213 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้าครัวเรือนหรือตัวแทนซึ่งเป็นเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ที่เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 30-50 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมจำนวนทั้งหมด 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.1 แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ลักษณะพื้นฐานบางประการทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมของเกษตรกร

ตอนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตอนที่ 4 ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตอนที่ 5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3.2 คู่มือเกษตรกรปลอดโรคสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.3 ชุดตรวจเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรผู้เข้าร่วมกระบวนการมีส่วนร่วมโดยกระดาษ Reactive Paper

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (หมายเลขโครงการ KLS.RE075/2561) ผู้วิจัยจึงลงพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และอภิปรายผลต่อไป

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

1. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 57 คน (ร้อยละ 71.20) สถานภาพสมรส จำนวน 74 คน (ร้อยละ 92.50) เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 41 คน (ร้อยละ 51.20) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อปี 40,001-50,000 บาท จำนวน 37 คน (ร้อยละ 46.20) มีสมาชิกในครัวเรือน 4-5 คน จำนวน 46 คน (ร้อยละ 57.50) และไม่สูบบุหรี่ จำนวน 57 คน (ร้อยละ 71.20)

2. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลคำเหมือดแก้ว อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีข้อมูลพื้นฐานการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชคือ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 68 คน (ร้อยละ 85.00) มีหน้าที่ในการผสมและฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 54 คน (ร้อยละ 67.50) เคยมีอาการผิดปกติหลังจากการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 66 คน (ร้อยละ 82.50) โดยอาการส่วนใหญ่เจ็บคอ คอแห้ง จำนวน 33 คน (ร้อยละ 41.30) รองลงมาคือ อ่อนเพลีย จำนวน 30 คน (ร้อยละ 37.50) ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 54 คน (ร้อยละ 67.50) เคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 70 คน (ร้อยละ 87.50) มีพื้นที่ปลูกยาสูบเตอร์กิช ต่ำกว่า 5 ไร่ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 36.20) มีค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อปี ตั้งแต่ 1,500 บาทขึ้นไป จำนวน 62 คน (ร้อยละ 77.50) ใช้เครื่องฉีดพ่นสะพายหลังแบบเครื่องยนต์ จำนวน 63 คน (ร้อยละ 78.80) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 47 คน (ร้อยละ 58.80) ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากบริษัทอดัมส์อินเตอร์เนชันแนล จำกัด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 40.00)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารเคมีใดๆ ที่ใช้ในการกำจัดแมลงศัตรูพืชซึ่งอาจมีผลต่อคน สัตว์ สิ่งแวดล้อม เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ต้องอ่านฉลากให้เข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และอันดับสุดท้ายคือ ชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้เป็นชนิดใดก็ได้ที่มีพิษรุนแรงสามารถกำจัดศัตรูพืชได้

ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า การปฏิบัติตัวขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ควรสูบบุหรี่/ยาเส้น เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ต้องสวมถุงมือ หน้ากาก เพราะจะทำให้เกะกะและอันดับสุดท้ายคือ เมื่อหัวฉีดเครื่องพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอุดตันให้ใช้ปากเป่า หรือดูดหัวฉีด

หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า ต้องทำความสะอาดอุปกรณ์การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกครั้ง หลังการใช้ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ การเก็บรักษาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรแยกโรงเก็บต่างหาก และมีเครื่องหมายเตือนติด และอันดับสุดท้ายคือ ทำลายภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกครั้งที่ใช้หมดแล้ว โดยการนำไปฝังดินลึกแล้วกลบให้มิดชิด

ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า การสวมเครื่องแต่งกายที่รัดกุมสามารถช่วยป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ เป็นอันดับแรก และอันดับสุดท้ายคือ ในการเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้ได้ผลนั้นควรพิจารณาจากราคาก่อน

ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า การสวมที่ปิดจมูกขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้หายใจลำบาก เป็นอันดับแรก และอันดับสุดท้ายคือ การสวมแว่นตาขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้การมองไม่ชัดเจน

หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า หลังจากฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วควรเข้าไปดูในบริเวณที่ฉีดพ่นเพื่อดูให้แน่ใจว่าแมลงตายหมดหรือยัง เป็นอันดับ

แรก และอันดับสุดท้ายคือ การทำความสะอาดอุปกรณ์หลังการใช้งานทุกทั้ง จะช่วยป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า ก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชท่านอ่านฉลากทุกครั้งและปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด รองลงมาคือ ท่านตรวจสอบสภาพของอุปกรณ์การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกครั้งให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ และอันดับสุดท้ายคือ ท่านนำบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณที่จะฉีดพ่นสารเคมี

ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 1 ชนิด ผสมเข้าด้วยกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ท่านผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยมือเพื่อความรวดเร็ว และอันดับสุดท้ายคือ ท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือดื่มน้ำขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายประเด็นพบว่า ท่านนำภาชนะที่ใส่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้หมดแล้วไปฝังกลบ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ท่านเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุปกรณ์ไว้ในที่ปลอดภัยและห่างไกลจากเด็กและสัตว์เลี้ยง และอันดับสุดท้ายคือ ท่านถอดชุดที่สวมใส่ แล้วซักด้วยผงซักฟอกทันทีหลังเสร็จงาน

ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด

เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับมีความเสี่ยง รองลงมาคือ ระดับปลอดภัย

หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมและเป็นทุกรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีทัศนคติเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมและเป็นทุกรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีพฤติกรรมเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมและเป็นทุกรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตาราง 1)

ตาราง 1 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ความรู้						
ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	13.41	0.11	17.71	0.02	-12.043	0.000*
ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	17.18	0.13	20.00	0.00	-6.030	0.000*
หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	16.72	0.17	20.00	0.00	-5.761	0.000*
รวม	**15.75**	**0.10**	**19.24**	**0.00**	**-10.434**	**0.000***

ตาราง 1 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ทัศนคติ						
ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.11	0.36	2.92	0.12	-13.931	0.000*
ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.42	0.41	2.81	0.21	-5.287	0.000*
หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.35	0.52	3.01	0.00	-8.347	0.000*
รวม	**2.29**	**0.20**	**2.91**	**0.10**	**-16.973**	**0.000***
พฤติกรรม						
ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.12	0.22	3.00	0.00	-12.350	0.000*
ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.32	0.19	2.94	0.06	-14.529	0.000*
หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2.54	0.19	2.91	0.06	-12.160	0.000*
รวม	**2.50**	**0.12**	**2.95**	**0.03**	**-22.180**	**0.000***
ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด						
หลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	2.720	0.553	2.340	0.669	2.44	0.011*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการปลูกยาสูบเตอร์กิชมาเป็นเวลานานพอสมควร โดยเริ่มต้นอาจมีการลองผิดลองถูก จนเจ้าหน้าที่จากบริษัทอดัมส์อินเตอร์เนชันแนล จำกัด เข้าให้ความรู้เพื่อให้เกิดคุณภาพกับผลผลิตใบยาสูบ ซึ่งจะเห็นได้จากแหล่งความรู้ส่วนใหญ่ที่เกษตรได้รับคือจากบริษัทฯ ถึงร้อยละ 40.00 ซึ่งเกษตรกรสามารถเข้าใจความหมาย และวิธีการใช้งานอย่างถูกต้อง แต่ก็ยังมีความเข้าใจส่วนใหญ่ว่าชนิดของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้เป็นชนิดใดก็ได้ที่มีพิษรุนแรงสามารถกำจัดศัตรูพืชได้ ซึ่งอาจจะเป็นได้ว่าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชนั้นสามารถหาซื้อที่ใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องซื้อจากบริษัทฯ ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ ซึ่งสอดคล้องกับชัยธัช จันทร์สมุด และคณะ[1] ได้ศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีและ

อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังไม่ถูกต้อง ถึงแม้เกษตรกรจะมีความรู้ในระดับดีก็ตาม อังคณา อ่างทอง[2] ได้ศึกษาความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการใช้สารฆ่าแมลงในการปลูกผักของเกษตรกร ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการใช้สารฆ่าแมลงของเกษตรกรอยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างถูกต้อง และปลอดภัยอยู่ในระดับสูง สมพร ชุ่มช่วย[3] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงของผลเลือดจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในจังหวัดพัทลุง พบว่า เกษตรกรส่วนน้อยไม่มีความรู้ เกี่ยวกับการใช้สารกำจัดศัตรูพืช

2. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่มีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับมีความเสี่ยง (ร้อยละ 44) แสดงให้เห็นว่า เกษตรกรส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แต่ด้วยความต้องการผลผลิตจำนวนมาก จึงมีความพยายามที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไม่ถูกต้องเป็นบางครั้ง ซึ่งทำให้อยู่ในภาวะความเสี่ยงโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับนงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ[2] ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร บ้านหนองแขม ตำบลเมืองนะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกระแสโลหิตของเกษตรกรร้อยละ 37.0 อยู่ในระดับเสี่ยง และไม่ปลอดภัย

3. เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบพันธุ์เตอร์กิช ตำบลสีแก้ว อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง มีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมและเป็นทุกรายด้าน ได้แก่ ก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย สูงขึ้นหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การที่ผลการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมปรากฏเช่นนี้ เป็นเพราะมีวิธีการการถ่ายทอดที่เหมาะสม และมีการใช้เทคนิคและวิธีการถ่ายทอดที่มีความหลากหลาย ช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีมากยิ่งขึ้นและรูปแบบการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสอดคล้องกับเนื้อหาและความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับเสรี วงษ์มณฑา[5] ทัศนคติเชิงบวก (Positive Attitude) ทำให้เกิดการปฏิบัติออกมาในทางบวก (Act Positively)

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้เกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีลดลงจากก่อนการจัดกระบวนการ ทำให้ผลกระทบต่อทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพลดลงไปด้วย ดังนั้นในการดำเนินการแก้ไขปัญหาและลดผลกระทบจากการใช้สารเคมีควรจะพิจารณาวางแผนในการจัดกระบวนการตามแนวทางของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การร่วมรับรู้ ร่วมสนทนากลุ่มย่อย และร่วมสรุปผล

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเคมี เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและมีขั้นตอนจะต้องสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเคมี โดยให้เกษตรกรได้ร่วมรับรู้ ถึงผลที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม และร่วมกันวิเคราะห์ ทดลอง หาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของเกษตรกร ตลอดจนให้เกษตรกรได้ร่วมสรุปผลจากการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาผลผลิตให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น

3. การศึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมีเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ซึ่งผู้ศึกษาจะต้องเข้าใจบริบท สภาพความอยู่ของประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมในพื้นที่นั้นๆ เพื่อที่จะสามารถประยุกต์กิจกรรมและเทคโนโลยีที่จะใช้ในการดำเนินงานได้ถูกต้องและเหมาะสมตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วย

ศาสตราจารย์ ดร.ยรรยงค์ อินทร์ม่วง คณบดีคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร วงศ์จันทรา ประธานสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ดร.ลำพูน เสนาวัง ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และ ดร.สุภศักดิ์ เมืองพรหม ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยธัช จันทร์สมุดและคณะ. “การศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบตำบลกุดสิมคุ้มใหม่ อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์,” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 10(1) : 555-563, มกราคม-เมษายน 2560.

4. นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ. “พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร,” **เชียงใหม่เวชสาร**. 43(3) : 4-43, 2547.

3. สมพร ชุ่มช่วย. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงของผลเลือดจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในจังหวัดพัทลุง พ.ศ. 2543,” **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. 44(24) : 69-78 ; ตุลาคม, 2544.

5. เสรี วงษ์มณฑา. **การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค**. กรุงเทพฯ : ธีระฟิล์มและไซแท็กซ์, 2542.

2. อังคณา อ่างทอง. **ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการใช้สารฆ่าแมลงในการปลูกผักของเกษตรกร ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระ ศศ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of nursing documentation on Focus Charting Nursing Record in Labor Room at RongKham Hospital, Kalasin Province

สวาท วันอุทา[1]

Sawart Wanutha[1]

(Received: September 5,2018; Accepted: November 17,2018)

บทคัดย่อ

บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ เป็นการบันทึกเหตุการณ์สำคัญหรือเรื่องราวของผู้ป่วยที่ทีมผู้ดูแลสุขภาพสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้มีสัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และ ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นการดำเนินงาน และ 3) ขั้นการประเมินผล มีการดำเนินงานระหว่าง ตุลาคม 2560 –กันยายน 2561 กลุ่มประชากรได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำ จำนวน 10 คนและกลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้รับบริการห้องคลอดโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ร้อยละ 50 ด้วยการจับสลากเลขทะเบียนที่เข้ารับไว้นอนในห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำ 1 ธันวาคม 2560 -30 กันยายน 2561 ทั้งหมด 68 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างคือเวชระเบียนผู้คลอดจำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบแบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ และแบบสอบถามแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ตามกรอบแนวคิดบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (2556) ซึ่งผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.94 และ 0.97 และได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และ 0.80 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นบันทึกความก้าวหน้ามีรูปแบบAIE(Assessment Intervention ,Evaluation) ประกอบด้วยการประเมินสภาพผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล ส่วนที่ 2 คือ ส่วนสรุปอ้างอิง ความสมบูรณ์ของการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกความก้าวหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.15, *SD*=0.18) ในส่วนส่วนสรุปอ้างอิง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.83, *SD*=0.17) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=4.27, *SD*=0.25) ผู้วิจัยเสนอแนะว่าผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในแผนกอื่นๆและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และควรมีการพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะให้แก่พยาบาลวิชาชีพให้ได้ระดับดีถึงดีมากต่อไป

คำสำคัญ: บันทึกการพยาบาล การชี้เฉพาะงานห้องคลอด

Abstract

Focus Charting nursing is a system document recorded of nursing care or important situation of patients in order to patients provide the better care. This documentary research aimed to development of nursing documentation on focus

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

charting nursing record and explore the effects of nursing documentation on focus charting nursing record in labor room RongKham Hospital Kalasin Province. The research involved 3 procedures: 1) Preparation 2) Implementation and 3) Evaluation . Have been Implementated between October 2017 - September 2018 The demographic data were 10 professional nurses registered in the labor room of RongKham Hospital and The sample was inpatient medical records of the labor room service By simple sampling method 50 percent of the number of cases disposed of the labor room of RongKham Hospital during 1 December 2017 - 30 September 2018, all 68 cases The research instruments consisted of the audit checklists assessing the quality of focus charting nursing record and satisfaction questionnaire toward focus charting nursing record. Both instruments were validated by the experts,and its content validity were at 0.94 and 0.97. The reliability was at 0.91 and 0.80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic such as frequency, percentage, average and standard deviation.

Finding revealed that development of nursing documentation on focus charting nursing records in labor room at RongKham Hospital Kalasin Province consists of progress note. It is an AIE (Assessment Intervention, Evaluation) and focus list. The results of the use of the focus charting nursing records found that the completeness of focus charting nursing records for the progress note were at medium level ($\overline{X}$=3.15, *SD*=0.18), and the focus list was high level ($\overline{X}$ =3.83, *SD*=0.17) in addition the nurses satisfaction toward using focus charting nursing records was high level ($\overline{X}$=4.27, *SD*=0.25). Research suggests that nurse administrators should promote use of focus charting nursing record in other departments and be able to apply them accordingly to the context of the department. And there should be further development to promote knowledge and skills of specific nursing records for professional nurses to be of good to very high level

Key word: Nursing record, Focus charting in labor room

บทนำ

บันทึกทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่สะท้อนถึงการปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลสำคัญกับทีมวิชาชีพอื่นที่ปฏิบัติงานร่วมกันเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง เป็นเอกสารสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล และยังใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนเป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกฟ้องร้อง [8] นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลแสดงผลการตรวจรักษาพยาบาล เป็นหลักฐานทางกฎหมายว่าพยาบาลได้ให้การพยาบาลได้ให้การพยาบาลอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด ปฏิบัติการอย่างไร ผลการปฏิบัติการเป็นอย่างไร และผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อปฏิบัติการพยาบาลนั้นอย่างไร [4] การบันทึกทางการพยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อการสื่อสารการดูแลผู้ป่วย การประเมินความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย ทั้งผู้ที่ให้การดูแลไปแล้วรวมถึงการประเมินผลหลังการดูแลผู้ป่วยด้วย หากการบันทึกที่ไม่มีคุณภาพจะนำไปสู่การเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทั้งต่อผู้ป่วยและทำให้ไม่สามารถนำมาเป็นหลักฐานในกรณีได้รับการฟ้องร้อง

สำนักการพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในมาตรฐานข้อที่ 11 ว่าด้วยการบันทึกการพยาบาล โดยให้วิชาชีพพยาบาลต้องบันทึกการพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุมกับการประเมินผู้ป่วยแรกรับและการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง การกำหนดแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ การระบุกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาและ

ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการตอบสนองของผู้ป่วยหรือผลลัพธ์ของการพยาบาล ความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพตนเอง และให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และให้มีการทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วยเพื่อให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์ โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน หรือได้รับการออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลให้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่ายและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง [9]

สภาพการณ์ปัจจุบันพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลพบว่ามีความซ้ำซ้อน ใช้เวลามากไม่ชัดเจนยากที่จะดึงมาใช้เป็นส่วนๆ ไม่มีความต่อเนื่อง ไม่เห็นภาพรวมของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายไม่สัมพันธ์หรือสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ และสื่อสารกับทีมสวิชาชีพได้น้อย [8] เช่นเดียวกับสภาพปัญหาที่พบในงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำพบว่าบันทึกทางการบันทึกทางการพยาบาลเดิมมีความซ้ำซ้อน ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษา การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้คลอด เขียนกิจกรรมการพยาบาลไม่สะท้อนถึงการใช้มาตรฐานการพยาบาล ขาดการประเมินผลการพยาบาล ไม่แสดงผลจากการตอบสนองของผู้รับบริการคลอดหลังให้การพยาบาล และพบว่าปัจจัยที่มีส่วนทำให้การบันทึกการพยาบาลไม่ได้คุณภาพ คือการเขียนบันทึกทางการพยาบาลต้องใช้เวลาในการเขียนมาก แบบฟอร์มมีความซ้ำซ้อนการบันทึกทางการพยาบาลทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมากกว่าการปฏิบัติการทำคลอด และไม่มีความสุขในการบันทึกทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ(Focus Charting) เป็นรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่บอกให้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือสภาพผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะ (Focus) การบันทึกคำหรือวลีสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือระบุเหตุการณ์สำคัญหรือเรื่องราวของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความสามารถ ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เน้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ กังวล การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดกระบวนการคิดที่เป็นระบบมีการคิดวิเคราะห์ ในการจับประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทำให้มองเห็นเรื่องราวของผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่าย [5] รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเอื้อต่อการบันทึกที่รวบรัดกระชับง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ หรือปัญหาของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในการดูแลรักษาชัดเจนขึ้น [8] ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกแบบชี้เฉพาะและผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยจะทำให้ได้การบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่เหมาะสมกับสภาพบริบทของงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ นอกจากนี้ยังส่งผลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำมีความพึงพอใจและสามารถให้การพยาบาลผู้คลอดมีคุณภาพได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research development) โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การเตรียมการพัฒนา

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ

จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ ในเรื่องการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานห้องคลอด

2. การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ

2.1 แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะงานห้องคลอด
โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 คณะทำงานร่วมกันออกแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทั้งในส่วนของบันทึกความก้าวหน้า (progress note) และ ส่วนสรุปใช้อ้างอิง (Focus list) โดยใช้กรอบแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช (2556)[5]

2.3 คณะทำงานร่วมกันจัดทำคู่มือการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ โดยใช้กรอบแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช (2556)

2.4 งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ มีการประกาศนโยบายใช้รูปแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในงานห้องคลอด

2.5 นำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะไปทดลองใช้ในงานห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำ ระยะเวลา 2 เดือน (ตุลาคม –พฤศจิกายน 2560) และประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพที่เขียนบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.6 ประชุมคณะทำงานเพื่อนำผลที่ไดhจากการทดลองใช้มาวิเคราะห์และประชุมพยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอดทุกคน เพื่อสร้างความเข้าใจในการเขียนบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2.7 แต่งตั้งผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ เพื่อติดตาม ตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลตลอดจนการเสริมความรู้ ความเข้าใจให้กับพยาบาลวิชาชีพ

2.8 ประชุมคณะทำงานและผู้นิเทศการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ไปแจ้งที่ประชุมคุณอนุกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลร่องคำ

2.9 ปรับปรุงคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.10 ประชุมชี้แจงผลที่ได้จากการทดลองใช้และผลการนิเทศการบันทึกทางการพยาบาลให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดและพร้อมชี้แจงการใช้คู่มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

2.10 เริ่มใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะอย่างเป็นทางการในมกราคม 2561

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์

การประเมินผลการพัฒนา โดยประเมินความสมบูรณ์การบันทึกทางการพยาบาลจากเวชระเบียนผู้คลอด และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำทุกคน จำนวน 10 คน และเวชระเบียนแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ร้อยละ 50 ด้วยการจับสลากเลขทะเบียนที่เข้ารับไว้นอนในห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำ ทั้งหมด 68 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างคือเวชระเบียนผู้คลอดจำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบแบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะของฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลศิริราช (2556) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนบันทึกความก้าวหน้า มีทั้งหมด 6 ข้อ และส่วนสรุปใช้อ้างอิงมีทั้งหมด 12 ข้อ

แบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ0.94 และหลังจากนั้นได้ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี inter rater reliability โดยผู้วิจัยได้นำแบบตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะไปทดลองใช้ตรวจสอบบันทึกการพยาบาลในเวชทะเบียนที่สุ่มจำนวน 5 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่น(reliability) 0.91

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ตามกรอบแนวคิดบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช(2556)[5] เป็นแบบสอบถามมาตรา ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้ค่าความสอดคล้องทั้งฉบับเท่ากับ 0.97 และทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbachs'Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ พบว่าการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนบันทึกความก้าวหน้าเป็นแบบตาราง ประกอบด้วย 3 คอลัมน์คือ 1) บันทึกวันเดือนปีและช่วงเวลา 2) บันทึกชี้เฉพาะ (Focus) และการประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) 3) บันทึก IE การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล (Intervention ,Evaluation) โดยกำหนดให้มีการบันทึกต่อเนื่องและมีความสอดคล้องกัน ในส่วนบันทึกสรุปอ้างอิงเป็นแบบตารางเช่นกัน แบ่งเป็น 6 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกลำดับ (number) 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย 3) บันทึกเป้าหมาย/ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย(Goal/Outcome) 4) บันทึกวันเดือนปีที่เริ่มการชี้เฉพาะ (Start) 5) บันทึกวันเดือนปีที่สิ้นสุดการชี้เฉพาะ (Finish) และ6) บันทึกชื่อผู้บันทึก (Recorder) โดยบันทึกก้าวหน้าและบันทึกสรุปใช้อ้างอิงแยกออกจากกัน โดยเรียงบันทึกสรุปอ้างอิงอยู่ด้านหน้าของการบันทึกส่วนก้าวหน้าและการบันทึกทั้งสองส่วนต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2. ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำ ประกอบด้วยความสมบูรณ์บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในบันทึกสรุปใช้อ้างอิงและในส่วนบันทึกความก้าวหน้า และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ความสมบูรณ์การบันทึกแบบชี้เฉพาะในส่วนสรุปอ้างอิงอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$ =3.83, *SD*=0.17) หรือร้อยละ 76.72 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือชี้เฉพาะเรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้คลอดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ =4.62, *SD*=0.51) หรือร้อยละ92.50 รองลงมาคือชี้เฉพาะสอดคล้อง/ครอบคลุมกับบันทึกก้าวหน้าตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$=4.50, SD=0.52) หรือร้อยละ90.50

ความสมบูรณ์ของการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกความก้าวหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.15, *SD*=0.18) หรือร้อยละ 63.38 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย($\overline{X}$=3.40, *SD*=0.52) และข้อที่ได้คะแนนต่ำสุด คือ ปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม ($\overline{X}$=2.80, *SD*=0.40)

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\overline{X}$=4.27, *SD*=0.25) โดย ความพึงพอใจที่คะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาลสะท้อนถึง

สมรรถนะของพยาบาลได้ในระดับดีมากที่สุด ($\overline{X}$=4.58, *SD*=0.56) ระดับรองลงมาคือคุณค่าของการบันทึกการพยาบาลสะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$=4.55, *SD*=0.44) คะแนนความพึงพอใจที่ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากคือการใช้เวลาในการบันทึกทางการพยาบาล และรู้สึกกระตือรือร้นในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล อยู่ในระดับมาก($\overline{X}$=3.95, *SD*=0.56)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนบันทึกความก้าวหน้าเป็นแบบตารางประกอบด้วย 3 คอลัมน์คือ 1) บันทึกวันเดือนปีและช่วงเวลา 2) บันทึกชี้เฉพาะ(Focus) และการประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) 3) บันทึก IE การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (Intervention ,Evaluation) ประกอบด้วยการประเมินโดยกำหนดให้มีการบันทึกการดูแลที่ต่อเนื่องมีความสอดคล้องกันส่วนบันทึกสรุปใช้อ้างอิงเป็นแบบตารางเช่นเดียวกัน ประกอบด้วย 6 คอลัมน์ คือ 1) บันทึกลำดับ (number) 2) บันทึกชี้เฉพาะ (focus) ของผู้ป่วย 3) บันทึกเป้าหมาย/ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย(Goal/Outcome) 4) บันทึกวันเดือนปีที่เริ่มการชี้เฉพาะ (Start) 5) บันทึกวันเดือนปีที่สิ้นสุดการชี้เฉพาะ (Finish) และ6) บันทึกชื่อผู้บันทึก (Recorder) โดยบันทึกก้าวหน้าและบันทึกสรุปใช้อ้างอิงแยกออกจากกัน โดยเรียงบันทึกสรุปอ้างอิงอยู่ด้านหน้าของการบันทึกส่วนก้าวหน้าและการบันทึกทั้งสองส่วนต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการจัดทำรูปแบบตารางช่วยให้การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกสามารถทำได้ง่ายแต่ละส่วนมีความชัดเจนช่วยให้พยาบาลวิชาชีพบันทึกทางการพยาบาลได้ เนื่องจากรูปแบบที่ได้เป็นรูปแบบที่ได้จากกระบวนการ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช (2556)[5]

ผลของการใช้บันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำ พบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในส่วนบันทึกความก้าวหน้าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=3.15, *SD*=0.18) หรือร้อยละ 63.38 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาความต้องการและความเสี่ยงความปลอดภัยของผู้ป่วย($\overline{X}$=3.40, *SD*=0.52) ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มการโรงพยาบาลร่องคำ มีนโยบายสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลร่องคำมีการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดให้เรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานของพยาบาลทุกคนในกลุ่มการพยาบาล และมีนโยบายสนับสนุนให้มีการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทุกหน่วยงาน การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยเชิญวิทยากรมาให้ความรู้ ในเรื่องการบันทึกการทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดทุกคน การให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้ได้ปัญหาจากสถานการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนในการกำหนดรูปแบบโครงสร้างของการบันทึกทางการพยาบาลทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความเป็นเจ้าของ และเข้าใจปัญหาได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาธัญรัศม์ คล้ายขำ (2557)[3] ที่ได้ศึกษาการบันทึกทางการพยาบาลงานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบันทึกทางการพยาบาล มีการพัฒนาการบันทึกการพยาบาลทำโดยการระดมสมองเกี่ยวกับปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบบันทึกของงานห้องคลอด พบว่าพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลภายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา คุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลหลังพัฒนามีคุณภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติขวัญ นวมะชิติ (2557)[2] ศึกษาการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมี

ความครอบคลุม ถูกต้องตามหลักการบันทึก และมีความต่อเนื่อง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ตามผลการศึกษาพบว่าข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือปฏิบัติการพยาบาลสะท้อนถึงมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$=2.80, *SD*=0.40) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรงพยาบาลร่องคำเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง พยาบาลผู้ปฏิบัติงานห้องคลอดร้อยละ90 เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานมาเกิน 10 ปีมีประสบการณ์ในการทำงานมานานทำให้บางส่วนยึดติดกับองค์ความรู้แบบเดิมประเด็นดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุให้การบันทึกสะท้อนมาตรฐานการพยาบาลและเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และเป็นรูปธรรมต่ำ

ในส่วนความสมบูรณ์ของการบันทึกสรุปใช้อ้างอิงอยู่ในระดับดีมากความสมบูรณ์การบันทึกแบบชี้เฉพาะในส่วนสรุปอ้างอิงอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ =3.83, *SD*=0.17) หรือร้อยละ76.72 โดยข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือชี้เฉพาะเรียงตามวันเวลาที่ค้นพบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้คลอดอยู่ในระดับดีที่สุด ($\bar{X}$ =4.62, *SD*=0.51) หรือร้อยละ92.50 รองลงมาคือ ชี้เฉพาะสอดคล้อง/ครอบคลุมกับบันทึกก้าวหน้าตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=4.50, SD=0.52) หรือร้อยละ90.50 ทั้งนี้เป็นเพราะรูปแบบการบันทึกในส่วนสรุปใช้อ้างอิงมีโครงสร้างการบันทึกในรูปแบบตารางแบ่งเป็น 6คอลัมน์ ชื่อคอลัมน์มีชัดเจนง่ายต่อความเข้าใจไม่ซับซ้อน จากการมีคู□มือการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่งานห้องคลอดโรงพยาบาลร่องคำได้จัดทำขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข (2560) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย พบว่าการมีคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ได้พัฒนาขึ้นมีความสะดวกในการใช้งาน มีประโยชน์ต่อพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการบันทึกได้ ช่วยลดระยะเวลาการบันทึกได้ช่วยเพิ่มคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมาล ต้อยแก้ว. (2553)[7] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน พบว่ารูปแบบการบันทึกที่มีโครงสร้างมาตรฐาน มีความง่าย สะดวกในการบันทึกไม่ซ้ำซ้อน บันทึกได้ต่อเนื่อง ประหยัดเวลา แสดงให้เห็นถึงคุณภาพการบันทึก นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่ามีข้อที่ได้คะแนนต่ำสุดคือค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.13, SD=0.45) หรือร้อยลุ62.60 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการงานห้องคลอดมีขอบเขตการบริการคือให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 95 ของผู้มารับบริการที่รับเข้าห้องคลอดจะมีอาการเจ็บครรภ์คลอดซึ่งส่วนใหญ่จะมีภาวะเร่งรีบอาจเป็นผลให้คะแนนการค้นหาชี้เฉพาะได้ครอบคลุมองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานห้องคลอด โรงพยาบาลร่องคำต่อการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$=4.27, *SD*=0.25) โดย ความพึงพอใจมีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด คือ คุณค่าของการบันทึกทางการพยาบาลสะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลได้ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X}$=4.58, *SD*=0.56) ระดับรองลงมาคือคุณค่าของการบันทึกการพยาบาลสะท้อนถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.55, *SD*=0.44) ทั้งนี้เป็นเพราะการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดกระบวนการคิดที่เป็นระบบมีการคิดวิเคราะห์ จับประเด็นสำคัญของผู้ป่วยที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทำให้มองเห็นเรื่องราวของผู้ป่วยตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายมีการบันทึกที่รวบรัด กระชับสามารถหาข้อมูลสำคัญหรือปัญหาของผู้ป่วยได้รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของพจนีย์ ธีระกูล (2558)[6] ศึกษาผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบFocus chartingต่อคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพพบว่า

คุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วยหลังการใช้แบบบันทึกการพยาบาลแบบFocus charting ดีกว่าก่อนการใช้แบบบันทึก และพบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แบบบันทึกการพยาบาลแบบFocus charting อยู่ในระดับดีมาก ในส่วนของคะแนนความพึงพอใจที่ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมากคือการใช้เวลาในการบันทึกทางการพยาบาล และรู้สึกกระตือรือร้นในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.95, *SD*=0.56) อาจเนื่องมาจากการบันทึกทาง การพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของแฟ้มเวชระเบียนของผู้คลอดซึ่งมีจำนวนเอกสารประกอบการประเมินผู้คลอด จำนวนจำนวนมากกว่าการทำแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในแผนกอื่นๆทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องใช้เวลาในการบันทึกเอกสารอื่นๆที่นอกเหนือจากการบันทึกส่วนบันทึกความก้าวหน้าและบันทึกสรุปใช้อ้างอิงในบันทึกการพยาบาลรับบริการผู้คลอด

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะในแผนกอื่นๆและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะให้แก่พยาบาลวิชาชีพให้ได้ระดับดีถึงดีมากต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระบบการนิเทศทางการพยาบาลกับคุณภาพของการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

เอกสารอ้างอิง

1.กรรณิกา เอี่ยมอุดมสุข. (2560). *การพัฒนาคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบชี้เฉพาะหน่วยงานผู้ป่วยนอก สถาบันราชประชาสมาสัย.* วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

2.ฐิติขวัญ นวมะชิติ. (2557). *การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้เฉพาะ(Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา* วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

3.ธัญรัศม์ คล้ายขำ. (2557). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล งานห้องคลอด โรงพยาบาลนาทม จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม.* 1(3), 98-106.

4.ประภัสสร พงศ์พันธ์พิศาล. (2554). *ปัญหากฎหมายกับการบันทึกรายงาน.*เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ.

5.ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. (2556). *focus charting* : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศิริราช. เอกสารประกอบการบรรยายเวทีประชุมวิชาการของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2555

6.พจนีย์ ธีระกูล (2558). ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลแบบFocus chartingต่อคุณภาพการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและความพึงพอใจในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก,* 18 (พิเศษ), 257-265.

7.พวงเพชร สุริยะพรหม และสุขุมาล ต้อยแก้ว. (2553). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลน่าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 37(2), 1-14.

8.ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2554). *บันทึกการพยาบาล.* เอกสารประกอบการบรรยาย เวทีประชุมวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ

9.สำนักการพยาบาล. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล.* (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

The Engaged Leadership Competencies of First – Line Nurse Manager

สาวิตรี ทองมี[1] สมพันธ์ หิญชีระนันทน์[2] พรทิพย์ กวินสุพร[3]

Sawitree Thongme[1], Somphan Hin Chiranan[2], Pornthip Kawinuphon[3]

(Received: September 12,2018; Accepted: October 11,2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลการวิจัยคือผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 4 กลุ่มสาขา ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในสถาบันอุดมศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รอบที่ 1 เป็นแบบสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญแทนการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนเทคนิคเดลฟาย รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ 0.88 ใช้สถิติวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ข้อค้นพบการวิจัยพบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน โดยมีรายละเอียดรวมทั้งสิ้น 31 ข้อ คือ 1) ด้านคุณลักษณะหลัก จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการสร้างองค์การ จำนวน 7 ข้อ และ 5) ด้านการสร้างแรงจูงใจ จำนวน 7 ข้อ

คำสำคัญ : สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น / ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

Abstract

The objective of this descriptive research was to study engaged leadership competencies of first-line nurse manager using the Delphi technique. Purposive sampling was employed to select a sample of 19 experts from 4 branches: nursing administration experts, surveyors from the Healthcare Accreditation Institute (HA surveyors), human resource planning experts, and higher education experts. The questionnaires were developed by the researcher. The first round instrument was survey questionnaire the second and the third round were rating scales questionnaire with the item-objective congruence index (IOC) of 0.88. Data were analyzed using median and interquartile range. The findings of this study revealed that engaged leadership competencies in terms of determination of first-line nurse manager comprised of 5 components with a total of 31 items as follows: 1) Character core with 4 elements, 2) Directional with 6 elements, 3) Inclusive with 7 elements, 4) Organizational with 7 elements, 5) Motivational with 7 elements.

Keywords: Engaged leadership competencies / First - line nurse manager

---

วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

2. รองศาสตราจารย์อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

3. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

Corresponding author, e-mail: savitee2524@hotmail.com

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญและเป็นกำลังหลักของระบบบริการขององค์การสุขภาพในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ความสำเร็จขององค์การด้านสุขภาพจะบรรลุตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์การได้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้นำทางการพยาบาลในการบริหารจัดการการ[1] การพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล จะดีได้ต้องมาจากโครงสร้างการบริหารองค์การ ซึ่งผู้บริหารองค์การพยาบาลมี 3 ระดับ ได้แก่ (1) ผู้บริหารระดับสูง (Top manager) ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล (2) ผู้บริหารระดับกลาง (Middle manager) ได้แก่ ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล และ (3) ผู้บริหารระดับต้น (First- line & Operational manager) ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ เป็นตัวจักรสำคัญ ในการบริหารงาน เพราะการบริหารการพยาบาลที่สำคัญคือ การจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพเพื่อให้เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ โดยผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นบุคลากรหรือเป็นกลไกสำคัญที่สุด เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ เชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนมีการติดต่อประสานงานระหว่างแผนก ระหว่างเครือข่าย รวมทั้งการสร้างให้บุคลากรมีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นในการทำงาน การสร้างค่านิยมเจตคติที่ดีต่อผู้ปฏิบัติงานและต่อองค์การ-เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดผูกพันต่องานและองค์การ ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น[2] จากบทบาทของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องมีการบริหารแบบมืออาชีพ[3] ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาองค์การ เพราะจะช่วยให้หน่วยงานสามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายขององค์การและบรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ องค์การไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชน ไม่ว่าจะอยู่ในระดับโลก ระดับชาติ หรือระดับท้องถิ่น ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องมีสมรรถนะหลายด้าน

องค์การด้านการบริหารการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา[4] ได้กำหนดสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้เกิดความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลไว้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ 2) ความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 3) ภาวะผู้นำ 4) ความเป็นวิชาชีพ 5) ทักษะธุรกิจและการบริหารจัดการ ภาวะผู้นำของบุคลากรล้วนมีความสำคัญ เช่น ผู้นำบางคนทำให้องค์การที่เคยเฉื่อยชาเชื่องช้ากลับกลายเป็นองค์การที่บุคลากรทุกคนมีความกระตือรือร้น ว่องไว และในทางตรงกันข้ามผู้บริหารบางคนทำให้องค์การที่เคยมีความกระตือรือร้น กลับกลายเป็นองค์การที่ทำงานอยู่ในขอบเขตที่แคบๆ เฉื่อยชาเชื่องช้า ขาดความมุ่งมั่น ดังนั้นภาวะผู้นำของผู้บริหารจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การดำเนินงานตาม หน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นไปอย่างราบรื่นและเกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งเป็นการยกระดับวิชาชีพพยาบาลให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคมและสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการที่องค์การสุขภาพจะมีผลงานที่สูงจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรในองค์การให้มีศักยภาพ ทักษะ มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทเพื่อการบรรลุเป้าหมาย หนึ่งในรูปแบบภาวะผู้นำที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างความกระตือรือร้นมุ่งมั่นในการทำงาน ผูกพันต่องานและองค์การของบุคลากร คือ ภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น (Engaged leadership)

ผู้วิจัยเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง พบปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดปัญหาความไม่พึงพอใจในการบริการที่ได้รับ มีการร้องเรียนการขาดความเอาใจใส่ และความไม่กระตือรือร้นเท่าที่ควรของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผลลัพธ์การดำเนินงานของหน่วยงานและองค์การไม่บรรลุเป้าหมาย เสียโอกาสด้านการแข่งขันทางธุรกิจของโรงพยาบาล พบปัญหาในการบริหารของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

โดยเฉพาะ ในประเด็นขาดทักษะการกระตุ้นให้บุคลากรมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วม การสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรยึดมั่นและกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน แก้ไขปัญหาที่ทำให้บุคลากรปฏิบัติงานเฉื่อยชาเชื่องช้า ขาดความมุ่งมั่นในการทำงาน ไม่แสวงหาแนวทางใหม่ๆ มาพัฒนาการทำงาน

จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว เป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศส่วนใหญ่ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นในสถานที่ประเภทโรงพยาบาล แต่เป็นบทความวิชาการ การบรรยาย ตำราหรือหนังสือ และข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นในบริบทของต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ศึกษาปัญหาร่วมสมัยและปัญหาในอนาคต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น โดยนำแนวคิดภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นจากการทบทวนวรรณกรรมของทาวันตี (Tavanti)[5], วูดดิง (Wooding)[6], สวินเดลล์ (Swindall)[7], โทมัส (Thomas)[8], และแมคมูลเลน (McMullen)[9] มาวิเคราะห์และสังเคราะห์สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น สรุปได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน (Directional) 2) ด้านการสร้างแรงจูงใจ (Motivational) 3) ด้านการสร้างองค์การ (Organizational) 4) ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม (Inclusive) และ 5) ด้านคุณลักษณะหลัก (Character core) จากนั้นนำมาสร้างแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลแทนการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนของเทคนิคเดลฟาย และผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสำรวจความคิดเห็นนั้นมาสร้างแบบสอบถาม และใช้สถิติค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อให้ได้ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ สรุปได้เป็นสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมและพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจและเกิดผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ร่วมกันพิจารณาคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยกำหนดจำนวนการคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาลเป็นหลัก ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงและผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลางเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหาร และเป็นผู้ที่ใกล้ชิดมีประสบการณ์ตรงในการร่วมงานกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จึงสามารถสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ควรจะเป็นอย่างไร นอกจากนี้ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนทรัพยากรมนุษย์เป็นผู้มีประสบการณ์ในการกำหนดสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ ทำให้สามารถสะท้อนถึงสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นควรจะเป็นอย่างไร กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในสถาบันอุดมศึกษาและผู้เยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นนักวิชาการที่มีความคิดเห็นเป็นอิสระ สามารถให้การชี้แนะสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ว่าควรเป็นอย่างไร นอกจากนี้ยังสามารถเป็นผู้ที่ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาล สามารถได้รับข้อมูลเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน บริบท และนโยบายของประเทศไทย ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มสาขา

เป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญยึดตามหลักเกณฑ์ของแมคมิลแลน (Macmillan)[10] ที่ได้เสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายซึ่งพบว่า เมื่อมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป จะทำให้อัตราของความคลาดเคลื่อน (Error) มีน้อยที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจากการเลือกแบบเจาะจง ซึ่งมีจำนวน 19 คน จากโรงพยาบาลเอกชน 11 แห่ง โรงพยาบาลรัฐบาล 4 แห่ง และสถาบันอุดมศึกษา 2 แห่ง ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 4 กลุ่มสาขาได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ผู้เยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนทรัพยากรมนุษย์ และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ตอบแบบสำรวจความคิดเห็นรอบที่ 1 แต่เนื่องจากในรอบที่ 2 มีผู้เชี่ยวชาญ 1 คนที่ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย จึงมีผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามกลับมาในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 จนเสร็จสิ้นการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 18 คน

ตาราง 1 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรอบการศึกษา

ผู้เชี่ยวชาญ	รอบที่ 1 (คน)	รอบที่ 2 (คน)	รอบที่ 3 (คน)
ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล	13	13	13
ผู้เยี่ยมสำรวจจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	1	1	1
ผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนทรัพยากรมนุษย์	2	1	1
ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการในสถาบันอุดมศึกษา	3	3	3
รวม	**19**	**18**	**18**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแทนการสัมภาษณ์[11] 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด โดยแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นข้อคำถามความคิดเห็นให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และข้อเสนอแนะ แล้วนำไปพัฒนาเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามที่มีการกำหนดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามความคิดเห็นด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามตัวแปร (Index of item-objective congruency : IOC) ซึ่งมีค่าที่ยอมรับได้คือ ค่าคะแนน IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป[12] ซึ่งแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.88 แสดงว่าแบบสอบถามความคิดเห็นที่ใช้ในการวิจัยมีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนเทคนิคเดลฟายด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ดังนี้

รอบที่ 1 ส่งแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแทนการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนเทคนิคเดลฟาย และนัดวันรับคืนภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งการตอบแบบสำรวจนี้เป็นการเก็บข้อมูลการวิจัยรอบที่ 1 โดยได้รับแบบสำรวจกลับคืนจำนวน 19 ฉบับ

รอบที่ 2 ส่งแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ผู้เชี่ยวชาญ 19 คนเดิม และนัดวันกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์ ซึ่งในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ได้รับการคืนจำนวน 18 ฉบับและมีความสมบูรณ์ ทั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญ 1 คนขอยกเลิกการเป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้ง 18 ฉบับ มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างคลอไทล์ และจัดทำเป็นแบบสอบถามรายบุคคล

โดยเพิ่มการแสดงค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญแต่ละราย

รอบที่ 3 ส่งแบบสอบถามที่มีการปรับปรุงภายหลังได้รับกลับคืนในรอบที่ 2 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคล เพื่อพิจารณาและตอบแบบสอบถามอีกรอบ โดยผู้วิจัยขอรับคืนภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อได้รับแบบสอบถามในรอบที่ 3 กลับคืนมาแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยนำข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น ว่ามีความจำเป็นอยู่ในระดับมากและมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) และมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50) ซึ่งแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จึงสามารถยุติกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามเทคนิคเดลฟายและสรุปเป็นผลการวิจัยได้

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กระทำโดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัย คริสเตียน และขอหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนเพื่อนำไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารสูงสุดของสถาบันที่ผู้เชี่ยวชาญสังกัดผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ซึ่งระหว่างการรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย และขอความร่วมมือลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัย มีการหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยคำนวณค่าความแตกต่างระหว่าง เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 กับเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 25[13]

IR = P75 – P25

เมื่อ P75 แทน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

และ P25 แทน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25

เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล ถ้าค่าพิสัยควอไทล์ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อคำถามนั้นๆ มีความสอดคล้องกัน (Consensus) แต่ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นๆ ไม่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ผู้วิจัยนำคำตอบในรอบสุดท้ายของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมาสรุป โดยนำข้อความที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น ที่มีความจำเป็นในระดับความสำคัญมาก (ค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 3.50 – 4.49) และมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป) และมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50) ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสม เป็นสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มาสรุปผลการวิจัยเป็นสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ด้วยการใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะหลัก 2) ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน 3) ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม 4) ด้านการสร้างองค์การ และ 5) ด้านการสร้างแรงจูงใจ ดังแสดงในตาราง

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เกี่ยวกับสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำแนกรายด้าน (n = 18)

สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น	$\overline{X}$	SD	ฐานนิยม	มัธยฐาน	IR	ระดับความสำคัญ
ด้านคุณลักษณะหลัก	4.99	0.06	5.00	5.00	0.00	มากที่สุด
ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	4.84	0.22	5.00	5.00	0.33	มากที่สุด
ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม	4.83	0.24	5.00	5.00	0.32	มากที่สุด

สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น	$\overline{X}$	SD	ฐานนิยม	มัธยฐาน	IR	ระดับความสำคัญ
ด้านการสร้างองค์การ	4.80	0.29	5.00	5.00	0.43	มากที่สุด
ด้านการสร้างแรงจูงใจ	4.79	0.27	5.00	5.00	0.46	มากที่สุด

จากตาราง พบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวนทั้งหมด 5 ด้าน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.00 - 0.46 และค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 ทุกข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกด้าน กล่าวคือ

ด้านที่ 1 ด้านคุณลักษณะหลัก มีรายละเอียด 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีความซื่อสัตย์ 2) มีความรับผิดชอบ 3) มีการเคารพในตนเองและผู้อื่น และ 4) มีการยึดมั่นในจริยธรรม มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เป็น 0.00 และค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 ทุกข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ

ด้านที่ 2 ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน มีรายละเอียด 6 ข้อ ได้แก่ 1) มีความสามารถในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับกลยุทธ์และเป้าหมายขององค์การ 2) มีความสามารถสื่อสารให้บุคลากรในสังกัดทราบถึงบทบาทความสำคัญของตนในการที่จะทำให้องค์การบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจ 3) มีความสามารถในการกระตุ้นให้บุคลากรมีความตระหนักและยึดถือ ค่านิยมร่วมขององค์กร 4) มีความสามารถในการสื่อสารความก้าวหน้าขององค์กรให้บุคลากรในหน่วยงานทราบอย่างสม่ำเสมอทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 5) มีความสามารถในการสร้างกลไก ในการเปิดโอกาสและให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เพื่อวางแผนการบริหารงานของหน่วยงาน และ 6) มีความสามารถในการเตรียมบุคลากรขององค์กร (หน่วยงาน) ให้มีความพร้อมในการรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัจจุบันและนวัตกรรมใหม่ มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.00 -1.00 และค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 ทุกข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ

ด้านที่ 3 ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม มีรายละเอียด 7 ข้อ ได้แก่ 1) มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างตั้งใจ 2) มีความสามารถนำความหลากหลายของบุคคลมาใช้ประโยชน์ ในการพัฒนางานและพัฒนาองค์การ 3) มีความสามารถสอนงาน แนะนำ และสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในสังกัดหน่วยงาน 4) มีรูปแบบและวิธีการบริหารงานที่มีความยืดหยุ่น 5) มีการสนับสนุนให้เกิดการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายเพื่อทำให้เกิดการสร้างสรรค์ผลงาน 6) มีการเสริมแรงหนุนและลดแรงต้านในการพัฒนางาน โดยการรู้จักตนเอง เข้าใจเจตคติของตน และรู้ว่าเจตคตินี้ ส่งผลต่อพฤติกรรมของตนอย่างไร และ 7) มีการให้คุณค่ากับความคิดเห็น ประสบการณ์รูปแบบ และภูมิหลังชีวิตที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.00-1.00 และค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 ทุกข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ

ด้านที่ 4 ด้านการสร้างองค์การ มีรายละเอียด 7 ข้อ ได้แก่ 1) มีความสามารถกำหนดหน้าที่และมอบหมายงานได้เหมาะสมกับความสามารถของบุคลากร 2) มีความสามารถในการพัฒนาทีมงานให้มีความเข้มแข็ง โดยตระหนักถึงความสำคัญ และเป้าหมายขององค์กรมากกว่าผลประโยชน์ของส่วนตน 3) มีความสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ที่มีความต่างวัย และต่างกลุ่มงาน 4) มีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคล หน่วยงานและองค์การ 5) มีการเสริมพลัง ส่งเสริมการให้อำนาจหน้าที่ในงานที่มอบหมาย และอิสระในการปฏิบัติงาน 6) มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้บุคลากร ได้ทดลองทำสิ่งใหม่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 7) มีความสามารถในการจัดทำแผนกลยุทธ์สู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถและมีความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ และสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน และองค์กรพยาบาล มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.00-1.00 และค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 ทุกข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ

ด้านที่ 5 ด้านการสร้างแรงจูงใจ มีรายละเอียด 7 ข้อ ได้แก่ 1) มีความสามารถในการสร้างเจตคติเชิงบวกให้กับบุคลากรในหน่วยงาน 2) มีความสามารถสร้างแรงบันดาลใจ

ให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน รู้สึกว่างานมีความท้าทาย และตนมีความหมายต่อองค์กร 3) มีความสามารถสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน โดยแสดงถึงความรักและความสามัคคีในการปฏิบัติงาน 4) มีการชื่นชม หรือให้รางวัลกับความสำเร็จของบุคลากรทุกระดับ 5) มีความสามารถให้ข้อคิดเห็นผลการปฏิบัติงาน สะท้อนข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ ต่อบุคลากร 6) มีความสามารถในการใช้ทักษะการเล่าเรื่องราวต่างๆเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน และ 7) มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรใช้ชีวิตที่มีความสมดุล ระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวอย่างเหมาะสม มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 0.00 -1.00 และค่ามัธยฐานเป็นระดับ 5 ทุกข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ

สรุปและอภิปรายผล

ข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้อภิปรายได้ว่า สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะหลัก 2) ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน 3) ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม 4) ด้านการสร้างองค์การ และ 5) ด้านการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของ ทาวันตี (Tavanti)[5], วูดดิง (Wooding)[6], สวินเดลล์ (Swindall)[7], โทมัส (Thomas)[8], และแมคมูลเลน (McMullen)[9] ซึ่งเป็นผลงานที่มีความทันสมัยและครอบคลุมเนื้อหา เรื่องสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นในบริบทขององค์การที่เป็นสถานพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน จำแนกรายละเอียดเป็นรายข้อรวมทั้งสิ้น 31 ข้อ ได้ดังนี้

1. สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านคุณลักษณะหลักจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ประกอบด้วย มีความซื่อสัตย์ มีความรับผิดชอบ มีการเคารพในตนเองและผู้อื่น และมีการยึดมั่นในจริยธรรม ทั้งนี้ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นการทำงานที่เกี่ยวกับชีวิตคนรวมทั้งการดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความเสียสละ อดทน มีความเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น มีความซื่อสัตย์ในการทำงาน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องเป็นแบบอย่างในการยึดมั่นในจริยธรรมในการทำงาน ด้วยการปฏิบัติต่อผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติงานอย่างเสมอต้นเสมอปลาย ปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมมากว่าส่วนตน มีความรักและเอื้ออาทรต่อผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนอย่างเสมอภาค ยกย่อง ชมเชย ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรในหน่วยงานด้วยความโปร่งใสชัดเจนยุติธรรม และเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการมีคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับที่ บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร[1] ได้กล่าวเกี่ยวกับ สมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในศตวรรษที่ 21 ไว้ในตำราเรื่อง ภาวะผู้นำ และกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปราณี ริ้วทอง[14] พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ควรมีสมรรถนะในการยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน มีความซื่อสัตย์สุจริตต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นข้อมูลเช่นเดียวกับ การกำหนดสมรรถนะของหัวหน้าพยาบาลที่สำคัญขององค์การด้านการบริหารการพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา[4, 14] ในเรื่องทักษะความเป็นผู้นำ (Leadership skills) ในการสร้างความซื่อสัตย์ การประยุกต์หลักจริยธรรมในการทำงาน และการอุทิศตนต่อองค์กร หากผู้บริหารทางการพยาบาลไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับใดในองค์การภาครัฐหรือเอกชน ถ้าขาดคุณธรรมแล้วจะทำให้ขาดความชอบธรรมในการบริหารงาน และการควบคุมการปฏิบัติงานในวิชาชีพอย่างมีคุณธรรมด้วย ดังนั้นสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านคุณลักษณะหลัก จึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญยิ่งต่อความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพ

2. สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน จำนวนทั้งหมด 6 ข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ เนื่องจากในปัจจุบันการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน มีความสำคัญต่อองค์การ เพราะเป็นการคาดการณ์ในอนาคต เป็นการสร้างทางเลือกขององค์การ และนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายขององค์การได้ เพื่อสร้างความสามารถในการแข่งขัน

สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน สรุปได้ดังนี้

ความสามารถในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานที่ชัดเจน สอดคล้องกับ แนวคิดของดับบริน (Dubrin)[15,16] ที่กล่าวว่า การกำหนดทิศทาง มีความสำคัญต่อองค์การเพราะเป็นการคาดการณ์ในอนาคต นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การได้ และสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน นอกจากนั้นผลการวิจัยสมรรถนะด้านนี้ยังได้ผลเช่นเดียวกับ ผลการวิจัยของ ทิพย์สุดา ดวงแก้ว[17] พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรมีความสามารถในการกำหนดนโยบายหอผู้ป่วยได้สอดคล้องกับทิศทางเป้าหมายและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล สามารถปรับแผนกลยุทธ์การทำงานในหอผู้ป่วยได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งสามารถวางแผนการการดำเนินงานสอดคล้องกับทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย กำหนดแผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานจากการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และสิ่งคุกคามของหน่วยงาน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้ความสามารถของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์

นอกจากนี้จากผลการวิจัยสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทร์เพ็ญ พิมพิลา[18] พบว่า พฤติกรรมบ่งชี้ถึง สมรรถนะด้านการบริหารการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วย การชี้แจงนโยบาย เป้าหมายและแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ สามารถนำนโยบายของโรงพยาบาล มาสู่การปฏิบัติในหน่วยงานได้ โดยจัดทำแผนปฏิบัติงานได้ และหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะในการกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารงานของโรงพยาบาลและในหน่วยงานเพื่อสร้างความผูกพันกับองค์การได้

3. สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุมจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ สรุปได้ดังนี้ มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นอย่างตั้งใจ มีความสามารถนำความหลากหลายของบุคคลมาใช้ประโยชน์ ในการพัฒนางานและพัฒนาองค์การ มีความสามารถสอนงาน แนะนำ และสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในสังกัดหน่วยงาน มีรูปแบบและวิธีการบริหารงานที่มีความยืดหยุ่น มีการสนับสนุนให้เกิดการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายเพื่อทำให้เกิดการสร้างสรรค์ผลงาน มีการเสริมแรงหนุนและลดแรงต้านในการพัฒนางาน โดยการรู้จักตนเอง เข้าใจเจตคติของตน และรู้ว่าเจตคตินี้ ส่งผลต่อพฤติกรรมของตนอย่างไร และมีการให้คุณค่ากับความคิดเห็นประสบการณ์รูปแบบ และภูมิหลังชีวิตที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ ฮิท ไอแลนด์ และฮอสกิสสัน (Hitt, Ireland and Hoskisson)[19] ที่ได้กล่าวไว้ว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ด้านการควบคุมองค์การให้สมดุลต้องมีการจัดการบริหารงานดูแลในกระบวนการทำงานให้ได้มาตรฐานคุณภาพการบริการ ผู้ใช้บริการพึงพอใจและผู้ให้บริการมีความสุขและเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ต้องสามารถสร้างความมีประสิทธิผลและความมีคุลยภาพขององค์การระหว่างการควบคุมที่เน้นความยืดหยุ่น และการริเริ่มใหม่ๆที่มุ่งผลระยะสั้นและระยะยาว ส่วนผลการค้นคว้าของ จันทร์เพ็ญ พิมพิลา[18] พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรมีสมรรถนะในการใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะของบุคลากรในหน่วยงานมาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนางานได้

ทั้งนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เป็นผู้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหอผู้ป่วย ให้มีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ โดยยอมรับความแตกต่างของบุคคล และการกระตุ้นให้บุคลากรมีความริเริ่มสร้างสรรค์[20] ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้นำที่ดี เป็นแบบอย่าง เป็นพี่เลี้ยงคอยชี้แนะผู้ใต้บังคับบัญชา เนื่องจากในสภาวการณ์ที่ขาดแคลนบุคลากรพยาบาล สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นภาวะผู้นำที่ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเกิดความรู้สึกชื่นชม เคารพนับถือ ส่งผลให้เพิ่มระดับแรงจูงใจและความเต็มใจทุ่มเทปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ใต้บังคับบัญชามุ่งสู่เป้าหมายในทิศทางเดียวกัน ร่วมกันทำงานให้ได้รับผลสำเร็จในทุกระดับขององค์การ ช่วยเพิ่มผลผลิตแก่องค์การ และทำให้บุคลากรมีความมุ่งมั่นที่จะคงอยู่ในองค์การ เกิดความผูกพันต่องานและองค์การ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบคเคอร์ (Barker)[21]

4. สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการสร้างองค์การ จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ สรุปได้ดังนี้ มีความสามารถกำหนดหน้าที่และมอบหมายงาน ได้เหมาะสมกับความสามารถของบุคลากร มีความสามารถในการพัฒนาทีมงานให้มีความเข้มแข็ง โดยตระหนักถึงความสำคัญ และเป้าหมายขององค์กรมากกว่าผลประโยชน์ของส่วนตน มีความสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร ที่มีความต่างวัย และต่างกลุ่มงาน มีการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคคล หน่วยงานและองค์การ มีการเสริมพลัง ส่งเสริมการให้อำนาจหน้าที่ในงานที่มอบหมายและอิสระในการปฏิบัติงาน มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเปิดโอกาสให้บุคลากรได้ทดลองทำสิ่งใหม่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีความสามารถในการจัดทำแผนกลยุทธ์สู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถและมีความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ และสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน และองค์กรพยาบาล

ทั้งนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า การสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน ความสามารถของบุคลากรเป็นเรื่องสำคัญ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจึงต้องพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงานให้มีความสามารถที่จะแข่งขันได้ที่สอดคล้องกับทิศทางและสนับสนุนเป้าหมายขององค์การ โดยการพัฒนาบุคลากรให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถและมีความก้าวหน้าตามบันไดวิชาชีพ และสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและองค์การ การพัฒนาสมรรถนะด้านนี้แตกต่างจากการพัฒนาสมรรถนะทั่วไป เพราะต้องพัฒนาเพื่อเติมเต็มความสามารถขององค์การในอนาคต ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจึงต้องสนับสนุน กระตุ้นบุคลากร ใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ในการปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ รวมถึงความสามารถดึงศักยภาพของบุคลากรมาใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด บุคลากรจะมีคุณลักษณะที่มุ่งสู่เป้าหมายปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับสถานการณ์เพื่อความสามารถในการแข่งขันขององค์การต่อไป

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ พิมพิลา[18] ที่พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรมีสมรรถนะในการกำหนดหน้าที่ของบุคลากรได้ตามความรู้ความสามารถของแต่ละคนอย่างเหมาะสม สนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน เพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังได้ผลเช่นเดียวกับผลการวิจัยของ สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์[22] ที่พบว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นประกอบด้วย การปฏิบัติโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน

นอกจากนั้นผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ แมกซ์เวล (Maxwell)[23] ที่ได้ระบุในหนังสือ The 5 Levels of Leadership ว่า การที่ผู้นำจะเป็นผู้นำที่ดีได้นั้นไม่ใช่เพราะอำนาจที่มี แต่เพราะความสามารถในการมอบอำนาจให้แก่ผู้อื่น นั่นคือสิ่งที่ผู้นำควรทำโดยการใช้ตำแหน่ง ความสัมพันธ์ และผลิตภาพเพื่อลงทุนกับผู้ตาม และพัฒนาผู้ตามเหล่านั้นจนสามารถกลายเป็นผู้นำด้วยขีดความสามารถของตนเอง ผลลัพธ์คือการสร้างผู้นำใหม่ นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ผลงานอาจทำให้ชนะเกมการแข่งขัน แต่การพัฒนาคนจะทำให้ได้รางวัลชนะเลิศ มี 2 สิ่งที่เกิดขึ้นคือ 1) การทำงานเป็นทีมจะมีประสิทธิภาพสูงสุด เพราะว่าการลงทุนสูงเพื่อพัฒนาคนนั้นทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ซึ่งช่วยให้ทุกคนรู้จักกันดียิ่งขึ้น และมีความผูกพันต่องานและองค์การ 2) มีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพราะในทีมจะมีผู้นำมากขึ้น และผู้นำเหล่านั้นจะช่วยพัฒนาศักยภาพของทุกคน

5. สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการสร้างแรงจูงใจ จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ มีระดับความสำคัญมากที่สุดทุกข้อ สรุปได้ดังนี้ มีความสามารถในการสร้างเจตคติเชิงบวกให้กับบุคลากร ในหน่วยงาน มีความสามารถสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน รู้สึกว่า งานมีความท้าทาย และตนมีความหมายต่อองค์กร มีความสามารถสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน โดยแสดงถึงความรักและความสามัคคีในการ

ปฏิบัติงาน มีการชื่นชม หรือให้รางวัลกับความสำเร็จของบุคลากรทุกระดับ มีความสามารถให้ข้อคิดเห็นผลการปฏิบัติงาน สะท้อนข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ต่อบุคลากร มีความสามารถในการใช้ทักษะการเล่าเรื่องราวต่างๆ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการปฏิบัติงาน และมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรใช้ชีวิตที่มีความสมดุล ระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวอย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอภิปรายได้ว่า ภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ด้านการสร้างแรงจูงใจ ย่อมจะช่วยให้ผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถปฏิบัติงานที่ตนได้รับมอบหมายด้วยความเข้าใจ และสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์การ ซึ่งจะส่งผลให้องค์การสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนมีการพัฒนาการก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของลดาวัลย์ รวมเมฆ[24] ที่ได้กำหนดสมรรถนะด้านภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยไว้ว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรมีความสามารถในการโน้มน้าวจูงใจ เสริมแรงเพื่อให้บุคลากรในองค์การปฏิบัติงานให้ได้บรรลุเป้าหมาย และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จันทร์เพ็ญ พิมพิลา[18] ที่พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรมีสมรรถนะในการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคลากรในหน่วยงานมีการใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ สามารถให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ต่อบุคลากร ควบคุม กำกับดูแล และปรับปรุงงานเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเสริมแรงบวกในการทำงานแก่บุคลากรโดยการจัดกิจกรรมที่สร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากร มีความพึงพอใจในงาน นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ ปราณี ริ้วทอง[14] พบว่าสมรรถนะด้านภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วย มีความประพฤติดีสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคลากรได้ สามารถจูงใจบุคลากรให้ใช้ความรู้ความสามารถและทุ่มเทความพยายามให้กับงานอย่างเต็มที่ รวมถึงการสร้างค่านิยมให้บุคลากรเกิดความสามัคคีและสงบสุขในองค์การ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบเช่นเดียวกับที่ ชูชัย สมิทธิไกร[25] กล่าวว่า การบริหารทรัพยากรบุคคลที่เหมาะสมจะทำให้คนปฏิบัติงานได้สำเร็จ เกิดความพึงพอใจ การได้รับความยุติธรรม จะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานให้ได้ประสิทธิภาพ

ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จึงต้องมีการสร้างเจตคติเชิงบวก การสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรผู้ร่วมงานยึดมั่นและกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มศักยภาพในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จ ส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรใช้ชีวิตที่มีความสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ เอครีร์ (Acree)[26, 27] กล่าวว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีภาวะผู้นำ จะสามารถสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จและนำพาองค์การไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้ สรุปผลการวิเคราะห์สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จากการวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิคเดลฟายในครั้งนี้ พบว่า สมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วยสมรรถนะ 5 ด้าน มีรายละเอียดรวมทั้งสิ้น31 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านคุณลักษณะหลัก จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการกำหนดทิศทางการปฏิบัติงานของหน่วยงาน จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการเข้าถึงผู้อื่นอย่างครอบคลุม จำนวน 7 ข้อ 4) ด้านการสร้างองค์การ จำนวน 7 ข้อ และ 5) ด้านการสร้างแรงจูงใจ จำนวน 7 ข้อ ทุกด้านมีระดับความสำคัญมากที่สุด และมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงใกล้เคียงกันมาก จึงมีประโยชน์สูงที่จะนำไปประยุกต์เป็นนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการบริหารทางการพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ระดับนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาและประเมินสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 2.ระดับปฏิบัติการ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น นำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานและตนเอง เพื่อให้เกิด

ประสิทธิภาพประสิทธิผลการดำเนินงานของหอผู้ป่วย ซึ่งจะมีต่อผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการและโรงพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เพื่อให้สามารถบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลขององค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการวิจัยไปวิเคราะห์ด้วยสถิติขั้นสูง คือ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ของสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

2. ควรศึกษาปัจจัยส่งเสริมการแสดงสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น หรือ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

3. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมบุคลากรพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการให้มีสมรรถนะภาวะผู้นำแบบสร้างความมุ่งมั่น ตามองค์ประกอบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ทั้ง 5 ด้านเพื่อขึ้นสู่ตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. **ภาวะผู้นำ และกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
2. ศศิธร วงษาลาภ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในจังหวัดกาญจนบุรี** [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
3. รสริน วรรณจีรวิไล. **องค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำ ของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี** [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
4. American Organization of Nursing Executive. AONE Nursing Executive competencies Nurse Leader. **AONE** 2005; 3(1): 15-22.
5. Tavanti, M. Engaged vincentain leadership: The values and competencies that inspire leaders to serve in the footsteps of St. Vincent de Paul. **Journal of College and Character** 2007; 8(1): 1-8.
6. Wooding, N. Engaged leadership - The new public service managerialism. **Journal of finance and management in public services** 2008; 7(1): 39-51.
7. Swindall, C. **Engaged leadership: Building a culture to overcome employee disengagement.** Canada: John Wiley & Sons; 2011.
8. Thomas, C. **A call for engaged leadership**. United States: Sense; 2012.
9. McMullen, C.K., Schneider, J., Firemark, A., Davis, J., & Spofford, M. Cultivating engaged leadership through learning collaborative: Lessons from primary care renewal in Oregon safety net clinics. **The Annals of Family Medicine** 2013; 11 Suppl 1: 34-40.
10. Macmillan, T.T. **The Delphi Technique. In Paper Resented at the Annual Meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development**. Santa Barbara City Schools: California; 1971.
11. Kerlinger, F.N. **Foundations of behavioral research**. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1973.
12. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of Criterion referenced test item validity. **Dutch Journal of Educational Research** 1977; 2: 49-60.
13. ศักดิ์ชัย บาลศิริ. **การเปรียบเทียบผลการให้ ข้อมูลกลับคืนในเทคนิคเดลฟายระหว่างการให้ ข้อมูลกลับคืนด้วยค่าสถิติต่างกัน** [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
14. ปราณี ริ้วทอง. **สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร** [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร:

มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.

15. Dubrin, A. J. **Leadership research finding, practice, and skill.** 4th ed. New York: Houghton miffin; 1998.
16. วารุณี ก๋งหมึง. สมรรถนะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร. **วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน** 2559; 22(3): 192-204.
17. ทิพย์สุดา ดวงแก้ว. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในงานของพยาบาลประจำการ กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคเหนือ** [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
18. จันทร์เพ็ญ พิมพิลา. **การพัฒนาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน** [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
19. Hitt, M.A., Ireland, R.D. &Hoskisson, R.E. **Strategic management: Competitiveness and globalization.** 7th ed. Ohio: Thomson South Western; 2007.
20. Shin, S. J. and Zhou, J. Transformation leadership, conservation and creativity: Evidence from Korea. **Academy of Management Journal** 2003; 46(6): 703-14.
21. Barker, A. M. **Transformation nursing leadership: A vision for the future.** New York: National league for Nursing; 1992.
22. สุนีย์พร แคล้วปลอดทุกข์. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยการบริหารผลการปฏิบัติงานของกลุ่มงานการพยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลทั่วไป** [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
23. Maxwell, John C. The 5 Levels of Leadership. **GAMA International Journal** 2014; 38(4): ISSN 1095-7367.
24. ลดาวัลย์ รวมเมฆ. การพัฒนาผู้นิเทศการพยาบาล; 2557 [สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2560]. จาก: http://www.hpc4.go.th/km/training/downloads/2/nursing%20supervision.pdf
25. ชูชัย สมิทธิไกร. **การสรรหา การคัดเลือก และการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2550
26. Acree, C. M. The relationship between nursing leadership practices and hospital nursing retention. **Newborn and Infant Nursing Reviews** 2006; 6(1): 34-40.
27. ปิ่นฤทัย ประดิษฐศิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยบรรยากาศองค์กรกับความตั้งใจที่จะอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ.**วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ** 2552; 25(3), 23-31.

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม

Case study : Nursing of acute angle-closure glaucoma patients from swollen lens cataracts

อรอนงค์ ภูสมปอง[1]

Oranong Phusompong[1]

(Received: September 12,2018; Accepted: November 3,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยศึกษาจากผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม จำนวน 3 ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจตา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจและรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากการประเมินสภาพ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อได้รับการรักษาตามแผนการรักษา พบว่าผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวมทั้ง 3 ราย มีความดันตาปกติอยู่ระหว่าง 13 – 19.8 มิลลิเมตรปรอท การมองเห็นดีขึ้น วัดสายตาอยู่ระหว่าง 6/12 ถึง 6/24 เมตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ : การพยาบาล , ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม

ABSTRACT

This study was case study aimed to studied applied the nursing process in nursing practice to acute angle-closure glaucoma patients from swollen lens cataracts for more efficiency. Sample size were 3 acute angle-closure glaucoma patients from swollen lens cataracts that was treated at the eye examination room Special Examination and Treatment Nursing Group Kalasin Hospital. Data were collected by evaluation of the condition, history taking , physical examination and analyzed descriptive statistic and content analysis.

The study indicated that after treatment 3 acute angle-closure glaucoma patients from swollen lens cataracts had normal as eye pressure is between 13 - 19.8 mm Hg. Improved vision , Eye measurement is between 6/12 to 6/24 meters. No complications from medical treatment.

Keyword : nursing , acute angle-closure glaucoma patients from swollen lens cataracts

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานตรวจจักษุ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคต้อหินมุมปิด คือ กลุ่มโรคของตาที่ทำให้เกิดการทำลายของเส้นประสาทตาแบบถาวร สาเหตุส่วนมากมักเกิดจากความดันตาที่สูงกว่าปกติ โดยทั่วไปค่าความดันตาควรต่ำกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ในประเทศไทยมีการสำรวจพบว่าค่าความดันตาเฉลี่ยของประชากรอยู่ที่ประมาณ 12-14 มิลลิเมตรปรอท จากรายงานประจำปีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยต่อหินจำนวน 405 ราย ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยต้อหินมุมปิดจำนวน 165 ราย ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นโรคเร่งด่วนทางตาที่ต้องให้การดูแลรักษาให้ทันท่วงที เพื่อป้องกันการตาบอดอย่างถาวร จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมจักษุแพทย์พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตา ต้องให้การดูแล เอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนและการตาบอดอย่างถาวร[1,2,3,4,5,6]

พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตา คือ กลุ่มของบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคตาอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน การที่พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตามีความรู้และทักษะในการดูแล มีการศึกษาหาความรู้ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเองอยู่เสมอ สามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งเป็นการดำเนินการอย่างมีระบบระเบียบ โดยเริ่มต้นจากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล ระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาล ตามลำดับปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังได้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง เป็นรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล[7,8,9,10]

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

วิธีการเลือกผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 3 ราย คือ โรคต้อหินมุมปิดเรื้อรัง ต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม (Phacomorphic glaucoma) และโรคต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจตา กลุ่มงานการพยาบาลตรวจและรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเฉพาะราย ที่นำเอาความรู้ทางทฤษฎีกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการปรับตัวของรอยย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีการประเมินสภาพซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้ มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลอัตนัย (subject data) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ ค่านิยม และความเชื่อต่างๆ ข้อมูลประนัย (object data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย โรคต้อหินมุมปิดทั้ง 3 ราย และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งแหล่งข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ พยาบาลผู้ดูแล แพทย์ผู้รักษา และแฟ้มรายงาน

กิจกรรมการพยาบาล

ในการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งบุคคล รักษาไว้ซึ่งการมองเห็นในปัจจุบันซึ่งความดันตาเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างเดียว ที่สามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรักษาพยาบาลเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก การวางแผนกิจกรรม

พยาบาลในกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคต้อหินมุมปิด มี 3 กรณี ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรัง

กรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม (phacomorphic qlaucoma)

กรณีศึกษาที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	กรณีศึกษาที่ 3
การพยาบาลระยะก่อนการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ (peripheral Iridotomy) 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดตาขวาเนื่องจากความดันตาสูง 2.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวรักษาด้วยแสงเลเซอร์ **การพยาบาลขณะรักษาด้วยแสงเลเซอร์** เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรักษาด้วยแสงเลเซอร์ **การพยาบาลระยะหลังการรักษาด้วยแสงเลเซอร์** 1.เสี่ยงต่อภาวะความดันตาสูง 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในช่องตาส่วนหน้า 3.เสี่ยงต่อการเกิดกระจกตาถลอก **การพยาบาลก่อนผ่าตัด Trabeculectomy** 1.วิตกกังวลเกี่ยวกับการที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลไม่ทราบกฎระเบียบและแผนการรักษาของแพทย์ 2.ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการผ่าตัด **การพยาบาลหลังผ่าตัด Trabeculectomy** 1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาขวาหลังผ่าตัด 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในช่องตาส่วนหน้าหลังผ่าตัด 3.เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดตาขวา 4.ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	**การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Phacoemulsification with IOL)** 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดตาซ้ายปวดศีรษะมาก เนื่องจากความดันตาซ้ายสูงมาก 2.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัดตาซ้าย 3.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเตรียมตัวรับการรักษาด้วยการผ่าตัดตาซ้าย 4.เสี่ยงต่อการเกิดเส้นประสาทตาถูกทำลายจากภาวะความดันตาซ้ายสูง 5.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากตามัวมาก **การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด** 1.ไม่สุขสบายจากการระคายเคืองตาซ้าย 2.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดตาซ้าย 3.ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตาซ้ายและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	**การพยาบาลระยะก่อนการรักษาด้วยแสงเลเซอร์ (peripheral Iridotomy)** 1.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดตาซ้ายเนื่องจากความดันตาสูง 2.เสี่ยงต่อการเกิดเส้นประสาทตาถูกทำลายเนื่องจากความดันตาซ้ายสูง 3.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากตามัว 2 ข้าง 4.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและกลัวตาบอด 5.ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวรักษาด้วยแสงเลเซอร์ **การพยาบาลขณะรักษาด้วยแสงเลเซอร์** เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรักษาด้วยแสงเลเซอร์ **การพยาบาลระยะหลังการรักษาด้วยแสงเลเซอร์** 1.เสี่ยงต่อภาวะความดันตาสูง 2.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในช่องตาส่วนหน้า 3.เสี่ยงต่อการเกิดกระจกตาถลอก 4.ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการรักษาด้วยเลเซอร์

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเรื้อรัง ได้รับยาหยอดตาลดความดันตาและรักษาด้วยแสงเลเซอร์ แต่ความดันตายังไม่ลดลง การรักษาด้วยยาและแสงเลเซอร์ไม่สามารถควบคุมความดันตาลงในระดับปกติได้ แพทย์จึงได้พิจารณาทำการผ่าตัดสร้างทางระบาย น้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ให้ออกจากตาเพื่อลดความดันตา ด้วยวิธี Trabeculectomy การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้เน้นการดูแลแผลหลังผ่าตัด และการดูแล Bleb Form ความดันตาหลังการรักษาพยาบาลปกติ เท่ากับ 13 มิลลิเมตรปรอท สายตามองเห็นดีขึ้น วัดสายตาได้เท่ากับ 6/24 with pinhole 6/12 เมตร

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันที่เกิดจากต้อกระจกระยะเลนส์บวม (phacomrphic qlaucoma)การพยาบาล เน้นดูแลให้ได้รับยาลดความดันตาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาลดความดันตาในระยะก่อนผ่าตัด เฝ้าระวัง ให้การพยาบาลดูแลแผลผ่าตัดตาด้วยหลักปลอดเชื้อ และเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดตาอย่างใกล้ชิด ความดันตาหลังการรักษาพยาบาลปกติ เท่ากับ 19 มิลลิเมตรปรอท สายตามองเห็นดีขึ้น วัดสายตาได้เท่ากับ 6/12 เมตร

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยต้อหินมุมปิดเฉียบพลันที่มีภาวะความดันตาสูงมาก ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก กลัวตาบอด การพยาบาลเน้นการดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันตาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงจากการได้รับยาลดความดันตาให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะตาบอดถาวร ความดันตาหลังการรักษาพยาบาลปกติ เท่ากับ 19.8 มิลลิเมตรปรอท สายตามองเห็นดีขึ้น วัดสายตาได้เท่ากับ 6/9 เมตร

ผู้ป่วยต้อหินมุมปิด เป็นผู้สูงอายุ สิ่งจำเป็นที่พยาบาลเวชปฏิบัติทางโรคตา ต้องเตรียมคือ ความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้ การปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเอง จากโรคต้อหินมุมปิด เพราะโรคต้อหินมุมปิดต้องรักษาต่อเนื่อง ประเมินความดันตา วัดสายตาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประสิทธิภาพประสิทธิผลของการรักษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรักษาต้องพร้อมใช้งาน มีการบำรุงรักษาอย่างสม่ำเสมอ เช่น เครื่องเลเซอร์ แว่นตาป้องกันแสงเลเซอร์ ยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ เพียงพอเพื่อการรักษาที่ทันต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย[1-10]

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **ตำราจักษุวิทยา สำหรับนิสิตแพทย์ และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร :พิมพ์ดี จำกัด , 2556.
2. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **จักษุจุฬา.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด, 2557.
3. ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. **จักษุวิทยา.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นต์ จำกัด, 2552.
4. อดิพร ตวงทอง และคณะ. **ความรู้พื้นฐานทางจักษุวิทยา.**พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ไซเบอร์พรินท์กรุ๊ป จำกัด, 2558.
5. Ritch R.Shield MD. Krupin T. **The Glaucoma 2** nd ed. St Louis : Mosby, 1996.
6. Shaarawy TM. Sherwood MB. Hitchiings RA. Crowton JG. Glaucoma China : Sounders, 2010.
7. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . หน่วยที่ 7 ทฤษฎีและแนวทางประยุกต์สู่การปฏิบัติ : ทฤษฎี เน้นผู้รับบริการ.**เอกสารประกอบการสอนรายวิชา Nursing Theory.** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2555.
8. สมจิต หนุเจริญกุล. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร : วิศสิฎสิน.2536.
9. สมจิต หนุเจริญ**กุล. การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร : วีเจพริ้นติ้ง. 2541.
10. จันทร์จิรา เจียรณัย. **กระบวนการพยาบาล.** สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 2558.

การนวดไทยมีผลต่อระยะเวลาในการนอนหลับในผู้ใหญ่ที่มีปัญหาด้านการนอน

Traditional Thai massage for sleep duration in Adults' Difficulty Sleeping

วรางคณา ชมภูพาน[1*], วิชัย อึงพินิจพงศ์[2], วรวุฒิ ชมภูพาน[1]

Warangkana Chompoopan, Wichai Eungpinichpong, Worawut Chompoopan

(Received: September 5,2018; Accepted: November 17,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experiment study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลจากกากรนวดไทยต่อระยะเวลาในการนอนหลับ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน โดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(Randomized control trial) กลุ่มละ 14 คน โดยอาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับการนวดไทยนาน 90 นาที จำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมจะดำเนินกิจวัตรประจำวันปกติ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพการนอน

ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดไทย ปัญหาของการนอนลดลงหลังจากได้รับการนวดครบในครั้งสุดท้าย ระยะเวลาที่เข้านอนจนนอนหลับ (Mean 44.29, S.D. 22, Mean difference 23.21, P = 0.02), การตื่นนอนกลางคืน(ครั้ง) (Mean 2.43, S.D. 0.51, Mean difference 0.57, P = 0.02) , ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง (นาที) (Mean 11.43, S.D. 4.57, Mean difference 9.64, P <0.001) และค่าเฉลี่ยของชั่วโมงการนอนทั้งหมด (นาที) (Mean 334, S.D. 54.84, Mean difference 64.29, P <0.001) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : การนวดไทย, ปัญหาในการนอน, ระยะเวลาในการนอน

Abstract

This Experiment study aim to evaluate effects of TTM for the sleep duration of adults having difficulty sleeping. Twenty-eight adults with poor sleep quality (based on PQSI) participated in this study. They were randomly allocated into a control group (n=14) and a treatment group (n=14). Participants in the treatment group received 3 sessions of the 90 minute whole body TTM within one week whereas the participants in the control group spent their life normally. The quality of sleep was evaluated using PQSI a day before and after the massage sessions. The within-group data was analyzed using Repeated ANOVA and the between-group data was done by ANCOVA.

The results showed that the treatment group and the control group, the participants in the treatment group had significantly decreased their sleep problems after received the last session of TTM: bed time to sleep (Mean 44.29, S.D. 22, Mean difference 23.21, P = 0.02), wake up at night (Mean 2.43, S.D. 0.51, Mean difference 0.57, P = 0.02), wake up at night and sleep again (Mean 11.43, S.D. 4.57, Mean difference 9.64, P <0.001), and the total sleep duration (Mean 334, S.D. 54.84, Mean difference 64.29, P <0.001).

Conclusion: TTM can significantly increase the sleep duration without any negative effect.

Key words: Traditional Thai Massage, Difficulty Sleeping, duration time

[1] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข Corresponding author: warangkana@scphkk.ac.th

[2] สายวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ในสหรัฐอเมริกา ประชาชนกลุ่มที่เกิดปัญหาจากการนอนไม่หลับโดยประมาณร้อยละ 33-55 ของกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ กลุ่มที่เกิดจากความเครียด หรือจากปัญหาทั่ว ๆไป พบได้ร้อยละ 10-15 โดยปัจจัยประกอบด้วยอายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง และการที่มีโรคต่าง ๆร่วมด้วย ปัญหาจาการการทำงาน ไม่ได้รับการจ้างงานหรือสถานะทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก[19] ซึ่งจำนวนชั่วโมงการนอนที่เหมาะสม คือ 7-9 ชั่วโมง [8] จากการสำรวจของประเทศไทย พบว่าปัญหาการนอนในวัยผู้ใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 40.8 [21] อีกทั้งยังพบว่าในประชากรผู้สูงอายุใน สามารถพบปัญหาการนอนไม่หลับอยู่ในอันดับ 4 ของ 5 อันดับแรกของกลุ่มอาการที่พบบ่อยซึ่งพบได้ร้อยละ 38.7 และ 42.9 ในเพศชายและเพศหญิง [1] ซึ่งการนอนไม่หลับนี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ความเครียดทางร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงความเหนื่อยล้าในตอนกลางวัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลงและก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ [11] อาทิ เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมการนอนน้อยกว่า 6-7 ชั่วโมง ต่อคืนจะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต การนอนหลับจะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการมีกิจกรรมทางกาย การพักผ่อนที่ดีคือการนอนหลับ การนอนหลับนี้เป็นการพักฟื้นร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงการลดการหลั่งของฮอร์โมนบางชนิดเช่น Prolactin, Growth hormone และยังพบว่าผู้ที่นอนน้อยจะมีการหลั่ง Cortisol เพิ่มมากขึ้น [12] [18] นอกจากปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบต่อมไร้ท่อ ยังพบว่าผู้ที่นอนไม่หลับจะมีคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่นอนหลับได้ดี [12] การรักษาการนอนไม่หลับมีวิธีที่ได้รับความนิยมเช่น cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I), Pharmacological treatment and CBT-I plus medication,[19] ในปัจจุบันมีวิธีการหลากหลายที่ช่วยให้การนอนมีประสิทธิภาพได้ดีขึ้นการนวดเป็นวิธีการรักษาการนอนไม่หลับที่เป็นทางเลือกใหม่และน่าจะได้ผลดี และประหยัด เพราะการนวดส่งผลทำให้ผ่อนคลายจากความวิตกกังวล รวมไปถึงการมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น [2] การนวดยังส่งผลดีต่อการลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธีติก [6,9] ส่งผลในด้านการผ่อนคลายและลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ซึ่งมีผลทำให้อัตราการเต้น ของหัวใจและระดับความดันโลหิตลดลง [13,20] รวมไปถึงระบบไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดยังส่งผลดีต่อกล้ามเนื้อกล่าวคือเส้นใยกล้ามเนื้อจะอ่อนตัว ลดความเมื่อยล้าและทำให้คุณภาพของการนอนดียิ่งขึ้น [17] และยังมีผลผ่อนคลายความเครียด ลดความปวด [2] อีกทั้ง The European respiratory society and the European society of intensive care medicine ได้แนะนำถึงการนวดจะส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับดียิ่งขึ้น [7] จากข้อมูลในข้างต้นจะเห็นได้ว่าผลกระทบจากการนอนไม่หลับมีมากมาย เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความดันโลหิตสูงขึ้น การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ไม่สมดุล ความเมื่อยล้า รวมไปถึงประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง ซึ่งภาวะเหล่านี้จะส่งผลกระทบโดยตรงกับ เศรษฐกิจและสังคมของประเทศหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกวิธี การนวดแผนไทยเป็นอีกวิธีการหนึ่งซึ่งประชาชนเข้าถึงได้ง่ายประหยัดและไม่ต้องใช้ยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการนวดไทยต่อระยะเวลาในการนอนของผู้ที่มีปัญหาด้านการนอนของผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงทดลอง (Experiment study) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการนวดไทยโดยผู้นวดที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข และมีประสบการณ์ในการนวดมากกว่า 10 ปี และได้รับการคัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน รวมถึงต้องมีคุณสมบัติด้านจิตบริการ ส่วนกลุ่มควบคุมจะดำเนินกิจกรรมตามปกติและไม่ได้รับการนวดไทยตามโปรแกรมแต่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการทดลอง โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ซึ่งก่อนและหลังการนวดผู้วิจัยจะทำการวัด ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ หลังจากนั้นจะทำการนัดอีก 2 และ 4 วัน เพื่อนวดครั้งที่สอง และครั้งที่สาม หลังจากนวดเสร็จหนึ่งวัน

อาสาสมัครประเมินเกี่ยวกับชั่วโมงการนอนตามแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้มีปัญหาด้านการนอน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานที่มีปัญหาด้านการนอนโดยใช้แบบประเมินการนอนหลับ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria) 1) มีอายุระหว่าง 25-59 ปี 2) จากการคัดกรองมีปัญหาในด้านการนอน 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการอธิบายถึงรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยและแจ้งข้อมูลว่าอาสาสมัครสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ หลังจากที่อาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วต้องเซ็นชื่อลายมือลงในแบบยินยอมเข้าร่วมการ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Randomized control trial) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple randomize)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการนอนหลับที่ให้กลุ่มตัวอย่างทำการบันทึกด้วยตนเองซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามที่ประกอบไปด้วย เวลาในการเข้านอน ระยะเวลาจากการเข้านอนจนถึงการนอนหลับ การตื่นนอนตอนกลางคืน ระยะเวลาจากที่ตื่นในตอนกลางคืนจนกระทั่งหลับอีกครั้ง และระยะเวลาที่นอนหลับทั้งคืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากรด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติอนุมานใช้เปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทางประชากรด้วยสถิติ Chi-square การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลการนอนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independence t-test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independence t-test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทั้งในกลุ่มทดลองและในกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ : HE592404 ลงวันที่ 17 มีนาคม 2560 และได้รับการอนุญาตจากทางผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นในการดำเนินการวิจัย

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน เป็นเพศชายจำนวน 8 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 24-56 ปี ในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 41.50 ± 9.25 ปี ในกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 43.79 ± 10.21 ส่วนใหญ่สถานภาพโสดในทั้ง 2 กลุ่ม, รายได้ในกลุ่มทดลองรายได้ต่ำสุด 9000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 25928.57± 8783.41 บาทต่อเดือน ในกลุ่มควบคุมรายได้ต่ำสุด 9,200 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 24535.71 ± 9356.25 บาทต่อเดือน อาชีพในทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับราชการมากที่สุด (ตาราง 1)

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n=(14) n (%)	กลุ่มควบคุม n=(14) n (%)	*p-value*
เพศ			
ชาย	5 (35.71)	3 (21.43)	0.40
หญิง	9 (64.29)	11 (78.57)	
อายุ (ปี)			
≥30	2 (14.29)	2 (14.29)	0.65
31-40	4 (28.57)	3 (21.43)	
41-50	5 (35.71)	3 (21.43)	
51-60	3 (21.43)	6 (42.86)	
($\overline{X}$, S.D)	(41.50, 9.25)	(43.79, 10.21)	
(MIN, MAX)	(24, 54)	(25, 56)	
สถานะภาพสมรส			
โสด	12 (85.71)	11 (78.57)	0.62
สมรส	2 ()14.29	3 (21.43)	
รายได้ (บาท)			
≤10,000	1 (7.14)	2 (14.29)	0.64
10001-30,000	8 (57.14)	9 (64.29)	

ตาราง 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง n=(14) n (%)	กลุ่มควบคุม n=(14) n (%)	*p-value*
> 30001	5 (35.71)	3 (21.43)	
($\overline{X}$, S.D)	(25928.57, 8783.41)	(24535.71, 9356.25)	
(MIN, MAX)	(9000, 40000)	(9200 ,42000)	
อาชีพ			
รับจ้าง	3 (21.43)	4 (28.57)	0.74
รับราชการ	9 (64.29)	7 (50.00)	
แม่บ้าน	2 (14.29)	3 (21.43)	

การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ซึ่งประกอบไปด้วย ระยะเวลาที่จากที่เข้านอนจนนอนหลับ (นาที), การตื่นนอนกลางคืน (ครั้ง), ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง (นาที) และระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน (นาที) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการนอน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean	95% CI		p - value
	$\overline{X}$ (S.D.)	$\overline{X}$ (S.D.)	diff	Lower	Upper	
ระยะเวลาที่เข้านอนจนนอนหลับ (นาที)	82.50(40.23)	82.50(38.47)	0.00	-30.58	30.58	0.99
การตื่นนอนกลางคืน(ครั้ง)	3.07(0.47)	3.00(0.55)	0.07	-0.33	0.47	0.72
ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง (นาที)	25.00(5.19)	23.93(6.56)	1.07	-3.52	5.67	0.64
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน (นาที)	275.36(43.08)	257.50(59.96)	17.86	-22.70	58.42	0.37

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบข้อมูลด้านระยะเวลาที่ใช้ในการนอนระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองคืนที่ 1 ซึ่งประกอบไปด้วย ระยะเวลาที่จากที่เข้านอนจนนอนหลับ (นาที) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 53.93 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 86.93 นาที ซึ่งแตกต่างกัน 33 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.01, 95%CI เท่ากับ -57.39 ถึง -8.61 นาที, สำหรับการตื่นนอนกลางคืน (ครั้ง) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 2.14 ครั้ง และในกลุ่มควบคุม 3 ครั้ง โดยพบว่าแตกต่างกัน 0.86 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001, 95%CI เท่ากับ -1.28 ถึง -0.43 นาที, ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 17.86 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 23.93 นาที ซึ่งแตกต่างกัน 6.07 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.01, 95%CI เท่ากับ-10.63 ถึง -1.51 นาที อีกทั้งยังพบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน ค่าเฉลี่ยที่พบในกลุ่มทดลอง 327.50 นาที และพบในกลุ่มควบคุม 248.57 นาที โดยต่างกัน 78.93 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001, 95%CI เท่ากับ 40.15 ถึง 117.70 นาที (ตาราง 3)

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนในคืนที่ 1 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการนอน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean	95% CI		*P* - value
	$\overline{X}$ (SD.)	$\overline{X}$ (SD.)	diff	Lower	Upper	
ระยะเวลาที่เข้านอนจนนอนหลับ	53.93(30.90)	86.93(31.87)	-33.00	-57.39	-8.61	0.010
การตื่นนอนกลางคืน(ครั้ง)	2.14(0.53)	3.00(0.55)	-0.86	-1.28	-0.43	0.001
ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง	17.86(6.11)	23.93(5.61)	-6.07	-10.63	-1.51	0.010
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน	327.50(53.01)	248.57(46.59)	78.93	40.15	117.70	0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบข้อมูลด้านระยะเวลาที่ใช้ในการนอนระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองคืนที่ 2 ซึ่งประกอบไปด้วย ระยะเวลาที่จากที่เข้านอนจนนอนหลับ (นาที) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 45.36 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 68.57 นาที ซึ่งแตกต่างกัน 23.21 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*=0.01, 95%CI เท่ากับ -41.17 ถึง -5.25 นาที, สำหรับการตื่นนอนกลางคืน (ครั้ง) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 2.36 ครั้ง และในกลุ่มควบคุม 3.07 ครั้ง โดยพบว่าแตกต่างกัน 0.71 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001, 95%CI เท่ากับ -1.15 ถึง -0.28 นาที, ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 12.50 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 22.50 นาที ซึ่งแตกต่างกัน 10.00 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.001, 95%CI เท่ากับ-14.24 ถึง -5.76 นาที อีกทั้งยังพบว่า ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอนค่าเฉลี่ยที่พบในกลุ่มทดลอง 345.79นาที และพบในกลุ่มควบคุม 250.71 นาที โดยต่างกัน 95.07 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*<0.001, 95%CI เท่ากับ 57.18 ถึง 132.96 นาที (ตารางที่ 4)

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนในคืนที่ 2 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการนอน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean	95% CI		*P* value
	$\overline{X}$ (SD.)	$\overline{X}$ (SD.)	diff	Lower	Upper	
ระยะเวลาที่เข้านอนจนนอนหลับ	45.36(17.81)	68.57(27.42)	-23.21	-41.17	-5.25	0.01
การตื่นนอนกลางคืน(ครั้ง)	2.36(0.50)	3.07(0.62)	-0.71	-1.15	-0.28	<0.001
ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง	12.50(5.80)	22.50(5.10)	-10.00	-14.24	-5.76	<0.001
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน	345.79(56.13)	250.71(40.09)	95.07	57.18	132.96	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

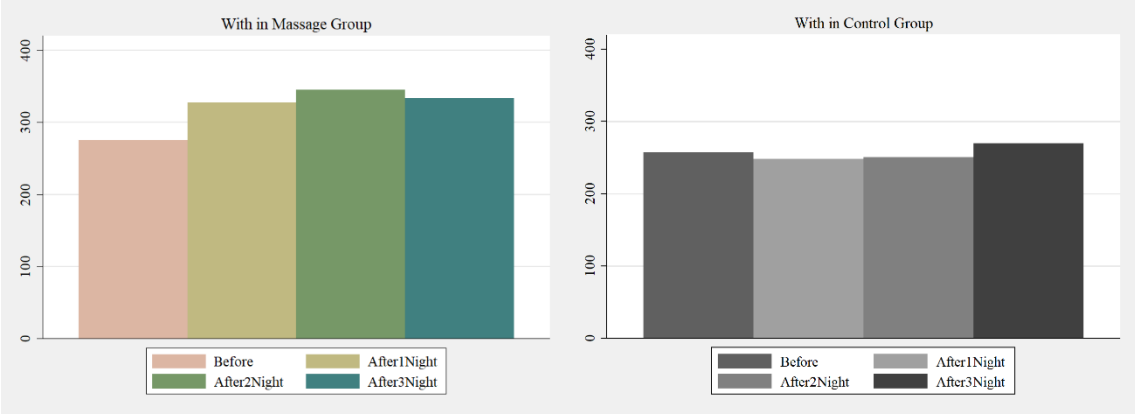
การเปรียบเทียบข้อมูลด้านระยะเวลาที่ใช้ในการนอนระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองคืนที่ 2 ซึ่งประกอบไปด้วย ระยะเวลาที่จากที่เข้านอนจนนอนหลับ (นาที) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 44.29 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 67.50 นาที ซึ่งแตกต่างกัน 23.21 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*=0.02, 95%CI เท่ากับ -43.04ถึง -3.39 นาที, สำหรับการตื่นนอนกลางคืน (ครั้ง) พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 2.43 ครั้ง และในกลุ่มควบคุม 3 ครั้ง โดยพบว่าแตกต่างกัน 0.57 ครั้ง ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*=0.020, 95%CI เท่ากับ -0.10 ถึง 0.02 นาที, ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง 11.43 นาที ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ที่มีค่าเฉลี่ย 21.07 นาที ซึ่งแตกต่างกัน 9.64 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*<0.001, 95%CI เท่ากับ-13.76 ถึง -5.53 นาที อีกทั้งยังพบว่า ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน ค่าเฉลี่ยที่พบในกลุ่มทดลอง 334.29 นาที และพบในกลุ่มควบคุม 270.00 นาที โดยต่างกัน 64.29 นาที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*<0.001, 95%CI เท่ากับ 23.02 ถึง 105.55 นาที (ตาราง 5)

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคุณภาพการนอนในคืนที่ 3 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลการนอน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff	95% CI		*P* value
	$\overline{X}$ (SD.)	$\overline{X}$ (SD.)		Lower	Upper	
ระยะเวลาที่เข้านอนจนนอนหลับ	44.29(22.00)	67.50(28.61)	-23.21	-43.04	-3.39	0.02
การตื่นนอนกลางคืน(ครั้ง)	2.43(0.51)	3.00(0.68)	-0.57	-1.04	-0.10	0.02
ระยะเวลาหลังจากตื่นนอนในตอนกลางคืนจนหลับอีกครั้ง	11.43(4.57)	21.07(5.94)	-9.64	-13.76	-5.53	<0.001
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน	334.29(54.84)	270.00(51.33)	64.29	23.02	105.55	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของการนวดในกลุ่มทดลองพบว่าการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนทดลองและหลังการทดลองคืนที่ 1 ถึงคืน ที่ 3 พบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้นอน (นาที) เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองพบว่ามีระยะเวลาการนอนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะก่อนการทดลองกับคืนที่ 2 ที่พบในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการนวด อีกทั้งยังพบว่าในกลุ่มควบคุมพบว่าระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการนอนไม่แตกต่างกัน ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 การเปรียบเทียบภายชั่วโมงการนอนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เพื่อประเมินการนวดไทยต่อระยะเวลาในการนอนในผู้ที่มีปัญหาการนอนที่ไม่มีประสิทธิภาพ การวิจัยในครั้งนี้พบว่า การนวดไทยสามารถเพิ่มระยะเวลาการนอนได้ตั้งแต่ระยะการเข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ การลดจำนวนครั้งของการตื่นในช่วงกลางคืน การตื่นกลางคืนจนกระทั่งหลับอีกครั้ง รวมถึงระยะเวลาในการนอนที่เพิ่มขึ้น เป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่าการนวดส่งผลดีหลายอย่างต่อร่างกาย เช่น การไหลเวียนของเลือดเพิ่มขึ้น เพิ่มการรับรู้ทางระบบประสาทและยังช่วยในการเคลื่อนไหวได้มากขึ้น [15] การนวดส่งผลทำให้ผ่อนคลายจากความวิตกกังวลรวมไปถึงการมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น [2] การนวดยังส่งผลดีต่อการลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาธีติก [5.,14] อีกทั้งยังพบว่าการนวดยังส่งผลให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง [10] รวมไปถึงระบบไหลเวียนโลหิตที่ดีขึ้น [5] นอกจากนี้ยังพบว่าการนวดยังส่งผลดีต่อกล้ามเนื้อ กล่าวคือเส้นใยกล้ามเนื้อจะอ่อนตัว ลดความเมื่อยล้าและทำให้คุณภาพของการนอนดียิ่งขึ้น [17] อนึ่งอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มไม่มีการหยุดหรือออกจากการวิจัย และไม่พบการรายงานผลรุนแรงอันไม่พึงประสงค์แต่อย่างไรในระหว่างการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการการนวดไทยในระยะเวลา 90นาที มีความปลอดภัยต่ออาสาสมัครในช่วงอายุนี้ ผลจากการวิจัย

แสดงว่าการนวดไทยครั้งละ 90 นาที วันเว้นวันจำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 7 วัน ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนในผู้ใหญ่ช่วงอายุ 24-56 ปี

ข้อเสนอแนะ

การนวดเป็นวิธีการช่วยลดปัญหาการนอนไม่หลับที่เป็นทางเลือกใหม่และน่าจะได้ผลดี ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่าย ลดการใช้ยานอนหลับเพราะการนวดส่งผลทำให้ผ่อนคลายจากความวิตกกังวล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บุคคลใกล้ชิดได้เป็นผู้นวดได้เองและสามารถนวดได้ไม่จำกัด เวลา และสถานที่ดังนั้นหากได้มีการฝึกฝนให้ผู้ป่วยใกล้ชิดสามารถปฏิบัติได้ จะเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้มีการเพิ่มขึ้นของระยะเวลานานได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งไม่พบผลข้างเคียงจากการนวด ซึ่งปลอดภัยสำหรับอาสาสมัคร

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีโดยได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครทั้ง 28 ราย ขอขอบคุณวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการดำเนินโครงการวิจัย และขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงานคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. **รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2548-2550**. นนทบุรี:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550.

2.Billhult, Annika, and Sylvia Määttä. "Light pressure massage for patients with severe anxiety." **Complementary Therapies in Clinical Practice**. 15(2): 96-101, 2009

3.Bost, Nerolie, and Marianne Wallis. "The effectiveness of a 15 minute weekly massage in reducing physical and psychological stress in nurses." **Australian Journal of Advanced Nursing**. 23(4): 28, 2006.

4.Buttagat, Vitsarut, et al. "Therapeutic effects of traditional Thai massage on pain, muscle tension and anxiety in patients with scapulocostal syndrome: a randomized single-blinded pilot study." **Journal of bodywork and movement therapies**. 16(1): 57-63, 2012

5.Diego, Miguel A., et al. "Massage therapy of moderate and light pressure and vibrator effects on EEG and heart rate." **International Journal of Neuroscience**. 114(1): 31-44, 2004.

6.Doering, Thorsten J., et al. "External stimuli in the form of vibratory massage after heart or lung transplantation1." **American journal of physical medicine & rehabilitation**. 78(2): 108-110. 1999.

7.Gosselink, Rik, et al. "Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on physiotherapy for critically ill patients." **Intensive care medicine**. 34(7): 1188-1199, 2008

8.Hirshkowitz, Max, et al. "National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary." **Sleep health**. 1(1): 40-43, 2015.

9.Hoang, Uy, Robert Stewart, and Michael J. Goldacre. "Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006." **Bmj** 34(3): d5422, 2011.

10.Kaye, Alan David, et al. "The effect of deep-tissue massage therapy on blood pressure and heart rate." **The Journal of alternative and complementary medicine** 14(2): 125-128, 2008.

11.Kuppermann, Miriam, et al. "Sleep problems and their correlates in a working population." **Journal of general internal medicine**. 10(1): 25-32, 1995.

12.Léger, Damien, et al. "SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers." **Psychosomatic medicine**. 63(1): 49-55, 2001.

13.Lee, Young-Hee, Bit Na Ri Park, and Sung Hoon Kim. "The effects of heat and massage application on autonomic nervous system." **Yonsei medical journal**. 52(6): 982-989, 2011.

14.Lindgren, Lenita, et al. "Physiological responses to touch massage in healthy volunteers." **Autonomic Neuroscience** 158(12): 105-110, 2010.

15.McNair, Peter J., and Stephen N. Stanley. "Effect of passive stretching and jogging on the series elastic muscle stiffness and range of motion of the ankle joint." **British journal of sports medicine**. 30(4): 313-317, 1996.

12.Mullington, Janet M., et al. "Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation." **Progress in cardiovascular diseases**. 51(4): 294-302, 2009.

17.Nerbass, Flavia Baggio, et al. "Effects of massage therapy on sleep quality after coronary artery bypass graft surgery." **Clinics**. 65(11): 1105-1110, 2010.

18.Ogawa, Yuriko, et al. "Total sleep deprivation elevates blood pressure through arterial baroreflex resetting: a study with microneurographic technique." **Sleep**. 986-989, 2003.

19.Schutte-Rodin, Sharon, et al. "Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults." **Journal of clinical sleep medicine**. 40(5): 487-504, 2008.

20.Supa'At, Izreen, et al. "Effects of Swedish massage therapy on blood pressure, heart rate, and inflammatory markers in hypertensive women." ***Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*** **2013**, 2013.

21.Udomratn, Pichet. "Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia." **International review of psychiatry**. 20(5): 441-444, 2008

กรณีศึกษาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

Case study of ischemic stroke and thrombosis nursing

กัญจนา สมณะ[1]

Kanchana samana[1]

(Received: August 30,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความรู้ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา จากผู้มาใช้บริการในหอผู้ป่วยใน ระยะเวลา ช่วงเดือนธันวาคม 2560 - มกราคม 2561 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติ และข้อวินิจฉัยการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ควรประกอบด้วย การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากเลือดออกง่ายหยุดยาก ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก อันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล และความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและญาติ

คำสำคัญ : การพยาบาล , โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

ABSTRACT

This study was case study aimed to studied knowledge and nursing of ischemic stroke and thrombosis patients by case study compare. Sample size were patients who come to receive services in ward between December 2017 – January 2018. Data were collected by medical record about major symptoms, history and nursing diagnoses. Data were analyzed by descriptive statistic and content analysis.

The study indicated that nursing activities about ischemic stroke and thrombosis patients should consist of perfusion of the brain tissue decreases due to ischemic stroke , hypertension due to ischemic stroke , risk of bleeding hazards difficult to stop , choking pneumonia , danger of deficiency in self-care , changes in sleep patterns due to disease pathology and medical activity and anxiety due to illness and the impact of patients and relatives.

Keyword : nursing , ischemic stroke and thrombosis

[1] โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง(CVD: Cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสมองอย่างเฉียบพลันและมีความรุนแรงถึงชีวิต ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น[1] The National Stroke Association (2012) อีกทั้งโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สามรองจากโรคหัวใจและมะเร็ง[2] (McGillivray & Considine, 2009) สำหรับประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน จำนวน 20,781 ราย และอัตราการตายของผู้ป่วย 31.69 ราย[3] (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผน, 2560) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ ในปี พ.ศ. 2563 WHO ได้ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งต้องใช้ค่ารักษาไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี/คน (5,000 ล้านบาท) และต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลายาวนาน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มาก ก็น้อย ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นทันที ทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติ ความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1.โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) 2.โรคหลอดเลือดสมองแตกทำให้มีเลือดออกในสมอง(Cerebral hemorrhage) ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณของเนื้อสมองที่ขาดเลือดและระยะเวลาของการขาดเลือด (American Stroke Association,2018)[4] อาการทางระบบประสาทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นแบบเฉพาะที่ ได้แก่ อาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ลิ้นแข็ง กลืนลำบาก พูดลำบาก มีอาการเดินเซ ตามัวหรือมองเห็นภาพซ้อน วิงเวียนศีรษะ จะเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันบางทีอาจหมดสติทันที (Adams,et al., 2003)[5] การรักษาโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของการเกิดโรค คือ 1.โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จะพบว่าสมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ในเวลาที่จำกัดการรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด เวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด ลดการสูญเสียการทำงานของสมองให้ได้มากที่สุดโดยการแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือดเพื่อให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองได้ทันเวลา และทำให้มีเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดน้อยที่สุด การดูแลป้องกันและให้การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นคืนกลับมาใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด คือการใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA (Recombinant Human Tissue-type Plasminogen Activator)รักษาให้หลอดเลือดที่อุดตันนั้นกลับมามีเลือดไหลเวียนได้ตามปกติ ให้ยาทันทีภายหลังจากมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงถึงจะได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ[6](นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)สามารถลดอัตราความพิการได้ร้อยละ30[7] (สถาบันประสาทวิทยา, 2552) ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด คือ ภาวะเลือดออกผิดปกติประมาณ 6 % ได้ยาภายใน 3 ชั่วโมงแรกของการเกิดอาการและอัตราเลือดออกผิดปกติ 6.2 % ถ้า 3-4.5 ชั่วโมง อัตราเลือดออกเพิ่มอีก 2.4 % (นิจศรี ชาญณรงค์, 2552)นอกเหนือจากการมีภาวะเลือดออกในสมองแล้ว ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ และการแพ้ยาเป็นต้น การรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตกส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาสิ่งที่กดเบียดสมองออก การผ่าตัดเพื่อเปิดกะโหลกศีรษะ(craniotomy) หรือการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกรณีมีภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง[8] (ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์,2555)

จากนโยบายของรัฐบาลโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน ได้เน้นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่รวดเร็วและปลอดภัยโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract system) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่มารับบริการภายในเวลา

4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ โดยมีเป้าหมายระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยา Door to needle time น้อยกว่า 60 นาที

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทอายุรกรรม ในปีงบประมาณพ.ศ.2556 มีการจัดตั้ง unit stroke ตามนโยบายของโรงพยาบาล การให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA โดยใช้ระบบช่องทางด่วนเมื่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลัน ทำการคัดกรองเบื้องต้นโดยใช้แนวทาง “FAST” (Face, Arm, Speech, Time) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันได้แก่กลุ่มอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด และต้องมาโรงพยาบาลทันภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง[๘] (National Stroke Association, 2012) โดยแพทย์ทำการวินิจฉัยก่อนให้ยา rt-PA เมื่อผ่านเกณฑ์ข้อบ่งชี้ตามแนวปฏิบัติของสถาบันประสาท จากนั้นให้ยาละลายลิ่มเลือดที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 หลังได้รับยาสังเกตอาการผิดปกติเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้ยาจนครบ 24 ชั่วโมงแล้วย้ายออกไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ข้อมูลสถิติงานด้านคุณภาพโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มารับบริการ ในปีพ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 776 ราย 888 ราย และ 934 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยที่เข้ารักษาด้วยระบบช่องทางด่วนและได้รับยาละลายลิ่มเลือด มีจำนวน 75 ราย 83 ราย และ 88 ราย, Door to needle time 65 นาที 63 นาที และ 58 นาที ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันที่รับการรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด rt-PA เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยามีจำนวน 6 ราย 6 ราย และ 19 ราย อาการที่พบมีอาการปวดศีรษะ ความดันเลือดสูง คลื่นไส้อาเจียน คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บแน่นหน้าอก มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เกิดภาวะเบาจืด(DI) และในปี 2561 มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คือ มีภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 2 ราย[๗] (สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์,2561) จากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ดังนั้นผู้ศึกษามีความตระหนักถึงความสำคัญจึงสนใจที่ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน: รายกรณีศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและสามารถเฝ้าระวังและประเมินอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นขณะที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

2. เพื่อศึกษาการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้มาใช้บริการในหอผู้ป่วยในระยะเวลา ช่วงเดือนธันวาคม 2560 - มกราคม 2561

2. ดำเนินการค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน ปรึกษาแพทย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นแบบแผนในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.สรุปและอภิปรายผลการศึกษาจัดทำเป็นรูปเล่ม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 29 พฤศจิกายน 2561-7 มกราคม 2562

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ	ขาสองข้างอ่อนแรง เป็นก่อนมา รพ. 2 ชั่วโมง	แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงเป็นก่อนมา รพ. 1 ชั่วโมง
ประวัติ	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 59 ปี ผิวดำแดง รูปร่างอ้วน สถานภาพสมรส มีบุตร 2 คน นับถือศาสนา พุทธ อาชีพทำนา น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 177 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.22 kgs/m2 สิทธิบัตรในการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 71 ปี รูปร่างอ้วน ผิวขาวซีด ไม่มีอาชีพ สถานภาพ หม้าย ศาสนาพุทธ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 น้ำหนัก 68 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 26.56 kgs/m2 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
การวินิจฉัย	Right frontal infraction	Acute Right frontal infraction
การพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	**1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการผู้ป่วยจะ stable 2. ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP) จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันของศีรษะ หลีกเลี่ยงการงอสะโพก 3. ตรวจสอบระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ 4. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ cannula 5 LPM. Keep oxygen saturation > 95% 5. รักษาระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับโดยการให้ยา Antihypertensive ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจออกขณะพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่า หลีกเลี่ยงการเกิด Isometric Contraction 7. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง มีการระบายอากาศที่ดี จัดท่านอน ให้ยกศีรษะสูง 30 องศา ลดแรงดันในกะโหลกศีรษะ เพิ่มพื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน 8. วางแผนการทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันเป็นช่วงๆและให้ผู้ป่วยได้พักหลังทำกิจกรรมการพยาบาลอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น 9. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ ลดสิ่งกระตุ้นรุนแรง พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนนุ่ม สัมผัสด้วยความนุ่มนวลทุกครั้ง 10. สอนผู้ป่วยให้รู้จักเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลก เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ การเบ่งถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระ การสั่งน้ำมูก การไอ หรือการงอสะโพก **ประเมินผล** 1. ไม่มีอาการDyspnea / RR=18 ครั้ง/นาที 2. ไม่มีภาวะ cyanosis 3. Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ BPในช่วง 114/73-133/88 mmHg 4. Capillary refill< 2 วินาที 5. O2 sat SPO2 99% 7.Coma scale E4V5M6 8. Pupil 3 min react to light both eyes 9. Motor power grade V	**1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการทางระบบประสาท และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการผู้ป่วยจะ stable 2. ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ (ICP) จัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย หลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันของศีรษะ หลีกเลี่ยงการงอสะโพก 3. ตรวจสอบระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ 4. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ตรวจสอบวิเคราะห์แก๊สในหลอดเลือดแดง (ABG)และระดับ PaO2 > 80 mm.Hg และ PaCO2 =25-35 mmHg และ PH 7.35- 7.45 ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน หลอดเลือดในสมองขยาย ซึ่งจะทำให้สมองบวม 6. วางแผนการทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกันเป็นช่วงๆและให้ผู้ป่วยได้พักหลังทำกิจกรรม การพยาบาลอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น 7. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบลดสิ่งกระตุ้นรุนแรง พูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงอ่อนนุ่ม สัมผัสด้วยความนุ่มนวลทุกครั้ง 8. สอนผู้ป่วยให้รู้จักเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เพิ่มความดันในกะโหลก เช่น การเกร็ง เบ่ง สั่งน้ำมูก ไอ งอสะโพก **ประเมินผล** 1. ไม่มีอาการDyspnea /หายใจปีกจมูกบาน RR=18ครั้ง/นาที 2. ไม่มีภาวะ cyanosis SPO2 99% 3. Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ BPในช่วง 122/78-133/74 mmHg 4. Capillary refill< 2 วินาที 5. O2 sat SPO2 99% 6. CO CO =33.0 L/min/m2 7. Coma scale E4V5M6 8. Pupil 3 min react to light both eyes 9. Motor power Weakness at left arm + left leg Motor power at left grade III. Motor at right grade V **2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะ**

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีภาวะสมองขาดเลือด **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ซึ่งประเมินได้จากระดับความรู้สึก รูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง การกลอกตา ระบบการเคลื่อนไหวรีเฟลกซ์ ของตาและการกลืน และประเมินสัญญาณชีพ 2. ให้การดูแลเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ดังนี้ - จัดให้นอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา หรือให้นอนศีรษะสูงประมาณ 15-30 องศา ศีรษะวางอยู่ในท่าที่สบาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก การที่ไม่ให้ผู้ป่วยนอนราบเพราะเลือดดำคั่งในสมอง หากศีรษะนอนสูงเกินไปจะทำจะทำให้เกิดสมองเลื่อน (Brain Herniation)ได้ - รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย - หลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะมีหลอดเลือดดำ jugular ซึ่งเป็นทางผ่านของเลือดดำส่วนใหญ่จากสมอง เพราะท่าดังกล่าวจะทำให้หลอดเลือดดำ jugular บิดหรือตีบแคบ เป็นการขัดขวางการไหลกลับของหลอดเลือดดำจากสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นระหว่าง 5-20mmHg - หลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ 3. ป้องกันการขาดออกซิเจน โดยการทำทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการให้นอนตะแคง ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด สารน้ำที่ได้รับ คือ 0.9 % NSS 1000 ml vein drip 80 cc/ hr เพื่อป้องกันสมองบวม โดยปกติแล้วแพทย์จะ ควบคุมร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะขาดน้ำเล็กน้อย 5. ควบคุมอุณหภูมิในร่างกายของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้า สูงเกิน 38.C ขึ้นไป ควรทำการลดไข้ทุกครั้งโดยการเช็ดตัวด้วยน้ำเย็น (Tapid spongs) แต่ถ้าไข้สูงเกิน 38.5 องศา 6. ดูแลให้ได้รับตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยาคือ ASA (300mg)1tab oral OD PC Simvastatin (20mg) 1tab oral hs, Folic acid (5mg) 1tab oral OD PC **ประเมินผล** 1. Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ BP ในช่วง 105/56-127/66 mmHg 2. Coma scale E4V5M6 3. Pupil 3 min react to light both eyes 4. Motor power grade V	**สมองขาดเลือด** **กิจกรรมการพยาบาล** กิจกรรมทางการพยาบาล เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 **ประเมินผล** 1. Vital Signs อยู่ในเกณฑ์ปกติ BPในช่วง 122/78-133/74 mmHg 2.Coma scale E4V5M6 3. Pupil 3 min react to light both eyes 4.Motor power Weakness at left arm + left leg Motor power at left grade III. Motor at right grade V **3. มีภาวะHypoglycemia** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สังเกตอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะ Stable 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรม เท่าที่จำเป็น ระวังการเกิดอุบัติเหตุ 4. ให้ 50% glucose 50 ml IV push ตามแผนการรักษา 5. ดูแลให้สารน้ำ 5% DN/2 1000 ml rate 80 ml /hr ตามแผนการรักษา 6. เจาะ DTX หลังให้ 50% glucose ภายใน 1 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. บันทึกสารน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง 8. ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ยกไม้กั้นเตียงขึ้นป้องกันการตกเตียง **ประเมินผล** 1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS E4V5M6 2. DTX 127 mg% 3. สัญญาณชีพ ชีพจร ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต122/78-133/74 mmHg **4. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ดูแลให้มีสุขวิทยาอนามัยส่วนบุคคลที่ดีโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่ต้องเน้นความสะอาดบ่อยขึ้นเพราะบริเวณดังกล่าวความชื้นจะสูงทำให้เป็นตัวกลางในการติดเชื้อและหากผู้ป่วยมีปัญหาปัสสาวะเล็ดร่วมด้วยยิ่งทำให้เชื้อโรคที่มีบริเวณผิวหนังที่อยู่ใกล้ท่อทางเดินปัสสาวะเข้าไปสู่กระเพาะปัสสาวะได้ง่าย 2. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm IV q 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา 3. ติดตามผลการตรวจ Urine 4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml rate 80 ml /hr ตามแผนการรักษา 5. แนะนำหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองท่อทางเดินปัสสาวะ เช่น เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ ชา กาแฟน้ำอัดลม คาร์บอเนต เพราะทำให้ระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากเลือดออกง่ายหยุดยาก **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ICUหรือ stroke unit 2. ให้นอนศีรษะสูง 15-30 องศา 3. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง 24 ชั่วโมง 4. งดน้ำและอาหารยกเว้นยา 5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที x 2 ชั่วโมง• ทุก 30 นาที x 6 ชั่วโมง• ทุก 1 ชั่วโมง x 16 ชั่วโมง• และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่แล้ว 6. ให้ออกซิเจนชนิด cannular 5 L/minตามแผนการรักษา 7. งดกิจกรรมหลังให้ยา rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมง ดังต่อไปนี้ • งดให้ heparin/warfarin/antiplatelet • งดใส่ NG tube • งดแทงสายยางเข้าหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) • งดเจาะ Arterial blood gas, หรือเจาะหลอดเลือดแดง 8. หลีกเลี่ยงการใส่สายสวนปัสสาวะภายใน 30 นาทีหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 9. ให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา 10. เฝ้าระวังและสังเกตอาการเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ ซึ่งเป็นอาการแทรกซ้อนของยา เช่น มีจ้ำเลือดเพิ่มมากขึ้นที่รอยแทงน้ำเกลือ หรือรอยเจาะเลือด พร้อมสังเกตสีของปัสสาวะ สีของอุจจาระหรืออาเจียนที่ออกมา 11. ดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนปากเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นเพราะอาการคลื่นไส้เป็นผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ 12. ดูแลทำความสะอาดปากฟันเมื่อผู้ป่วยอาเจียน งดอาหารและรายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยอาเจียนไม่หยุด 13. ดูแลให้ยาลดกรดเพื่อป้องกันเลือดออกในระบบทางเดินอาหารตามแผนการรักษา 14. ติดตามประเมินอาเจียนและเลือดออกในทางเดินอาหาร 15. กรณียังไม่ใส่ NG tube งดใส่ 24 ชั่วโมง 16. หากผู้ป่วยไม่ได้ใส่สายสวนปัสสาวะงดใส่สายสวนปัสสาวะไว้ 24 ชั่วโมง 17. อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเพราะการมีเลือดออกผู้ป่วยอาจจะกลัวได้ 18. สังเกตสีปัสสาวะอาจเป็นสีแดงจางหรือสีเข้มได้ 19. ติดตามประเมินรอยจ้ำเลือดตามผิวหนัง 20. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติ 21. เตรียม Group Match ไว้ให้พร้อมใช้ 22. ติดตามสังเกตเลือดออกตามไรฟัน อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าเป็นผลข้างเคียงของยา rt-PA **ประเมินผล**	6. แนะนำผู้ป่วยไม่กลั้นปัสสาวะเพราะทำให้เชื้อโรคอยู่ในกระเพาะปัสสาวะนานจนสามารถเจริญเติบโตทำให้เกิดการอักเสบได้ เสริมสร้างนิสัยให้ปัสสาวะบ่อยขึ้นทุก 2-3 ชั่วโมงในช่วงกลางวันเพื่อป้องกันการขยายตัวมากของกระเพาะปัสสาวะและทำให้เลือดมาเลี้ยงกระเพาะปัสสาวะได้ดีและควรปัสสาวะก่อนนอนทำให้กระเพาะปัสสาวะว่างและลดการอยู่นิ่งของปัสสาวะช่วยป้องกันการติดเชื้อซ้ำ **ประเมินผล** 1. ปัสสาวะสีเหลืองฟางไม่มีตะกอนขาวขุ่น 2. ผลการตรวจ UA การติดเชื้อลดลง WBC =1-2 cells/HPF, RBC=10-20 cells/HPF 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.4องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/74 mmHg **มีภาวะท้องผูกเนื่องจากการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการและความสามารถในการดูแลตนเอง 2. กำหนดการขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยโดยถือเอาความปกติของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นเกณฑ์ แล้วจัดให้ผู้ป่วยได้ขับถ่ายอุจจาระตามเวลาที่กำหนด 3. เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่ายอุจจาระต้องรีบ เสิร์ฟหม้อนอนหรือพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำทันที ไม่ควรบอกให้รอหรือผัดเวลาออกไป 4. จัดสถานที่การขับถ่ายให้มิดชิดจัดท่าในการขับถ่ายควรเป็นท่าทีปกติที่ผู้ป่วยเคยถ่ายเป็นประจำ หลีกเหลี่ยงการรบกวนที่ไม่จำเป็น 5. จัดให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเพื่อช่วยในการขับถ่าย และได้รับในปริมาณที่เพียงพอ ให้ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอุ่นๆเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ หรือให้รับประทานน้ำผลไม้ที่มีกากใย 6. ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าท้อง และมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆนวดหน้าท้องตามเข็มนาฬิกา ,ถ้ายังไม่ถ่ายอุจจาระplan ล้วงหรือเหน็บด้วยสบู่ 7. ดูแลพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง เพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ 8. ดูแลการได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml rate 80 ml /hr ตามแผนการรักษา 9. ดูแลการได้รับอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ B:D (1:1) 100ml x 4feed + 50 ml, อาหารฝึกกลืนโจ๊ก 100 ml และอาหารอ่อนตามแผนการรักษา **ประเมินผล** 1. ไม่มีอาการท้องผูก สามารถถ่ายอุจจาระ ได้วันละ 1 ครั้ง 2. ลักษณะอุจจาระไม่แข็ง มีลักษณะนิ่ม สีเหลือง ผู้ป่วยสุขสบาย ไม่บ่นอึดอัดแน่นท้องขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ 3. คลำหน้าท้องไม่มี fecal impaction

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	1. ผู้ป่วยไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว มีเลือดออกบริเวณไรฟัน ไม่ active bleed 2. มีเลือดออกบริเวณไรฟัน ไม่ active bleed 3. ผู้ป่วยและญาติทราบอาการที่ต้องเฝ้าระวังถึงอันตรายและแจ้งให้ทราบเมื่อมีอาการผิดปกติ 4. PT=13.6 sec PTT=29.3 sec INR=0.99 **<u>มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก</u>** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ภาวะ Aspiration 2. มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร , นักกายภาพบำบัด , นักโภชนาการ และญาติ 3. ประเมินลักษณะหรือความผิดปกติของการกลืน เช่น มีน้ำลายไหล มีเศษอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะและคอได้ ไอหรือสำลักระหว่างหรือหลังรับประทานอาหาร ประเมินการปกป้องทางเดินหายใจ โดยให้ผู้ป่วยไอ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถไอได้แสดงว่าเสี่ยงต่อการสำลักได้ง่าย 4. จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรค คือเหลวข้นตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร ควรดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ล้างเศษอาหารที่ติดข้างกระพุ้งแก้มด้านอัมพาตออกให้หมดโดยการบ้วนปากและแปรงฟันทุกวัน 5. ดูแลการให้อาหารและการฝึกกลืนโดยแพทย์กายภาพ ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้อาหาร และหลังให้อาหาร 15-30 นาที 7. สังเกตอาการสำลัก 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง **<u>ประเมินผล</u>** 1. ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ขณะฝึกกลืนมีสำลักอาหาร 1 ครั้ง 2. ขณะรับประทานอาหารกลืนอาหารได้ไม่สำลัก 3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/63 mmHg **<u>มีโอกาสเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง</u>** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน 2. คอยพยุงลุกนั่ง ช่วยประคองเวลาผู้ป่วยลุก นั่ง เดิน 3. สอนผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ active และ passive exercise ร่วมกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู 4. การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น ที่นอน ผ้าปู เสื้อผ้า โดยเน้น	4. Bowel sound 8-10 ครั้ง/นาที **<u>แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล</u>** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 **<u>ประเมินผล</u>** 1. ผู้ป่วยนอนหลับได้ 4-6 ชั่วโมง/วัน มีตื่นเวลากลางคืน แล้วมาหลับต่อในช่วงเช้า 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อาการอ่อนเพลียดีขึ้น 3. ไม่มีอาการง่วงนอน 4. มีอาการหงุดหงิดบ้างในบางครั้ง 5. สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นการล้างหน้า แปรงฟัน และรับประทานอาหาร **<u>7. มีโอกาสเกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง</u>** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 **<u>การประเมินผล</u>** 1. ผู้ป่วยไม่พลัดตกหกล้มทั้งขณะนอนบนเตียงหรือทำกิจกรรม 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน การรับประทานอาหาร เดินต้องมีคนคอยพยุงและใช้ walker ช่วยในการเดิน 3. ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้อลีบเล็ก/ยังมีแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง 4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะข้อติดแข็ง **<u>มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก</u>** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ภาวะ Aspiration 2. มีการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ , พยาบาล , เภสัชกร , นักกายภาพบำบัด , นัก โภชนาการ และญาติ 3. ประเมินลักษณะหรือความผิดปกติของการกลืน เช่น มีน้ำลายไหล มีเศษอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะและคอได้ ไอหรือสำลักระหว่างหรือหลังรับประทานอาหาร ประเมินการปกป้องทางเดินหายใจ โดยให้ผู้ป่วยไอ ถ้าผู้ไม่สามารถไอได้แสดงว่าเสี่ยงต่อการสำลักได้ง่าย 4. จัดอาหารให้เหมาะสมกับโรคคือเหลวข้นตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร ควรดูแลรักษาความสะอาดช่องปาก ล้างเศษอาหารที่ติดข้างกระพุ้งแก้มด้านอัมพาตออกให้หมดโดยการบ้วนปากและแปรงฟันทุกวัน 5. On NG-tube feeding ตามแผนการรักษา ของแพทย์ 6. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 45องศา ขณะ feed อาหาร และหลัง feed

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ถึงความสะอาด ไม่มีปมหรือเงื่อน ที่อาจทำให้เกิดแผลจากการนอนทับ โดยแนะนำญาติให้ดำเนินการดังนี้ 4.1 ที่นอนของผู้ป่วย ควรเป็นที่นอนแน่น ไม่นุ่ม ไม่แข็งเกินไป หรือฟูกหนาเพื่อช่วยกระจายแรงกดบริเวณ ด้านต่างๆของร่างกาย 4.2 ผ้าปูที่นอนสะอาด ไม่อับชื้น ต้องขึงตึงไม่มี รอยย่น รอยยับ เพื่อป้องกันไม่ให้ถูไถกับผิวหนังของผู้ป่วย จนเกิดแผลกดทับขึ้นได้ 4.3 เสื้อผ้าไม่มีตะขอหรือเข็มกลัดที่อาจทำให้เกิดแผลได้ 4.4 ดูแลและจัดท่าของร่างกายของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆใน ท่าที่ถูกต้องเหมาะสม 4.5 ดันปลายเท้าด้วยไม้ยันเท้า รักษาระดับให้อยู่แนวเดียวกับขาและจัดส้นเท้าไม่ให้กดทับกับที่นอน 4.6 ในท่านอนหงาย จัดท่านอน โดยใช้ม้วนผ้า สอดด้านนอกสะโพก ป้องกันการหมุนของข้อสะโพก 4.7 จัดแขนและมือให้อยู่ในท่าที่สามารถใช้งาน ได้ต่อไป คือ ข้อศอกงอเล็กน้อย ข้อมือเหยียด มือกำม้วนผ้า หรือลูกบอลยาง และวางมือไว้บนหมอนให้สูงกว่าระดับ หัวใจเพื่อป้องกันการบวม 4.8 ดูแลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทุก 2-4 ชั่วโมง 4.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเองบนเตียง หรือ ลุกเดินช่วยตัวเองบ่อยๆ 4.10 สอนญาติและผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมบริหาร ตนเองและกิจวัตรประจำวันอย่างเป็น ขั้นตอน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามความสามารถ 4.11 แนะนำ สาธิต และฝึกให้ผู้ป่วยทำ กายภาพบำบัด โดยเริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความจำเป็นก่อน ตามลำดับ ก) ให้ผู้ป่วยประสานมือ 2 ข้างเข้าด้วยกัน เหยียด ข้อศอกตรง แขนแนบหู และให้ผู้ป่วยมองตามมือทั้ง 2 ข้าง ขณะทำ แล้วยกแขนลงให้ฝึกบ่อยๆอย่างน้อย 20-30 ครั้ง ต่อวัน ข) แนะนำญาติให้ช่วยทำ Passive exercise ให้ กับผู้ป่วยเช่น งอแขนเข้า-เหยียดแขนออก ให้ฝึกบ่อยๆอย่าง น้อย 20-30 ครั้งต่อวันในแต่ละข้าง งอขาเข้า-เหยียดขาออก ให้ฝึกบ่อยๆอย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวันในแต่ละข้าง ค) แนะนำสอนให้ผู้ป่วยหดเกร็งกล้ามเนื้อขา 2 ข้าง ดังนี้ เหยียดขา 2 ข้างออกไปให้สุด ใช้มือรองใต้เข่า ผู้ป่วยข้างที่กำลังฝึก จากนั้นแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามกดเข่าข้างนั้นลงให้ติดพื้นเตียงให้มากที่สุด ให้ฝึกบ่อยๆอย่าง น้อย 20-30 ครั้งต่อวันต่อข้าง **<u>การประเมินผล</u>** 1. ผู้ป่วยไม่พลัดตกหกล้มทั้งขณะนอนบนเตียงหรือทำกิจกรรม 2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน การรับประทานอาหาร เดินต้องมีคนคอยพยุงและใช้ walker ช่วยในการเดิน 3. ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้อลีบเล็ก/ยังมีแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง 4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะข้อติดแข็ง	อาหาร 15-30 นาที 7. สังเกตอาการสำลัก 8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินผล 1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ **<u>ประเมินผล</u>** 1. ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ขณะฝึกกลืนมีสำลักอาหาร 1 ครั้ง 2. ขณะรับประทานอาหารกลืนอาหารได้ไม่สำลัก 3. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.4องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/74 mmHg **<u>มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารน้ำและอาหาร</u>** **<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>** 1. ประเมินสารอาหารและพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละวัน คือ ปริมาณจำนวนอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อ ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้มากขึ้น โดยอธิบายความจำเป็นและเห็นความสำคัญของสารอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานต่อการส่งเสริมการหายของโรค 2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกลไกของการเคี้ยวและการกลืนที่ผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวล ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพิ่มมากขึ้นในแต่ละมื้อ โดยกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น 3. เสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร การเคี้ยวและการกลืน โดยให้กำลังใจผู้ป่วย 4. ดูแลจัดอาหารอ่อนที่เคี้ยวและกลืนได้ง่ายให้ผู้ป่วยรับประทาน 5.ฝึกการเคี้ยวและการกลืนที่ถูกวิธีเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น 6. หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้มากขึ้น หรือมีอาการสำลักอาหารมากขึ้น รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา เช่น การให้อาหารทางสายยาง 7. ดูแล Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง 8. Observe skin turgor ริมฝีปาก และอาการ Hypoglycemia เป็นระยะ 9. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง **<u>ประเมินผล</u>** 1. ไม่มีภาวะ Hypoglycemia DTX 134 mg% 2. Skin turgor ปกติ ริมฝีปากไม่แห้ง 3. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ 4. ระดับความรู้สึกตัวปกติ 5. ปัสสาวะออก > 30 ml /hr **<u>10. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียการเคลื่อนไหว</u>**

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	6. แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและกิจกรรมการรักษาพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยการสังเกต และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและสอบถามข้อสงสัย 2. อธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ตามความเหมาะสมและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยเข้าใจ 3. จัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการนอนหลับ ตามความเหมาะสม เช่น ย้ายเตียงผู้ป่วยให้ไปอยู่ใน zone ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติไม่มากเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่มีเสียงที่รบกวนจากการที่มีผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ ได้แก่ ลดเสียงจากเครื่องช่วยหายใจ monitor ต่าง ๆ ลดเสียงของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงาน ดูแลเรื่องความสุขสบาย 4. แนะนำในเรื่องต่อไปนี้ สิ่งที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ สิ่งที่ส่งผลให้นอนไม่หลับ วางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสม 5. รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เพื่อที่จะพิจารณาในการให้ยาแก่ผู้ป่วย **ประเมินผล** 1. ผู้ป่วยนอนหลับได้ 4-6 ชั่วโมง/วัน มีตื่นเวลากลางคืน แล้วมาหลับต่อในช่วงเช้า 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อาการอ่อนเพลียดีขึ้น 3. ไม่มีอาการง่วงนอน 4. มีอาการหงุดหงิดบ้างในบางครั้ง 5. สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นการล้างหน้า แปรงฟัน และรับประทานอาหาร **7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้น** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ พูดคุยด้วยท่าทีอ่อนโยนแสดงความเป็นมิตร 2. ประเมินระดับความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัว ที่ต้องปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัว 3. สอน แนะนำญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การรักษา พยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ดังนี้ 3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงโรค ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการนอนนาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัสสาวะเองไม่ได้ เช่น ปอด อักเสบ ติดเชื้อ แผลกดทับ เป็นต้น	**ของร่างกาย** **กิจกรรมการพยาบาล** 1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ พูดคุยด้วยท่าทีอ่อนโยนแสดงความเป็นมิตร 2. ประเมินระดับความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัว ที่ต้องปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัว 3. สอน แนะนำญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค ภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การรักษา พยาบาล เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้สามารถป้องกันภาวะ แทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ดังนี้ 3.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงโรค ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคอันเนื่องมาจากการนอนนาน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปัสสาวะเองไม่ได้ เช่น ปอด อักเสบ ติดเชื้อ แผลกดทับ เป็นต้น 3.2 อธิบาย ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยว กับการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยง การเกิดภาวะ แทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายท่าต่างๆในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 3.3 การระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ การกระทบ กระเทือนบริเวณศีรษะ การรับประทานอาหารที่เหมาะ สำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4. อธิบายถึงความสำคัญ/แนะนำญาติเกี่ยวกับ การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย ฯลฯ 5. อธิบายการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ความพิการที่จะต้องได้รับการฟื้นฟู 6. เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ระบายความรู้สึกเพื่อ ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ช่วยสร้างขวัญกำลังใจ และความเข้มแข็งของจิตใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆได้ อย่างเหมาะสม 7. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความ จำเป็นที่ต้อง-ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองได้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการปกป้องผู้ป่วยอย่ามากเกินไป แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จ ช่วยจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป และกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง 8. กระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ของ ผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ จัดโทรทัศน์ให้ดู จัดวิทยุให้ฟัง 9. วางแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมร่วม กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น วางแผนการวัดสัญญาณชีพ เป็นเวลา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน มีช่วงเวลาที่เป็นส่วนตัวตามความต้องการของผู้ป่วยบ้าง เป็นต้น 10. ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งการพูดและวิธีการ อื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ 11. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุต่างๆ 12. แนะนำผู้ป่วยและญาติ บุคคลที่ดูแลเกี่ยวกับ การดูแลเรื่องอาหาร ให้ผู้ป่วยรับประทานครบทุกมื้อ กระตุ้น ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3.2 อธิบาย ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยง การเกิดภาวะ แทรกซ้อน เช่น การรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกายท่าต่างๆในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 3.3 การระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ การกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ การรับประทานอาหารที่เหมาะสำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 4. อธิบายถึงความสำคัญ/แนะนำญาติเกี่ยวกับ การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เช่น การดูแลความสะอาด ร่างกาย ฯลฯ 5. อธิบายการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ความพิการที่จะต้องได้รับการฟื้นฟู 6. เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้ระบายความรู้สึกเพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ช่วยสร้างขวัญกำลังใจ และความเข้มแข็งของจิตใจ ในการเผชิญปัญหาต่างๆได้ อย่างเหมาะสม 7. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความ จำเป็นที่ต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองได้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการปกป้องผู้ป่วยอย่ามากเกินไป แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จ ช่วยจัดการกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปและกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง 8. กระตุ้นให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ของ ผู้ป่วย เช่น การอ่านหนังสือ จัดโทรทัศน์ให้ดู จัดวิทยุให้ฟัง 9. วางแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมร่วม กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น วางแผนการวัดสัญญาณชีพ เป็นเวลา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน มีช่วงเวลาที่เป็น ส่วนตัวตามความต้องการของผู้ป่วยบ้าง เป็นต้น 10. ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งการพูดและวิธีการ อื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ 11. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ 12. แนะนำผู้ป่วยและญาติ บุคคลที่ดูแลเกี่ยวกับ การดูแลเรื่องอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานครบทุกมื้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อย 2,500 – 3,000 ซีซีต่อวัน 13. ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมพยาบาลชุมชน เวชกรรมสังคมดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอ **<u>การประเมินผล</u>** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนิน โรคและสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้	2,500 – 3,000 ซีซีต่อวัน 13. ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้ทีมพยาบาลชุมชน เวชกรรมสังคมดูแลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ **<u>การประเมินผล</u>** ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนิน โรคและสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1.เป็นผู้ป่วย Recurrent stroke เคยมีประวัติแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง ตอนอายุ 50 ปี มีประวัติโรคร่วมคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงรักษาประมาณ 10 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน มาโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการขาทั้งสองข้างอ่อนแรง ได้รับการรักษาเบื้องต้น แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ได้มีการประสานผ่านระบบช่องทางด่วน Stroke FAST Tract แพทย์ส่งตรวจ CT Scan Brain

emergency พบมีภาวะสมองขาดเลือด Acute cerebral infractionจากการประเมินซักประวัติเบื้องต้น ผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้การรักษาโดยให้ยา rt-PA ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาต่อที่ unit stroke พบขณะให้ยา rt-PA ผู้ป่วยมีเลือดออกที่บริเวณไรฟัน ไม่active bleed หลังให้ยา rt-PA แพทย์ส่งตรวจ CT Scan brain ไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง ระดับความรู้สึกตัวปกติ กำลังแขนขาปกติเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ยังพบมุมปากด้านซ้ายเบี้ยว มีลิ้นแข็ง แพทย์พิจารณาส่งconsult แพทย์ PM&R ฝึกการกลืนและ consult นักกายภาพ ในเรื่องการออกกำลังกาย หลังจากให้การรักษาพยาบาลอาการผู้ป่วยทุเลาสามารถรับประทานอาหารได้เอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ แพทย์จำหน่าย ให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน และนัด ติดตามอาการเพื่อประเมินผลการรักษา 2 สัปดาห์ ที่คลินิก stroke

ประเด็นสำคัญคือการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยตั้งแต่ Pre Hospital การเข้าระบบช่องทางด่วน การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป พยาบาลซักประวัติเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเบื้องต้น ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งสัญญาณชีพ ความผิดปกติทางระบบประสาท การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) กระบวนการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (Acute care) การเฝ้าระวังขณะที่ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA อาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้นทั้งขณะให้ยาหรือหลังจากรับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ส่วนพยาบาลที่Unit Stroke ให้การพยาบาลต่อจากห้องฉุกเฉิน ให้การดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย รวมทั้งให้คำแนะนำการป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

กรณีศึกษารายที่ 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิด Right frontal infraction เป็นผู้สูงอายุ อายุ 71ปี มีภาวะโรคร่วมคือ Anemia, DM type II and Acute urinary Retention รักษาอาการเจ็บป่วยมากว่า 15 ปี รักษาด้วยการรับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน ขณะเจ็บป่วยมีอาการแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง มีมุมปากด้านซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง วินิจฉัยด้วยการซักประวัติอาการผิดปกติทางระบบประสาทและส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบสมองขาดเลือด Acute right frontal infraction กรณีศึกษา Onset to door 5 ชั่วโมง ร่วมกับมีภาวะโรคร่วม NIHSS 21 คะแนน จึงมีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง ขณะดูแลผู้ป่วยมีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ร่วมกับมีปัญหาการกลืนและการเคลื่อนไหว มีแขนและขาด้านซ้ายอ่อนแรง Motor power 0 คะแนน ประเมิน Barthel activity of Dialy Living Index (ADL) 10 คะแนน ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายให้ไปรับยาต่อเนื่องที่บ้าน และนัด ติดตามอาการเพื่อประเมินผลการรักษา 2 สัปดาห์ ที่คลินิก stroke การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้ประเมินสภาพผู้ป่วยและการให้ญาติและผู้ดูแลมีส่วนร่วม

โรคหลอดเลือดสมองหลังจากการรักษาในรายนี้ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาจากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความสำคัญคือ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย มีความสามารถในการปฏิบัติชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันชนิดเฉียบพลันทั้งที่เข้าระบบการรักษาแบบประคับประคองและรักษาแบบเข้าช่องทางด่วนที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA ภายใน 24 ชั่วโมงแรกการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการประเมินอาการและให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้โดยเร็วและให้รักษาอย่างทันท่วงทีลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA

อีกทั้งลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคแทรกซ้อนจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานหรือการมีระดับไขมันในเลือดสูง อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วควรได้รับการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดความพิการแก่ร่างกายมากขึ้นและป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลตั้งแต่ระยะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการเฝ้าประเมินติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายและส่งต่อดูแลต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ประสานการดูแลสุขภาพทั้งที่บ้าน ชุมชนและเครือข่ายสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

1.The National Institute of Neurological Disorder and stroke rt-PA Stroke study group. (2012). Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. **N Engl J Med**, 333(24),1581-7.

2.McGillivray, B. & Considine, J.(2009). Implementation of evidence into practice : Development of a tool to improve emergency nursing care of acute stroke. **Australasian Emergency Nursing Journal,**(12),110-119.

3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผน**. (2560)**

4. American Stroke Association.(2018) Guideline for the early Management of patient With Acute Ischemic Stroke. Retrieved january 10,2018, from https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/ Protocols

5.Adams HP, Adams RJ, Brott T, et al. .(2003). Guidelines for the early management of patient with ischemic stroke: **a scientific statement from the Stroke Council of American Association. Stroke**.;34(4):1056-83.

6.นิจศรี ชาญณรงค์. (2552). **การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

7. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย.(2550).**แนวทางการรักษาโรค หลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำ.** กรุงเทพฯ:สถาบันประสาทวิทยา.

8.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์. (2555). **แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:หจก.จีซัคเซส พริ้นติ้ง.

9.สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2559-2561).

รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธสำหรับผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

A MODEL FOR ENHANCING HEALTH IN BUDDHIST HEALTH FOR THE ELDERLY IN MUEANGKAO SUBDISTRICT, MUEANG DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE

พระวีระชาติ ธีรสิทฺโธ (เพ็งแจ่ม)[1], พระโสภณพัฒนบัณฑิต[2], พระมหาดาวสยาม วชิรปญฺโญ[3],

Phra Weerachat Dhirasiddho (Pengjam),Phrasoponpatthanabandit,

Phramaha Daosayam Vajirapañño

(Received: October 5 ,2018; Accepted: November 30, 2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 2) ศึกษาการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา และ 3) รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการกำหนดกลุ่ม เป้าหมายด้วยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ พระสงฆ์ สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเมืองเก่า ผู้นำท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้สูงอายุ จำนวน ๓๑ รูป/คน นำแบบสัมภาษณ์ลงสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ๑. พระสงฆ์ ๒. สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเมืองเก่า ๓. ผู้นำท้องถิ่น ๔. เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ๕. ผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีพรรณนาวิเคราะห์ตามหลักอุปนัยวิธี

ผลการวิจัยพบว่าสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพร่างกายเสื่อมถอยความคล่องแคล่วว่องไวเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพ มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง หวาดกลัวภัยต่างๆ นานา กลัวถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ปัญหาครอบครัว ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาสูง ร่างกายเสื่อมลงตามอายุขัย เข้าสังคมน้อยลง จิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด เหงาเครียด ความจำเสื่อม หลงลืม และขาดสมาธิ จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น มีฐานะยากจน ผู้ดูแลมีจำนวนลดลง และมีความเครียดสูง การเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น นำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้ได้รับประโยชน์สุข ตั้งแต่ขั้นต้นในการลงมือปฏิบัติ ได้แก่ หลักไตรลักษณ์ เป็นความทุกข์ที่เกิดขึ้น เพียงเราเข้าไปยึดว่าเป็นความสุข ซึ่งเกิดจากการปรุงแต่งของจิต โดยมีหลัก ศีล สมาธิ ปัญญา รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า ได้แก่ 1) ด้านกาย พิจารณาถึง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเน้นการดูแลตนเอง ครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพา 2) ด้านสังคม มีจิตอาสา บำเพ็ญประโยชน์ ร่วมกิจกรรมสังคม เน้นการเสริมคุณค่าในตน 3. ด้านจิตใจมีสุขภาพจิตดี ยิ้มแย้ม และ 4) ด้านปัญญาภาวนา เข้าใจหลักสัจธรรมทำให้จิตใจเบิกบานและมีความสุข ดังนั้น สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความเจริญของประเทศชาติ จึงควรใช้หลักธรรมเป็นดั่งเข็มทิศชี้ทางในการจัดการสุขภาวะ

คำสำคัญ : สุขภาวะเชิงพุทธ, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The objectives of this research were 1) to study well-being of the elderly at Muaeng Kao sub-district, Muaeng district, Khon Kaen province. 2) to study the enhancing Buddhist health principles of the elderly at Muaeng Kao sub-district, Muaeng district, Khon Kaen province. 3) to present a model for enhancing in Buddhist health of the elderly at Muaeng Kao sub-district,

[1] นิสิตหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนามหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

[3] ผู้ช่วยศาสตรจารย์ อาจารย์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

Muaeng district, Khon Kaen province. It was qualitative research by collecting data from academic documents and in-depth interview form. Data were analyzed by descriptive method according to inductive method.

The results of research were found that state of the elder problems i.e. deteriorated their physical condition and not active, its also had been changed, moody, no confident, fear of various dangers, fear of being abandoned by family, the elder persons were in high dependency age. The body deteriorates with age. They were less social, easy changing mind, moody, lonely, stressed, amnesia, memory loss and lack of concentration. Increasing number of elder people were poor, the number of caretakers had decreased. They were in high stressed. The principles of enhancing in Buddhist health for the elderly at Muaeng Kao sub-district, Muaeng district, Khon Kaen province. To apply in life style for getting benefits from the beginning of practice i.e. the Three Characteristics, its were suffering because clinging in happiness which it happened from mind manipulation by precept, concentration and wisdom. The models of enhancing in Buddhist health for the elder persons at Muaeng Kao sub-district, Muaeng district were 1) body aspect was considerate to the healthy elder persons by emphasis on self - caretaker and family member take care. 2) precept (Sila Bhavana) : they believed in the law of Kamma (law of action), merit and sin, voluntary spirit, benefit the public, join social activities by emphasis on self-enhancement. 3) mind aspect : they had a good mental health and smiling. 4) Pannabhavana : they understood the truth and its made their cheerful heart and happy, so, the elderly health was a factor that effect the prosperity of the country. It also should use Dhamma Doctrines like a compass pointing the way to managing well-being.

Keywords : BUDDHIST HEALTH, ELDERLY PERSON

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากซึ่งถือว่าหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมต่างๆในสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น การเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นเรื่องของธรรมชาติที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ฉะนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องปรับตัว ซึ่งการปรับตัวหมายถึง กระบวนการที่บุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันโดยการจัดการ แก้ไข ต่อสู้และปรับปรุงตนเองเพื่อให้อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี [1]

ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อันเนื่องจากความสูงอายุของตนเองอีกด้วย ดังนั้นปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีความตระหนักว่าความเป็นผู้สูงอายุต้องมีการเรียนรู้ เพื่อจะได้ปรับตัวต่อสภาวะความเป็นผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับตัวต่อภาวะความเป็นวัยสูงอายุของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุอย่างเป็นผลดีต่อสังคมโดยส่วนรวม [2] สำหรับการปรับตัวปรับใจคงอยู่ที่การพยายามยอมรับตัวเอง สังขารย่อมเปลี่ยนแปลงไปเป็นธรรมดา จากวันที่มีคนนับหน้าถือตาในที่ทางานก็อาจจะต้องอยู่บ้านทางานเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนตัวเองเพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขแม้จะสูงวัยแต่จาเป็นต้องเคารพตัวเองและผู้อื่นอยู่เสมอ กับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี กฎกติกาของสังคม ค่านิยมและวัฒนธรรมของคนรุ่นใหม่ ปรับใจยอมรับสิ่งใหม่ๆ ก้าวให้ทันความคิดของคนรุ่นใหม่ โดยพยายามปรับจูนความคิดเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยกับลูกหลานและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ปรากฏการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป เหล่านี้ล้วนเป็นวิธีการที่สำคัญ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพจิตให้มีความสุขตามควรแก่ฐานะ ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตหรือปัจฉิมวัย พึงดำรงตนอยู่ในหลักธรรมที่เหมาะสมแก่ตน เพื่อให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และรู้จักการปล่อยวางต่ออารมณ์ต่างๆ

“สุขภาวะเชิงพุทธ” คือภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกัน

เป็นองค์รวมอย่างสมดุล“ปัญญา” หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมื่อมีการบัญญัติคำว่าสุขภาวะขึ้นมา [3] สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัวชุมชนและสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลสุขภาวะทางทางจิตวิญญาณในปัจจุบันใช้คำว่า สุขภาวะด้านปัญญา หมายถึง ความฉลาดรู้ นำไปสู่ชีวิตที่สมดุล สุขภาพนี้ได้มีการเปลี่ยนจุดเน้นเดิม ซึ่งพูดถึงเรื่องการแก้ปัญหาเมื่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บขึ้นแล้วเป็นหลัก ต่อมาได้เน้นในเรื่องของการป้องกันหรือการสร้างเสริมสุขภาพก่อนที่จะเกิดโรคขึ้นควบคู่กันไปด้วย โดยเชื่อว่าวิธีการดังกล่าวนี้จะช่วยให้เราสามารถที่จะสร้างสุขภาพได้ดีกว่า หรือพูดในภาษาที่สั้นๆ เน้นที่การสร้างนำซ่อม การเปลี่ยนแปลงบทบาทพฤติกรรมสุขภาพจาก “เชิงรับ” มาเป็น “เชิงรุกในทุกความหมายและทุกมิติ ในเรื่องสุขภาวะและการเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมดังกล่าว เป็นหลักที่จะวัดผลสุขภาวะด้านต่างๆของการพัฒนาชีวิตว่าได้รับการพัฒนาครบถ้วนหรือไม่ วัดผลได้เช่นเดียวกับการวัดผลเป้าหมายของมรรคมีองค์แปดหรือไตรสิกขา โดยใช้หลักพุทธศาสนาด้วยภาวนา 4 [4]กายภาวนา ศีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา

ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นชุมชนขนาดใหญ่ เป็นชุมชนเมืองและมีหลากหลายครอบครัว หลายอาชีพอยู่ร่วมกันในชุมชน มีผู้สูงอายุอยู่ 3,965คน [5]อาศัยอยู่ในแทบทุกครัวเรือนทั้งเพศชายและเพศหญิง มีทั้งครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยายปะปนอยู่ในหมู่บ้านแต่ละครอบครัวจะแตกต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแก่สุขภาวะของผู้สูงอายุ ด้วยปัญหาที่กล่าวไว้นี้ ผู้วิจัยสนใจการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่าอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาวะด้วยการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาใช้ประโยชน์และเป็นการเผยแพร่ในวงกว้างและเป็นประโยชน์ต่อสังคมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจโดยสำรวจจากเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในภาคสนาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 กลุ่ม โดยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายด้วยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ พระสงฆ์ สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเมืองเก่า ผู้นำท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้สูงอายุ จำนวน 31 รูป/คน นำแบบสัมภาษณ์ลงสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1. พระสงฆ์ 2. สมาชิกสภาเทศบาลตำบลเมืองเก่า 3. ผู้นำท้องถิ่น 4. เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5. ผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เป็นแบบบันทึกการสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ชื่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญ วันที่ ช่วงเวลา สถานที่สัมภาษณ์ สัมภาษณ์ครั้งที่ ชื่อผู้สัมภาษณ์ บทสัมภาษณ์

ข้อมูลที่เป็นแบบวิเคราะห์การสัมภาษณ์เจาะลึก/การสนทนากลุ่ม หรือสัมมนากลุ่มย่อย ซึ่งประกอบด้วยชื่อผู้ให้ข้อมูล ชื่อผู้สัมภาษณ์ คำหลักบรรยาย เหตุการณ์/สถานการณ์ และการตีความเบื้องต้นแล้วจึงทำการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1.สุขภาวะของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ปัญหาด้านครอบครัวและสังคมของตำบลเมืองเก่า พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยบางคนมีปัญหาทางครอบครัว เป็นตัวแทนของลูกหลานที่ไปทำงาน ดูแลบ้านทุกอย่างแทนหลาน บางคนเจ็บป่วยไปร่วมกิจกรรมของสังคมได้ไม่ได้ด้านครอบครัวเกิดความขัดแย้งที่ไม่เข้าใจกันระหว่างลูกหลานกับผู้สูงอายุ แต่เป็นเพียงปัญหาเล็กน้อย ผู้สูงอายุบางคนชอบอยู่คนเดียวอยากช่วยเหลือตัวเองโดยไม่พึ่งลูกหลาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา มีรายได้จากบำนาญ จากการประกอบอาชีพ มีเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ บางครอบครัวสามีเป็นข้าราชการบำนาญภรรยาเป็นแม่บ้านภรรยาก็ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือภรรยามีบำนาญสามีไม่มีบำนาญแต่ก็รับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุบางรอบครัวได้รับเงินบำนาญได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูกหลานส่งเงินมาให้เป็นรายเดือน มีเงินออมเก็บไว้

ดังนั้นจากการศึกษาปัญหาสุขภาวะของผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัญหาด้านร่างกายของตำบลเมืองเก่าเป็นไปตามความเสื่อมของร่างกาย ปัญหาบางอย่างของร่างกายเกิดจากกรรมพันธุ์ทำให้เจ็บป่วย และการใช้ร่างกายทำงานมากเกินไป รับประทานอาหารตามใจตนเอง ตำบลเมืองเก่า นี้จะระวังดูแลรักษาสุขภาพร่างกายตนเองอยู่เสมอ ตรวจโรคประจำปีทุกครั้ง ฟังคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เข้ามาให้ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูองอายุ ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ของตำบลเมืองเก่า บางคนกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวการอยู่คนเดียว บางคนเป็นโรคซึมเศร้า ทำใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ บางคนเวลาเหงา ก็หาทางออกโดยการร้องเพลง ตำบลเมืองเก่า ส่วนใหญ่สุขภาพจิตดี ร่าเริง แจ่มใส

ปัญหาด้านครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้ที่ประกอบอาชีพค้าขายหรือประกอบอาชีพส่วนตัว เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย บางคนมีปัญหาทางครอบครัว เป็นตัวแทนของลูกหลานที่ไปทำงาน ดูแลบ้านทุกอย่างแทนหลาน บางคนเจ็บป่วยไปร่วมกิจกรรมของสังคมได้ไม่ได้ด้านครอบครัวเกิดความขัดแย้งที่ไม่เข้าใจกันระหว่างลูกหลานกับผู้สูงอายุ แต่เป็นเพียงปัญหาเล็กน้อย ผู้สูงอายุบางคนชอบอยู่คนเดียวอยากช่วยเหลือตัวเองโดยไม่พึ่งลูกหลาน

ปัญหาด้านเศรษฐกิจและรายได้ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหามีรายได้จากบำนาญ จากการประกอบอาชีพ มีเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ บางครอบครัวสามีเป็นข้าราชการบำนาญภรรยาเป็นแม่บ้านภรรยาก็ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือภรรยามีบำนาญสามีไม่มีบำนาญแต่ก็รับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุบางรอบครัวได้รับเงินบำนาญได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูกหลานส่งเงินมาให้เป็นรายเดือน มีเงินออมเก็บไว้

2. การเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา

การส่งเสริมสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตามหลักพุทธธรรมนี้มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านกาย ปัญหาด้านจิต ปัญหาด้านสังคม และด้านปัญญา มีความเป็นองค์รวม จึงจะเป็นปรัชญาแห่งสุขภาวะที่ดี โดยพิจารณาทุก ๆ องค์ประกอบของร่างกาย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านปัญญา ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่จะพิจารณาสุขภาวะจากปฏิกิริยาความสัมพันธ์ระหว่างกาย สังคมหรือสภาพแวดล้อม จิตใจ จิตวิญญาณหรือปัญญา ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาวะที่ดีที่สุด จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุแต่ละคนมีศักยภาพความสามารถในการจัดการพึ่งพาตนเองไม่เท่ากัน บริบทปัจเจกบุคคลของการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ดี เป็นลักษณะการพึ่งพาตนเอง คือทางสายกลาง ระบบเครือญาติเป็นแกนหลักสำคัญในบริบทแห่งวิถีตำบลเมืองเก่า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพและบริบทชุมชนมีการไปมาหาสู่กันเป็นประจำโดยเฉพาะเป็นชุมชนพุทธศาสนา

การนำหลักธรรมคำสอนมาใช้ในการดำเนินชีวิต มีการบูรณาการคือการจัดการสุขภาวะของตนเอง หลักพึ่งตนเองคือทางสายกลาง ยกตัวอย่าง บริบทปัจเจกบุคคล

ให้มีการเตรียมกายใจ พอเข้าวัยสูงอายุ 60 ปีเรียกผู้เชี่ยวชาญชีวิต เมื่อมีปัญหาว้าเหว่ มีการจัดการให้จิตเข้มแข็งโดยนำหลักทางศาสนามาเชื่อม จึงเป็นทางออกที่ดี เพิ่มกระบวนการนี้ในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม บริบทของระบบสาธารณสุข พบว่า หน่วยงานรัฐมีแนวปฏิบัติที่ดีในการบูรณาการทั้ง 4 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ นอกจากนี้มุ่งไปที่วิถีชีวิต ในการทำมาหากิน จึงจะได้สุขภาพทั้งหมดระบบการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุ มีความจำเพาะสอดคล้องครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม จากการสัมภาษณ์ พบว่า การมีทัศนคติที่ดีต่อความสูงอายุของผู้นำชุมชนและคนในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งในการจัดการสุขภาพให้ได้อย่างเหมาะสมและกิจกรรมเสริมคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี บุคคลในครอบครัวสามารถไปประกอบอาชีพได้ ลูกหลานมีความสุข ผู้สูงอายุก็พลอยมีความสุขตามไปด้วย หากลูกหลานหรือคนในครอบครัวมีสุขภาพไม่แข็งแรง ต้องคอยดูแลผู้สูงอายุก็จะไม่มีความสุข สุขภาพของผู้สูงอายุจึงส่งผลต่อความสุขของครอบครัว เป็นเสมือนเงาสะท้อนซึ่งกันและกัน

ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเกื้อกูลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชน คือสายใยความเป็นเครือญาติช่วยเหลือเกื้อกูลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การประกอบอาชีพที่คำนึงถึงความปลอดภัย มีบางพื้นที่ที่ปลูกผักปลอดสารพิษ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารที่ปลอดสารเคมี มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรค เป็นอาหารย่อยง่าย มีสถานที่ออกกำลังกาย ให้ความสำคัญในการจัดการสุขภาพแบบพึ่งตนเอง คือทางสายกลาง ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต มีการระวังความเสี่ยงต่อสุขภาพมากขึ้น ในรายที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีแนวคิดแก้ปัญหาด้วยตนเอง กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการรับประทานอาหารพอประมาณ ออกกำลังกายด้วยการเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน แกว่งแขน ร่วมกิจกรรมทางสังคม ชอบเข้าช่วยเหลือสังคม มีจิตอาสา บำเพ็ญประโยชน์ ร่วมกันไปเยี่ยมผู้เจ็บป่วยทั้งที่บ้านและในโรงพยาบาล ทำให้ตนเองยังรู้สึกว่ามีคุณค่า เป็นที่ปรึกษา ชุมชนให้ความเคารพ ส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับประเพณีทางศาสนาวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น งานปีใหม่เมืองหรือช่วงสงกรานต์ เมื่อลูกหลานกลับไปเยี่ยมผู้สูงอายุจะพูดคุยกันอย่างภาคภูมิใจจิตใจแจ่มใส จิตใจดี ให้ยิ้มบ่อย ๆ ไม่เครียด ไปวัด ไหว้พระ สวดมนต์ ทำบุญตักบาตร ผู้สูงอายุกับวัดจึงมีความเชื่อมโยงกัน

เมื่อบุคคลในบ้านมีการเจ็บป่วย ได้มอบหมายให้คนใดคนหนึ่งในครอบครัวเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตร เป็นสามีภรรยา เป็นพี่ และยังพบว่ามีผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นญาติกันมาก่อนด้วย ถือว่าเป็นการตอบแทนบุญคุณ ไม่เป็นภาระ ดูแลด้วยความเมตตาเอื้ออาทร เอาใจใส่ และมีรายหนึ่งที่พบว่า ไม่ได้เป็นญาติกันมาก่อน แต่ยังคงให้การดูแล เนื่องจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุท่านนั้น ได้เสียชีวิตไปหมดแล้ว มีความเชื่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจด้านศาสนา เชื่อกฎแห่งกรรม บุญ บาป การทำความดี ทางชุมชนยังให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ มีการรดน้ำดำหัวท่านในวันผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี จากระบบบริการสาธารณสุขได้รับการจัดการที่ดีขึ้นทั้งในส่วนตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทำให้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีอายุยืนมากขึ้น ความสัมพันธ์กับคนในชุมชนมากขึ้น ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจ ไม่เหงา และร่วมกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น พระได้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจชีวิตที่ถูกต้อง ระบบสนับสนุนทางสังคม ทุนทางสังคม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ ช่วยเยียวยาเสริมคุณค่าในตัวเองให้แก่ผู้สูงอายุ และการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ มีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งท้องถิ่น ท้องที่ ท้องทุ่ง และกองทุน จัดทำแผน งบประมาณได้เพียงพอดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และบริบทด้านระบบสาธารณสุข เช่น การตรวจเลือดหาสารเคมีตกค้างในร่างกาย การให้ความรู้แก่ประชาชนในการใช้สารเคมีในการเกษตร ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดการความเครียด การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น การช่วยเหลือผู้สูงอายุตามโครงการของรัฐ เช่น เบี้ยยังชีพ ผู้พิการ ผู้มีรายได้น้อยเป็นต้น นอกจากนี้ระบบจัดการสุขภาพของชุมชน ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ มีการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้หรือด้อยโอกาสหรือไม่มีผู้ดูแล เช่น กิจกรรมคาราวานบุญ การปรับปรุงที่อยู่อาศัย การให้เกียรติ ยกย่อง เคารพผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น โดยเฉพาะความศรัทธาในพระพุทธศาสนายังเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้สูงอายุ

ผู้ดูแล เมื่อเจ็บป่วยก็มีการเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจกัน การใช้หลักธรรมในการดำเนินชีวิต ทาน ศีล ภาวนา การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี และโดยภาพรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ

หลักสำคัญในการจัดการสุขภาวะของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ มีจุดเด่นด้านคุณธรรมคือการพึ่งตนเอง ให้การดูแลด้วยความกตัญญู มีเมตตา และความเอื้ออาทร คือพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุดและมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต โดยทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเองต่อผู้อื่น ต่อชุมชนและต่อสังคมการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุตามหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านปัญญา อธิบายได้ว่า

1. การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกาย หรือกายภาวนา ปัจจัยที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตให้พิจารณาถึงคุณค่าแท้ และประโยชน์ใช้สอย ด้วยปัญญา ให้การดูแล ว่าด้วยสิ่งที่สบาย เกื้อกูล ได้แก่ (1) ที่อยู่เหมาะสม ปลอดภัย (2) มีอาหารบริบูรณ์ (3) พูดคุยให้กาลังใจ (4) บุคคลที่ถูกกัน ไม่มีคนร้าย (5) อาหารที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ (6) ดินฟ้าอากาศธรรมชาติแวดล้อมที่เหมาะ และ (7) อิริยาบถที่เหมาะกัน และในการดูแลนั้นถือเป็นการตอบแทนคุณ ไม่ถือว่าเป็นภาระ ย่อมแสดงถึงความกตัญญูกตเวที

2. การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านสังคม หรือศีลภาวนา มีความเชื่อกฎแห่งกรรมและบุญ-บาป ตามหลักบุญกิริยาวัตถุ 10 ได้แก่ (1) ทาน โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมีจิตอาสา เสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ส่วนผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ครอบครัว ชุมชน สังคม ให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสร้างความรู้สึกอบอุ่น ความมั่นคงปลอดภัย เกื้อหนุนด้านเงินทอง สิ่งของ (2) พูดคุยปรับทุกข์ให้กำลังใจ (3) บำเพ็ญประโยชน์ เครือข่ายมีความเป็นกัลยาณมิตรชุมชนไม่ทอดทิ้ง (4) ให้ความเคารพ การเยี่ยมผู้ป่วยถือว่าได้ทั้งบุญและมีความสุข อดทน เสียสละ รับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

3. การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านจิตใจ หรือจิตภาวนา ฝึกจิตให้มีคุณภาพ มีสุขภาวะจิตที่ดี ยิ้มบ่อย ๆ ไม่ต้องเครียด ปล่อยวาง ผู้ดูแลใช้หลักการบริบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ มีเมตตาเป็นกัลยาณมิตร ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ทำหน้าที่บริบาลกับผู้ป่วยและ

ญาติ นับเป็นสิ่งแรกที่สำคัญที่สุด การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ ครอบครัวชุมชนช่วยกันดูแล เอาใจใส่ห่วงใย อยู่เป็นเพื่อน เยี่ยมเยียน เยี่ยมไข้ ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ระบบสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติที่ดี

ในการจัดการ เข้าถึงจิตใจ สร้างความอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้ มีความรู้จริงทรงภูมิปัญญา เป็นที่น่ายกย่อง เป็นที่ปรึกษาที่ดี อดทนฟัง ไม่เบื่อ ไม่ฉุนเฉียว อธิบายให้เข้าใจ ไม่ชักจูงไปในทางเสื่อมเสีย

4. การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุด้านปัญญา หรือปัญญาภาวนา ผู้สูงอายุในชุมชนมีศรัทธาต่อพระรัตนตรัย นิยมไปวัด ไหว้พระ สวดมนต์ ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทั้งในระดับสมถะวิปัสสนา

กรรมฐานใช้หลักสติปัฏฐาน 4 เข้าถึงไตรสิกขาว่าด้วยศีล สมาธิ ปัญญา เมื่อผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงธรรมชาติของชีวิต เข้าใจสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามหลักไตรลักษณ์ เมื่อนั้นจิตใจจะสามารถปล่อยวาง ไม่ยึดติดถือมั่นในอุปาทาน นาม รูป กำจัดกิเลสที่เป็นรากเหง้าของทุกข์ได้ เกิดปีติ แจ่มใสสงบมุ่งสู่การบรรลุธรรมแห่งนิพพาน นั่นคือบรมสุขที่แท้จริง

3.รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

หลักสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุเป็นลักษณะองค์รวม ดุลยภาพทั้งกายและใจ มีจุดเด่นด้านคุณธรรมคือการพึ่งตนเอง ให้การดูแลด้วยความกตัญญู มีเมตตา และความเอื้ออาทร คือพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง โดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุดและมีความสุขกายสบายใจในบั้นปลายของชีวิต ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขความพอใจตามอัตภาพ สามารถทำประโยชน์ทั้งต่อตนเองต่อผู้อื่น ต่อชุมชนและต่อสังคม

องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1) การวางแผน (Plan) ได้แก่ นโยบายการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการขับเคลื่อนจากระดับกระทรวง สู่ระดับท้องถิ่น ให้เป็นตำบลสุขภาวะดีแห่งวิถีพุทธ ในลักษณะใหม่ (New Social to Buddhist Movement : NSBM) การกำหนดบทบาทร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนการจัดทำแผนมีความครอบคลุมและบูรณาการ งบประมาณเพียงพอ

2. การปฏิบัติ (Do) กระบวนการปฏิบัติการจัดการสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การสร้างสุขภาพ โดยชุมชนและท้องถิ่น มีความยืดหยุ่น การดำเนินงานเป็นไปตามแผน และ
หน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี จะดูแลสุขภาพตนเอง ตามแบบพึ่งตนเอง หรือหลักการทางสายกลาง การไม่ประมาทปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางพระพุทธศาสนา ด้วยทาน ศีล ภาวนา ทัศนคติหรือมุมมองความคิดในแง่ดีหรือแง่บวกของครอบครัวต่อผู้สูงอายุ เป็นกลไกสำคัญที่สุดในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการ ตามหลักภาวนา 4 แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการด้านร่างกาย หรือกายภาวนาปัจจัยที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตให้พิจารณาถึงคุณค่าแท้ และประโยชน์ใช้สอยจากอายตนะภายในและอินทรีย์ทั้ง 5 ด้วยปัญญา ให้การดูแลเกี่ยวกับสัปปายะ 7 ว่าด้วยสิ่งที่สบาย เกื้อกูล ได้แก่ (1) ที่อยู่เหมาะสม ปลอดภัย (2) มีอาหารบริบูรณ์ (3) พูดคุยให้กำลังใจ (4) บุคคลที่ถูกกัน ไม่มีคนร้าย (5)อาหารที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ (6) ดินฟ้าอากาศธรรมชาติแวดล้อมที่เหมาะและ (7) อิริยาบถที่เหมาะกันและในการดูแลนั้นถือเป็นการตอบแทนคุณ ไม่ถือว่าเป็นภาระ แสดงถึงความกตัญญูกตเวที และบทบาทของคนในสังคม ใช้หลักทิศ 6 ดังนี้ ทิศเบื้องหน้า คือทิศตะวันออก ได้แก่ มารดาบิดา ทิศเบื้องขวา คือทิศใต้ได้แก่ ครูอาจารย์ ทิศเบื้องหลัง คือ ทิศตะวันตก ได้แก่ บุตร ภรรยาหรือคู่ครอง ทิศเบื้องซ้าย คือ ทิศเหนือ ได้แก่ มิตรสหาย ทิศเบื้องล่าง ได้แก่ คนรับใช้และคนงาน ทิศเบื้องบน ได้แก่พระสงฆ์ ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพ

2.2 การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการด้านสังคม หรือศีลภาวนา มีความเชื่อกฎแห่งกรรมและบุญ-บาป ตามหลักบุญกิริยาวัตถุ 10 การปฏิบัติตนอยู่ในศีล 5 มีบุคคลต้นแบบ ชุมชนมีความเอื้ออาทร เกื้อกูลกัน ตามหลักสังคหวัตถุ 4 ได้แก่ (1) ทาน โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีจิตอาสา เสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ส่วนผู้สูงอายุที่มีข้อจากัดด้านการเคลื่อนไหว ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สร้างความรู้สึกอบอุ่น ความมั่นคงปลอดภัย เกื้อหนุนด้านเงินทอง สิ่งของ (2) ปิยวาจาพูดคุยปรับทุกข์ ให้กาลังใจ (3) อัตถจริยา บำเพ็ญประโยชน์ เครือข่ายมีความเป็นกัลยาณมิตร ชุมชนไม่ทอดทิ้ง (4) สมานัตตา ปฏิบัติสม่ำเสมอให้ความเคารพ การเยี่ยมผู้ป่วยถือว่าได้ทั้งบุญและมีความสุข และหลักฆราวาสธรรม 4 ได้แก่ สัจจะ ทมะ ขันติ และจาคะ เป็นการให้ความจริงใจ เคารพอดทน เสียสละ รับฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การเกื้อหนุนด้านสิ่งของ เงินทอง ของใช้ต่าง ๆ การเกื้อหนุนด้านข่าวสาร ผู้สูงอายุยังให้ความสนใจด้านข่าวสารต่าง ๆ ทางด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่นสื่อออนไลน์ เฟคบุ๊ค เป็นต้น

2.3 การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการด้านจิตใจ หรือจิตภาวนา ฝึกจิตให้มีคุณภาพ มีสุขภาวะจิตที่ดี ยิ้มบ่อย ๆ ไม่ต้องเครียด ปล่อยวาง ผู้ดูแลใช้หลักการบริบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ มีเมตตาเป็นพื้นฐาน ตามหลักพรหมวิหาร 4 ได้แก่ เมตตา กรุณา มุทิตาอุเบกขา หลักกัลยาณมิตรธรรม 7 และอิทธิบาท 4 ได้แก่ ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ทำหน้าที่บริบาลกับผู้ป่วยและญาติ นับเป็นสิ่งแรกที่สำคัญที่สุด การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ครอบครัวชุมชนช่วยกันดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย อยู่เป็นเพื่อนเยี่ยมเยียน เยี่ยมไข้ ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ระบบสาธารณสุขมีแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการ เข้าถึงจิตใจ สร้างความอบอุ่นใจ เป็นที่พึ่งได้ มีความรู้จริงทรงภูมิปัญญา เป็นที่น่ายกย่อง เป็นที่ปรึกษาที่ดี อดทนฟัง ไม่เบื่อไม่ฉุนเฉียว อธิบายให้เข้าใจ ไม่ชักจูงไปในทางเสื่อมเสีย

2.4 การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุเชิงพุทธบูรณาการด้านปัญญา หรือปัญญาภาวนาผู้สูงอายุในชุมชนมีศรัทธาต่อพระรัตนตรัย นิยมไปวัด ไหว้พระ สวดมนต์ ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรมทั้งในระดับสมถะวิปัสสนากรรมฐานใช้หลักสติปัฏฐาน 4 เข้าถึงไตรสิกขาว่าด้วยศีล สมาธิ ปัญญา เมื่อผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงธรรมชาติของชีวิต เข้าใจสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามหลักไตรลักษณ์ เมื่อนั้นจิตใจจะสามารถปล่อยวาง ไม่ยึดติดถือมั่นในอุปาทาน นาม รูป กำจัดกิเลสที่เป็นรากเหง้าของทุกข์ได้ เกิดปีติ แจ่มใส สงบ มุ่งสู่การบรรลุธรรมแห่งนิพพาน นั่นคือบรมสุขที่แท้จริง

3. การตรวจสอบ (Check) โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดี ๆ ในการพัฒนาและต่อยอดความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและนวัตกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ด้านจิตใจ อยู่ในระดับดี ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับกลางๆ โดยภาพรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตจำแนกตามอายุ พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่มีอายุมากขึ้นและแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล พบว่าอยู่ในระดับสูง

4. การปรับปรุง (Act) มีการประชุมสัญจรประจำเดือน ปรับปรุงการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยท้องถิ่น องค์กรภาคีเครือข่าย มีความชัดเจน และประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมและผู้สูงอายุมีศรัทธา ความเชื่อในคำสอนของพระพุทธศาสนา ชุมชนมีการนาหลักธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา มาใช้ในการดำเนินชีวิตบนพื้นฐานทางสายกลาง และความพอเพียง

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัญหาสุขภาวะของผู้สูงอายุ ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า เป็นชุมชนเก่าแก่ การเดินทางสะดวก เป็นที่ตั้งของศูนย์ราชการ เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ส่วนใหญ่และมีวัดซึ่งเป็นแหล่งรวมจิตใจของคนในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเป็นสังคมสูงวัย ในอดีตการจัดการสุขภาพในชุมชนได้รับการดูแลแบบเครือญาติ ให้ความเคารพ ศรัทธาต่อผู้สูงอายุ ต่อมาสังคมมีการเปลี่ยนแปลง มีความก้าวหน้าทางวัตถุมากขึ้น บุตรหลานไปเรียนที่อื่น ทำงานต่างถิ่น และเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ประเด็นปัญหาอุปสรรคในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังขาดการบูรนาการในระดับหมู่บ้าน และระดับตำบล ทั้งคน เงิน ของ แผนของผู้สูงอายุทำได้ยังไม่ดีเท่าที่ควร ส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับ งบประมาณที่ได้โดยเฉพาะกองทุนคุณภาพชีวิตยังไม่มาก การบริการยังไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ สภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเองทั้งด้านร่างกายที่มีสภาพเสื่อมไปตามวัย ด้านสังคม เข้าสังคมน้อยลง ด้านจิตใจ เหงา เครียด และด้านปัญญา ความจำเสื่อม หลงลืม อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูง ปัญหาของผู้ดูแลมีจำนวนลดลง มีปัญหาด้านสุขภาพ มีความเครียดสูง ด้านสังคมมีบทบาทเชิงซ้อน และด้านรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ **นายเจริญ นุชนิยม** [6]ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรนาการ” พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย ทางด้านศีล ทางด้านจิต และทางด้านปัญญาให้มีความสามารถในการพึ่งตนเอง เพื่อเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติตนให้อยู่ภายใต้ของหลักศีลธรรม คือ มีความต้องการที่จะงดเว้นจากการทำความชั่วทั้งปวง ทั้งด้านกาย วาจา และใจ เป็นการพัฒนาด้านความประพฤติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นหนทางที่จะช่วยพัฒนาจิตใจสู่ปัญญาที่งอกงาม เพื่อให้ดำรงตนอยู่ได้อย่างมีความสุขนอกเหนือจากปัจจัย 4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ ได้นำหลักธรรม จักร 4 เป็นหลักธรรมตรง และนำหลักธรรมมาเสริมให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ หลักบุญกิริยาวัตถุ 3 หลักไตรสิกขา 3 หลักสังคหะวัตถุ 4 หลักสติปัฏฐาน 4 หลักภาวนา 4 เมื่อนำหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้ใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ เกิดความสามัคคีในกลุ่มสมาชิกมีความรักใคร่ปรองดองห่วงใยต่อเพื่อนสมาชิกทุกคน สอดคล้องกับ**จิราภรณ์ เกศ**

พิชญ์วัฒนา และคณะ[7] ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย พบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมีดังนี้ คือ 1) ความสามัคคีปรองดองของลูกหลาน 2) ความก้าวหน้าของของสมาชิกในครอบครัวบุตรหลาน 3) ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้านได้พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน 4) การได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ช่วยเหลือบุตรหลานในครอบครัว และได้รับการเลี้ยงดูช่วยดูแลในยามเจ็บป่วย 5) ด้านความสงบสุขและการยอมรับ คือการปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ การทำใจให้ยอมรับหรือบางครั้งปลงตกกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวาง หรือควบคุมได้ การได้รับความเคารพนับถือให้เกียรติ จากการให้คำแนะนำและมีผู้นำไปปฏิบัติตาม ความเบิกบานใจที่ได้ร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน การได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบในยามว่าง รวมทั้งมีอารมณ์ขัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา ไม่รู้สึกเบื่อหรือโดดเดี่ยว การตรวจสอบ (Check) ประเมินผลหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ได้ระดับดีเยี่ยม ศูนย์เรียนรู้ มีนวัตกรรมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าด้านจิตใจอยู่ในระดับดีโดยภาพรวมอยู่ในระดับกลาง ๆ และแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล พบว่า อยู่ในระดับสูงการปรับปรุง (Act) มีการประชุมสัญจร เครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างมาก ปรับปรุงให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น ดังนั้น สุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความเจริญของประเทศชาติ จึงควรใช้หลักธรรมเป็นดั่งเข็มทิศชี้ทางในการจัดการสุขภาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, **บุคลิกภาพและการปรับ**, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพแผนกตาราและคำสอน. 2548
2. ศรีเรือน แก้วกังวาน, **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2,** (กรุงเทพมหานคร: สานักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์), 2545
3. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส), **สุขภาพทางจิตวิญญาณ สู่สุขภาพทางปัญญา,** พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : อุษาการพิมพ์, 2546
4. พระไพศาล วิสาโล และสมควร ใฝ่งามดี, "ป่า : รักษาได้โดยไม่ต้องไล่คน" , **พลิกพื้นดินไทยให้เขียวชอุ่ม ทางเลือกใหม่เพื่อการอนุรักษ์สภาพแวดล้อม,** กรุงเทพมหานคร : คณะกรรมการศาสนาเพื่อการพัฒนา, 2536
5. เทศบาลตำบลเมืองเก่าจังหวัดขอนแก่น**, [ออนไลน์] : ที่มา http://www.mueangkao.go.th (31 กรกฎาคม 2562**)
6. เจริญ นุชนิยม**,** “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยวิธีพุทธบูรณาการ”, **ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2560
7. จิราภรณ์ เกศพิชญ์วัฒนาและคณะ**ความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุไทย**.วารสารประชากรศาสาตร์. กันยายน 2544

กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรควัณโรคปอด

Nursing care for patient with TB

นันทนา พัฒนกุล[1]

Nantana Pattanakul[1]

(Received: June 30,2018; Accepted: August 2,2018)

บทคัดย่อ

การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมป้องกันวัณโรค เพราะหากการดูแลรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อไม่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ญาติ ชุมชน รวมทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลก็มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ดังนั้นการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาลโดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะแผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าที่จะพบผู้ป่วยก่อนแผนกอื่นๆ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการคัดกรอง การบริการด้านการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและการดูแลตนเองของผู้ป่วย/การคัดกรองผู้สัมผัสโรค โดยเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติรายงานย้อนหลัง 3 ปี (2559-2561) ทบทวนกระบวนการพยาบาล การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าหลังการทบทวนกระบวนการทางการพยาบาล การปรับปรุงมาตรการต่างๆ มีระบบการกำกับ นิเทศและวางแผนร่วมกับแผนกที่เกี่ยวข้อง การนำปัญหาเข้าสู่คณะกรรมการ สามารถลดอัตราการติดเชื้อในบุคลากรลงได้อย่างมาก จากในปี 2561 มีบุคลากรติดเชื้อ 12 ราย ในปี 2562 เหลือเพียง 3 ราย ได้รับการอนุมัติให้จัดทำห้องแยกโรคในหอผู้ป่วยหนัก(ICU) และมีแผนการแยกโซนโรคทางเดินหายใจเฉพาะของผู้ป่วยนอกโดยใช้งบประมาณของโรงพยาบาลสมุทรปราการ การจัดซื้อพัดลมระบายอากาศเพิ่ม การทำระบบ One Stop TB ติดตั้งเครื่องดูดอากาศที่จุดพ่นยาผู้ป่วยและตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่ทุกปี

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรควัณโรคปอด

Abstract

Nursing care for patients with TB in the hospital is very important for controlling TB prevention. Ineffective caring and preventing spread of infection could have the negative effect on patients, patients' family, communities, and health care providers, which have had the high risk of TB infection. Therefore, the management system for caring patients with TB in the hospital, particularly on the outpatient clinic is very significant matter. It is because the outpatient clinic is the frontier, which the patients can be distributed to the other clinics. The article aimed to study cases of nursing care for patients with TB, which consisted of studying the system of preventing spread of infection in the hospital, the system of screening, outpatient nursing services, patients' self-care, and screening for TB contact. The data were collected by reviewing three years retrospective (2016-2018), nursing process, screening, nursing care for patients with TB, the system of preventing spread of infection in the hospital. The result found that after reviewing nursing process, improving any caring standard, having control, supervise, and plan with the others related clinics. This problem had been proposed to the committees, which could reduce the infectious rate in the health care providers from 12 persons in 2018 to 3 persons in 2019. The isolated room had been approved in the Intensive Care Unit. The isolated zone of the respiratory

[1] โรงพยาบาลสมุทรปราการ

disease had been planned to occur in the outpatient clinic by using budget of Samutprakarn Hospital. The ventilators had been increasingly bought. The TB one stop service had been set. The air cleaner had been installed at the nebulized sectional area. The health care providers will have the health examination yearly.

Keyword: patient with TB

บทนำ

วัณโรค (tuberculosis: TB) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก นอกจากก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ (disease burden) จากการป่วยและเสียชีวิต ยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (economic burden) จากค่าใช้จ่ายการรักษาที่สูงมาก ผลกระทบเกิดทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน ประเทศไทยร่วมกับนานาชาติได้กำหนดเป้าหมายยุติวัณโรค ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง โดยประเทศไทยถูกจัดอันดับให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศจากทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรค โดยประเทศไทยมีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติการณ์วัณโรค ด้านวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistant tuberculosis: MDRTB) และด้านวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) ทั้งนี้ จากการคาดประมาณโดยองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 119,000 คิดเป็นอัตราพบผู้ป่วยใหม่ 172 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมากกว่า 50 เท่า และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 11,900 รายต่อปีหรือประมาณวันละ 33 คน แผนยุติวัณโรคระดับโลกมีเป้าหมายลดอัตราป่วยรายใหม่เหลือ 10 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2578 ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของประเทศไทยอย่างยิ่ง จึงได้จัดลำดับความสำคัญทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับปัญหาวัณโรคให้เป็นกรณีเร่งด่วนและได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อยุติปัญหาวัณโรค ผู้ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพมีโอกาส สัมผัสกับเชื้อวัณโรค และเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคจากการปฏิบัติงานสูงกว่าประชากรทั่วไป [(10)] ซึ่งโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรสุขภาพยังขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล ลักษณะงานที่ให้บริการ ระยะเวลาที่ทำงาน และจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่มารับการรักษา [(10)] โดยเฉพาะหน่วยงานที่รักษาผู้ป่วยวัณโรค มีความเสี่ยงเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง 2.1-3.4 เท่า แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินมีความเสี่ยง 1.9-3.4 เท่า แผนกฉายรังสีและห้องปฏิบัติการ มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค เนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วยโดยที่อาจไม่ทราบว่าผู้ป่วยรายนั้นมีการติดเชื้อวัณโรค ทำให้ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อ โดยมีรายงานพบว่าแพทย์และพยาบาลเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าบุคลากรสุขภาพกลุ่มอื่น การติดเชื้อวัณโรคส่งผลกระทบต่อบุคลากรสุขภาพหลายๆด้านเช่น ทำให้บุคลากรสุขภาพต้องหยุดพักงาน และต้องได้รับการรักษาโดยการรับประทานยารักษาวัณโรคเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6-9 เดือน[(9)] ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาวัณโรค[(8)] นอกจากนี้ การที่บุคลากรสุขภาพติดเชื้อวัณโรคยังส่งผล ทำให้เกิดความเครียด การตำหนิตัวเอง และความวิตกและอาจทำให้บุคลากรเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดปริมณฑล มีความหนาแน่นประชากรสูงประชากรอยู่อย่างแออัด และสภาพอากาศมีมลพิษสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดโรควัณโรค จากสถิติผู้ป่วยวัณโรคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมพบผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 861 , 807 และ 1,895 ราย ตามลำดับ (ปี 2561 มีการรณรงค์คัดกรองครั้งใหญ่จึงมีจำนวนผู้ป่วยสูงมาก) สำหรับโรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 600 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 3,000 ราย มีคลินิกจำนวน 12 คลินิก จากรายงานของโรงพยาบาลสมุทรปราการพบว่าในปี พ.ศ. 2559-2560 มีผู้ป่วยนอกรวม 569,335 , 596,565 และ 753,996 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจจำนวนเข้ารับการรักษา 39,889 , 38,513 และ 39,051 ราย

ตามลำดับ และเมื่อคัดกรองในกลุ่มที่เข้าข่ายสงสัยพบว่าเป็นวัณโรครายใหม่ 300 , 390 และ 295 รายตามลำดับ โดยในจำนวนข้างต้นเป็นวัณโรคปอดเสมหะบวกที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อจำนวน 111, 108 และ 95 รายตามลำดับ และมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลติดเชื้อวัณโรค 3 , 7 และ 12 รายตามลำดับ โดยในปี 2561 มีเจ้าหน้าที่เสียชีวิต 1 ราย

ดังนั้นการจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะแผนกผู้ป่วยนอกเป็นด่านหน้าที่จะพบผู้ป่วยก่อนแผนกอื่นๆ การคัดกรองและการป้องกันที่ดีจะส่งผลให้การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยอื่นๆ รวมทั้งแพร่เชื้อไปยังเจ้าหน้าที่ลดลง และเมื่อพบว่าผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดมีการติดตามส่งต่อไปยังคลินิกวัณโรค เน้นการดูแลผู้ป่วยให้หายขาด ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ตั้งแต่การคัดกรอง การรักษา การพยาบาล และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ และเป็นการพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลและในชุมชน ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อวัณโรคลดลง ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดปัญหาวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค ด้านระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ระบบการคัดกรอง การบริการด้านการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษา ชี้แจงแนวทางการปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็น การไม่ระบุชื่อ ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้น และให้เซ็นใบยินยอม

2. ทบทวนข้อมูลผู้ป่วย สถิติโรค และการติดเชื้อในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ,วรรณกรรม,งานวิจัยและงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง

3. ศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเปรียบเทียบกับมาตรฐานการพยาบาล, มาตรฐานการป้องกัน ควบคุมและการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

4. สรุปอภิปรายผล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพช่างตัดผมทำมา 12 ปี สถานภาพสมรส มารักษาที่คลินิกนอกเวลาโรงพยาบาลสมุทรปราการ เวลา 17.30 น มาด้วยอาการไข้ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ไอมีเสมหะขุ่น เหนื่อยเล็กน้อย เจ็บหน้าอกมา 3-4 วัน **ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน** 3-4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ต่ำๆช่วงเย็น ไอมีเสมหะขุ่น ไม่มีเลือดปน เจ็บหน้าอกเวลาไอ อ่อนเพลีย กินไม่ค่อยได้ น้ำหนักลด 13 กิโลกรัม ภายใน 4-5 เดือน **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง รักษาสม่ำเสมอและหอบหืดซึ่งเป็นมาตั้งแต่เด็กรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก และรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา และปฏิเสธการสูบบุหรี่ /ดื่มสุรา เคยตรวจเลือดเพื่อบริจาคพบเป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบี **ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว** บิดาเสียชีวิตจากโรคหอบหืด มารดายังมีชีวิตอยู่ไม่มีโรคประจำตัว มีอาการพิษสุราเรื้อรังเนื่องจากเป็นโรคเครียดไม่ได้รักษา **การประเมินสภาพแรกรับ** แรกรับรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นั่งรถเข็น ไอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย **การตรวจร่างกายเบื้องต้น** สัญญาณชีพ (Vital signs) อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 112/77 มิลลิเมตรปรอท

***Chest* x-ray** *24 ตุลาคม 2561* reticulo nodular infiltration both lung ,Left lung also seen cavity Sputum exam *25 ตุลาคม 2561* WBC Moderate GRAM STAIN Rare gram positive cocci in single, pair AFB *25 ตุลาคม 2561* Positive 1+ (เริ่มstart ยา TB 26 ตค.61) *13 ธันวาคม 2561* Positive 1+ *14 พฤษภาคม 25612* Negative

การรักษา ผู้ป่วยรับไว้รักษาในตึกผู้ป่วยในแยกโซนท้าย Ward โดยแพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็นฝีในปอด

(Abscess of lung without pneumonia) และเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน (Non-insulin-dependent diabetes mellitus type 2 at without complications) รักษาโดยให้น้ำเกลือ พ่นยา และให้ยาเบาหวาน เมื่อผล AFB Positive 1+ จึงวินิจฉัยวัณโรคปอด และเริ่มรักษาวัณโรควันที่ 26 ตุลาคม 2561 (2 วันหลังนอนโรงพยาบาล) โดยใช้สูตรยา 2HRZE/4HR ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 17 วัน แพทย์ให้ยา TB กลับไปรับประทานที่บ้านนัด 7 วัน ผู้ป่วยมาก่อนวันนัด 1 วัน เพราะมีอาการหนาวสั่น ปวดตามข้อ ปวดกระดูกมา 3 วัน แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลอีกครั้ง วินิจฉัยครั้งแรก ความดันต่ำ (Idiopathic hypotension) และ Septic shock หลังผลตรวจทางห้องปฏิบัติการออกพบมีตับอักเสบ วินิจฉัยเพิ่ม Chronic viral hepatitis B แพทย์คาดว่าแพ้ยา Pyrazinamide ปรับสูตรยาเป็น 2HRE/7HR ผู้ป่วยรักษาสม่ำเสมอและรักษาครบ 9 เดือนจนหายขาด จำหน่ายออกจากทะเบียนวัณโรค แต่มีนัดมารักษาโรคหอบหืดและโรคเบาหวานตามปกติ

สรุปกลไกการเกิดติดเชื้อวัณโรคของกรณีศึกษารายนี้

ผู้ป่วยรายนี้มีอาชีพเป็นช่างตัดผม มีโรคประจำตัวคือเป็นโรคหอบหืดมาตั้งแต่เด็กรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก โดยการกินยาหอบหืด ,ยากลุ่ม Steroid และพ่นยา ปัจจุบันอาการทั่วไปเริ่มดีขึ้นรักษาต่อเนื่องโดยยากิน ไม่ได้พ่นยา แต่มักเป็นหวัดบ่อยเวลาอากาศชื้นแต่ไม่มีอาการหอบ ก่อนป่วยเป็นวัณโรคผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วนน้ำหนัก 88 กิโลกรัม ทำงานเป็นช่างตัดผมทำงานวันละ12 ชั่วโมงเป็นช่างตัดผมผู้ชาย ไม่ค่อยได้พักผ่อน เวลาตัดผมไม่ได้ใช้ผ้าปิดจมูก ระยะหลังน้ำหนักลด รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว ผู้ป่วยรายนี้มาตรวจพบเบาหวานเมื่อมารักษาวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยน่าจะเป็นเบาหวานโดยไม่รู้มาก่อนและไม่เคยตรวจสุขภาพเพราะคิดว่าตนเองแข็งแรง ซึ่งสอดคล้องข้อมูลในแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2660-2564 กล่าวว่าเพศชายป่วยสูงกว่าเพศหญิงมากกว่าสองเท่า และจากการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ระหว่าง พ.ศ.2538 – 2544 เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2.36 เท่า ความแตกต่างของการติดเชื้อและการป่วยระหว่างเพศเชื่อว่าเพศชายขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ไม่ค่อยยอมรับความเจ็บป่วย ไม่แสวงหาการรักษา จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เพศหญิงจะสนใจดูแลสุขภาพของตนเองดีกว่า นอกจากนี้เพศชายยังมีปัจจัยเสี่ยงทางอ้อมประการอื่น เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งพบมากกว่าเพศหญิง [4] ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ดื่มสุรา แต่เป็นหอบหืด ใช้ยากลุ่ม Steroid และเป็นโรคเบาหวานที่ไม่ได้รักษา เนื่องจากไม่รู้ว่าตนเองเป็น(ตรวจ FBS =295 %) จึงมีความเสี่ยงในเรื่องระดับภูมิคุ้มกันและปัจจัยด้านโรคเดิมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เป็นสาเหตุส่งเสริม จากการศึกษาหลายวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีความผิดปกติของระบบเลือด เช่น เม็ดเลือดแดงจะมีอายุสั้นลง เกร็ดเลือดจะยิ่งเกาะ และรวมตัวกันได้ง่ายเม็ดเลือดขาวบางชนิด ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคได้ไม่ดี โดยพบว่าการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดขาวไปยังบริเวณที่มีการติดเชื้อเป็นไปได้ไม่ดี ความสามารถในการยึดติดกับผิวของส่วนที่มีการติดเชื้อลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อง่าย [6] และอาชีพผู้ป่วยเป็นช่างตัดผมต้องสัมผัสกับลูกค้าจำนวนมาก เป็นเวลานานและทำงานหักโหมส่งผลให้เสี่ยงที่จะรับเชื้อในช่วงเวลาที่ร่างกายอ่อนแอ ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคหอบหืดได้รับยากลุ่มSteroid เป็นระยะเวลานานภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานไม่เต็มที่จะเห็นได้จากการป่วยเป็นหวัดบ่อยๆ จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค เพราะการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ยาเสตียรอยด์ ยาปฏิชีวนะและยาเคมีบำบัด โดยยาเหล่านี้จะรบกวนกระบวนการสร้างแอนติบอดี กดกระบวนการฟาโกไซโตซีส ลดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่งผลให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น ยากดภูมิคุ้มกันจะทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา

โอเร็ม [9] กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความสามารถในระดับที่พอเพียงและต่อเนื่องกับความต้องการดูแลและนำไปสู่ความผาสุก(Well-Being) ซึ่งการดูแลตนเองของ

บุคคลจะเป็นการกระทำที่จงใจและเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า“การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี”การสร้างทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ใช้พื้นฐานความเชื่อที่นำมาอธิบายมโนทัศน์หลักของทฤษฎีได้แก่ 1) บุคคลเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง 2) บุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถและเต็มใจที่จะดูแลตนเองหรือผู้ที่อยู่ในความปกครองของตนเอง 3) การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตการพัฒนาการและความเป็นปกติสุขของชีวิต(Well-Being) 4) การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้และจดจำไว้ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมและการติดต่อสื่อสารที่ ซ้ำกันและกัน 5) การศึกษาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อบุคคล 6) การดูแลตนเองหรือการดูแลผู้อยู่ในความปกครองหรือผู้อื่นเป็นสิ่งที่มีค่าควรแก่การยกย่องส่งเสริม 7) ผู้ป่วย คนชรา คนพิการ หรือทารกต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลอื่น เพื่อสามารถที่จะกลับมารับผิดชอบดูแลตนเองได้ ตามความสามารถที่มีอยู่ขณะนั้น 8) การพยาบาลเป็นการบริการเพื่อมนุษย์ ซึ่งกระทำโดยมีเจตนาที่จะช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลที่มีความต้องการที่ดำรงความมีสุขภาพดีในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญสำหรับกรณีศึกษารายนี้คือการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้เกิดทักษะด้านป้องกันตนเองและผู้อยู่ในการดูแล

ปัญหาของผู้ป่วยและบทบาทพยาบาลในการดูแล

ปัญหาข้อที่ 1 การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะแพร่เชื้อ (Active TB)

ปัญหาข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรค

ปัญหาข้อที่ 3 การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ และหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพยาธิสภาพการติดเชื้อในปอด

ปัญหาข้อที่ 4 การไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ปัญหาข้อที่ 5 เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรคและมีท่าทีปฏิเสธการกินยาอาจหยุดกินยาเอง

ปัญหาข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล และการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1: มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะแพร่เชื้อ (ActiveTB)

กิจกรรมการพยาบาล

1.อธิบายแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยสีเหลือง (หน้ากากมังคุด) และให้ล้างมือด้วย Alcohol gel ทั้งผู้ป่วยและญาติ อธิบายการปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ถ้ามีเสมหะให้บ้วนใส่ภาชนะที่มีฝาปิด ใส่น้ำยาฆ่าเชื้อก่อนทิ้ง

2. เมื่อผลวินิจฉัยจากเอกซเรย์ว่าเป็นวัณโรค นำเข้าห้องแยก (Isolate room) โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแลตลอดเส้นทางการเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ติดป้ายสีม่วงเพื่อสื่อสารความเสี่ยงภายในองค์กร เพื่อดำเนินการตามมาตรการระดับเข้มข้น

4. ให้การพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ และสังเกตอาการ ซักประวัติเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดแนวทางแก้ไข โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงกระบวนการให้การพยาบาล ที่เจ้าหน้าที่ต้องใส่เครื่องป้องกัน(PPE) อย่างรัดกุมระหว่างการดูแลเพื่อป้องกันการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเรื่องการรังเกียจผู้ป่วย

5. เตรียมตัวผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม อากาศถ่ายเท เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย

6. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างอยู่โรงพยาบาล สอนวิธีการไอที่ถูกต้อง สาธิตการทิ้งและเก็บทำลายเสมหะ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน Ward

7. แนะนำวิธีการเก็บเสมหะตอนเช้าหลังตื่นนอน 3 วันติดต่อกันเพื่อย้อมเชื้อวัณโรค และอธิบายการแปลผลเพื่อวินิจฉัยโรค

8. แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และการสังเกตอาการแพ้ยา

9. อธิบายผลดีของการกินยาอย่างต่อเนื่อง และมาตรวจตามนัดหมาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร

2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึก ออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง

3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด

4. วางแผนการพยาบาล เพื่อประคับประคองผู้ป่วย อธิบายเรื่องโรค อาการ การดำเนินของโรค ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การดูแลด้านอาหาร การออกกำลังกาย และตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล

5. ให้ผู้ป่วยและญาติได้กำหนดและควบคุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์

6. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติหน้าตาสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ และหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจาก พยาธิสภาพการติดเชื้อในปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการหายใจ และ O_2 sat เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

2. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่การแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี

3. สอนวิธีการไออย่างถูกวิธี โดยการจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ และหายใจเข้าลึกๆก่อนไอ เพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4. สาธิตการหายใจที่ถูกต้อง โดยจัดผู้ป่วยในท่านั่งหายใจเข้าออกลึกๆ ทำสม่ำเสมอทุก 1- 2 ชั่วโมงช่วยให้ปอดขยาย การแลกเปลี่ยนก๊าซมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. สอนวิธีการพ่นยาหอบหืด Berodual oral inhaler อย่างถูกต้องตามแนวทางการพ่นยา [5]

ประเมินผล

ไม่เหนื่อยหอบ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ค่า O_2 sat 96 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 การไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1.เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวลเพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนังทำให้อุณหภูมิลดลงและทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น

2.ดูแลให้ยาลดไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง และยาวัณโรคตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

3.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง

4.ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆเพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำและเป็นการลดความร้อนของร่างกายโดยการขับ ออกทางเหงื่อและปัสสาวะ

5.ล้างมือทุกครั้ง ก่อน-หลังให้การพยาบาลหรือการสัมผัสกับสารคัดหลั่งผู้ป่วย และให้การพยาบาลโดยใช้หลัก Aseptic Technique เพราะเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อ

6. วัด vital sign ทุก 4 ชมเพราะการประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกายจะช่วยให้ทราบความรุนแรงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ

7.ติดตามผล Lab WBC Neutrophil Lymphocyte เพราะ WBC เป็นจำนวนเม็ดเลือดขาว ซึ่งส่วนใหญ่มักจะมีค่าผิดปกติเมื่อมีการติดเชื้อในร่างกาย เช่น จากเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อไวรัส Neutrophil จะพบสูงขึ้นใน ภาวะติดเชื้อจำพวกแบคทีเรีย และ Lymphocyte จะพบสูงขึ้นในภาวะที่มีการติดเชื้อไวรัสอย่างเฉียบพลัน หรือภาวะที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อรัง

การประเมินผล

1.จากการติดตามพบว่าผู้ป่วยมีไข้ในช่วงแรกอยู่ในช่วง 37-39 องศาเซลเซียส 2 วันแรกและหลังจากนั้นไข้ลดลง ไอน้อยลง รับประทานได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น หลับพักผ่อนได้

2. ค่าผล Lab ลดลง โดยค่า WBC 9.6 x 10*3 /u และ Neutrophil 59.0 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรคและมีท่าทีปฏิเสธการกินยาอาจหยุดกินยาเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ถามให้ได้ข้อมูล และเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญ โดยไม่ขัดจังหวะหรือรีบแก้ไข เพื่อให้รู้ปัญหา ผู้ป่วยรายนี้ไม่เคยกินยาจำนวนมาก เวลาเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ค่อยกินยา จึงไม่ชอบกินยา

2.ประยุกต์ใช้กระบวนการทางการพยาบาล โดย

2.1 หาจุดเด่น ชื่นชมผู้ป่วยเมื่อให้ความร่วมมือ ชมว่าไอลดลงจากการพยายามกินยาตรงเวลา ต่อเนื่อง ชมว่าสีหน้าดีขึ้น สุขภาพดูดีขึ้น

2.2 เสนอแนวทางการรักษาที่เหมาะสมเพิ่มเติมโดยให้ผู้ป่วยร่วมหาแนวทาง ตัดสินใจ โดยต้องไม่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยจะต้องกินของเปรี้ยวหลังกินยา เป็นต้น

2.3 ถามความเห็นของผู้ป่วยว่าคิดอย่างไร กับสิ่งที่แนะนำเพิ่มเติม เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไข

2.4 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ซักถามและโต้เถียงหาข้อยุติให้ได้

2.5 แสดงออกให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลห่วงใยและอยากให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น ต่อรองเท่าที่ได้

3. อธิบายถึงรายละเอียดและผลข้างเคียงของการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยอธิบายว่าผู้ป่วยแพ้ยา pyrazinamide ทำให้ตับอักเสบ แพทย์ได้หยุดยา และเปลี่ยนสูตรยาให้ใหม่ จะมีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ

4. ดึงให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีบทบาทตั้งแต่แรก เพราะครอบครัวสำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะรายที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยกระตือรือร้นในการกินยา

2. มีสีหน้าแจ่มใส ลดความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการรับประทานยารักษาวัณโรคที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอตามกำหนด เนื่องจากวัณโรคเป็นโรคที่ต้องใช้ยาในการรักษาในระยะแรกถึง 4 ชนิด และต้องรักษาติดต่อกันเป็นเวลานาน 6 เดือน ถ้าหากรักษาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบกำหนด จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล หายขาดหรืออาจหายแต่กลับเป็นซ้ำใหม่เร็ว และที่สำคัญคือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาซึ่งมีโอกาสรักษาได้ผลน้อยลง

2. แพทย์จะสั่งให้รับประทานยาวันละครั้งส่วนใหญ่คือก่อนนอน ห้ามแบ่งยา เป็นหลายเวลาตามมื้ออาหาร เพราะจะทำให้ระดับยาในการรักษาไม่ดี

3. หลังรับประทานยาไปแล้วหากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือ ผื่นคัน เล็กน้อย ให้ติดตามผลข้างเคียงนี้ใกล้ชิดต่อไป ถ้ามีอาการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ให้หยุดยาทั้งหมดแล้วรีบไปพบแพทย์ ในกรณีที่หลังรับประทานยาไปแล้วมีการมองเห็นผิดปกติก็ให้รีบหยุดยาทันทีเช่นกัน

4. งดการดื่มสุราและหลีกเลี่ยงการใช้ยาอื่นที่ไม่จำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบจากยารักษาวัณโรคและผลข้างเคียงอื่น

5. ใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปากและจมูกขณะไอหรือจาม ถ้ามีเสมหะให้บ้วนใส่ภาชนะที่มีฝาปิด ใส่น้ำยาฆ่าเชื้อก่อนทิ้ง

6. รับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะ พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกายตามสมควร เพื่อให้ร่างกายฟื้นจากโรคได้เร็ว

7. ให้นำสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ร่วมอาศัยทุกคน รวมถึงเพื่อนร่วมงานใกล้ชิด มาพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคเพื่อให้การรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ

8. ภายหลังการรักษา อาการต่าง ๆ จะดีขึ้นได้เร็วภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อรักษาครบ 2 เดือน แพทย์จะตรวจเสมหะซ้ำหรือเอกซเรย์ปอดซ้ำในกรณีที่ก่อนรักษาตรวจไม่พบเชื้อในเสมหะ ถ้ามีการตอบสนองที่ดีก็จะลดยาลงเหลือ 2 ชนิดและให้การรักษาต่อไปอีก 4 เดือนจนครบกำหนดการรักษาทั้งหมดคือ 6 เดือน

9. แนะนำการป้องกันการติดเชื้อในบ้านและการทำงานอาชีพช่างตัดผมยังทำได้หลังรักษาหายขาด และต้องมีการป้องกันตนเอง โดยใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ต้องตัดผมให้ลูกค้า การออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้โดยรักษาเบาหวานตามแผนการรักษาของแพทย์ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัดบ่อยเพราะจะส่งเสริมให้โรคหอบหืดกำเริบ ร่างกายอ่อนแอและอาจมีโอกาสกลับเป็นวัณโรคซ้ำได้

9. ประสานคลินิกวัณโรคเพื่อรับข้อมูลผู้ป่วยและติดตามผลการรักษา

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในเวลา 17.58 น. วันที่ 24 ตุลาคม 2561 เป็นคลินิกนอกเวลา โรงพยาบาลสมุทรปราการ มาด้วยอาการไข้ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ไอมีเสมหะขุ่น ไม่มีเลือดปน เหนื่อยเล็กน้อย เจ็บหน้าอกมา ให้ประวัติว่า 3-4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ต่ำๆช่วงเย็น ไอมีเสมหะขุ่น ไม่มีเลือดปน เจ็บหน้าอกเวลาไอ อ่อนเพลีย กินไม่ค่อยได้ น้ำหนักลด 13 กิโลกรัม ภายใน 4-5 เดือน มีประวัติเป็นโรคหอบหืดตั้งแต่เด็ก รักษาต่อเนื่อง อาการแรกรับรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นั่งรถเข็น ไอ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ชีพจร 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ปริมาณออกซิเจนในเลือด (O_2sat) 92 เปอร์เซ็นต์ มีไข้อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิตปกติ 112/77 มิลลิเมตรปรอท น้ำตาลในเลือด 295 mg% พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกนอกเวลาราชการ คัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองตามแนวทางการให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค/ผู้ป่วยวัณโรค แพทย์ให้ Admit รับไว้รักษาในตึกผู้ป่วยในอายุรกรรมชายแยกโรคโซนท้าย Ward โดยแพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นเป็นฝีในปอด (Abscess of lung without pneumonia) และ เบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน (Non-insulin-dependent diabetes mellitus type 2 at without complications) รักษาโดยให้น้ำเกลือ พ่นยาหอบหืด และให้ยาเบาหวาน เมื่อผล AFB Positive 1+ จึงวินิจฉัยวัณโรคปอด และเริ่มรักษาวัณโรควันที่ 26 ตุลาคม 2561 (2 วันหลังนอนโรงพยาบาล) โดยใช้สูตรยา 2HRZE/4HR ผู้ป่วยแพ้ยา Pyrazinamide หลังรับประทานได้ 7 วัน (ผล SGPT/SGOT เพิ่มสูงขึ้น) แพทย์ปรับสูตรยาเป็น 2HRE/7HR ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 17 วัน แพทย์ให้ยา TB ยาเบาหวานและยาพ่นกลับบ้าน(กลับบ้านวันที่ 10 พย. 61) นัด 7 วันผู้ป่วยมาก่อนวันนัด หลังกลับจากโรงพยาบาล 3 วัน มีอาการหนาวสั่น ปวดตามข้อ ปวดกระดูกมาท้องอืดมา 3 วัน แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลอีกครั้งวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561 วินิจฉัยครั้งแรก ความดันต่ำ (Idiopathic hypotension) และ Septic shock ให้น้ำเกลือ และแก้ไขภาวะ shock หลังผลตรวจทางห้องปฏิบัติการออกพบมีตับอักเสบ วินิจฉัยเพิ่ม Chronic viral hepatitis B แพทย์คาดว่าเกิดจาการแพ้ยา Pyrazinamide รักษาภาวะตับอักเสบ หลังกลับบ้านผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ อาการแพ้ยาไม่มี ผลตรวจค่าตับลดลงเป็นปกติ ผู้ป่วยรับการรักษาสม่ำเสมอและรักษาคบ 9 เดือนจนหายขาด ผลตรวจ Sputum AFB negative จำหน่ายออกจากทะเบียนวัณโรค แต่มีนัดมารักษาโรคหอบหืดและโรคเบาหวานตามปกติ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน มาทราบเมื่อมารักษาวัณโรค และได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ประการใน

ผู้ป่วยรายนี้มี 6 ข้อคือ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูง เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะแพร่เชื้อ (Active TB) ,ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรค,การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอและหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากพยาธิสภาพการติดเชื้อในปอด,การไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้,เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาวัณโรคและมีท่าทีปฏิเสธการกินยาอาจหยุดกินยาเอง และผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการทางการพยาบาล 5 ขั้นตอนมาใช้ดังนี้ ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ค้นหาปัญหาและความต้องการข้อมูลที่ได้จากตัวผู้ป่วยการรับรู้ของผู้ป่วยหรือประสบการณ์มาก่อน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติทางการพยาบาล (nursing history) ประวัติทางการแพทย์ (medical history) ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) หาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเพื่อทราบแนวทางการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพ ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) จัดลำดับความสำคัญปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล การกำหนดกิจกรรมพยาบาลและการประเมินผล การเขียนแผนการพยาบาล ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)เป็นขั้นตอนที่นำแผนการพยาบาลที่วางไว้มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย(ต้องบันทึกเป็นหลักฐานสิ่งที่ได้ปฏิบัติ ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย จึงทำให้รับรู้ปัญหาและแก้ไขอย่างถูกต้องสมเหตุสมผล จนทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองจนหายจากโรคได้ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ โดยผู้สัมผัสร่วมบ้านมารับการตรวจครบทุกคน และไม่พบว่ามีการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ

1 ควรจัดทำแผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการแยก กักกันเชื้อไม่ให้แพร่กระจายไปสู่ผู้ป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเด็ก คนชรา และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆที่มีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันน้อย

2. ควรมีทีมเจ้าหน้าที่ระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะ(Isolate Team) เพื่ออยู่ประจำ และได้รับการอบรม ฝึกทักษะจนมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการรวมทรัพยากรด้านอุปกรณ์ป้องกันโรคต่างๆที่จำเป็นมาไว้ที่เดียวกัน เป็นการใช้ทรัพยากรแบบคุ้มค่า

3. ควรเพิ่มห้องแยก (Isolate room) ในแผนกอายุรกรรมทั้งชายและหญิงให้เพียงพอ หรือถ้าสามารถดัดแปลงตึกหรือโซนแยกโรคได้จะมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อ

4. ควรมีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์การป้องกันโรคอย่างเพียงพอสำหรับผู้ป่วยเช่น หน้ากากอนามัย , กระดาษทิชชู, ถุงเก็บเสมหะ,ภาชนะสำหรับบ้วนเสมหะ, Alcohol gel ,สบู่,อ่างล้างมือ เป็นต้น

5. ถึงแม้โรงพยาบาลสมุทรปราการจะมีการกำหนดนโยบาย และมีการจัดทำแนวทางการคัดกรอง ดูแลรักษาวัณโรคอย่างเคร่งครัดแต่ยังมีบางจุดที่ยังไม่ดำเนินการตามแนวทาง จึงควรมีการนิเทศติดตามประเมินเป็นระยะโดยคณะกรรมการ เพื่อให้ระบบยังคงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ควรมีการอบรม ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นเตือนและสื่อสารความเสี่ยงให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเคร่งครัดมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง

7. ควรกำหนดให้คณะกรรมการด้านสิ่งแวดล้อมตรวจวัดด้านการระบายและการไหลเวียนอากาศในสถานพยาบาลทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง ตรวจเช็คระบบปรับอากาศและระบายอากาศเพื่อควบคุมทิศทางการไหลของอากาศภายในพื้นที่ ทิศทางการไหลของอากาศ และการควบคุมแรงดันภายในให้เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1.คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ.สถิติผู้ป่วยวัณโรคปีงบประมาณ 2559-2561. (เอกสารอัด สำเนา). สมุทรปราการ : โรงพยาบาลสมุทรปราการ, 2561.

2.โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการน. (2561). สถิติโรงพยาบาลสมุทรปราการ.รายงานสถิติประจำปี 2561. อัดสำเนา.

3.ศรีรัตนา อินทรักษ์ และคณะ.(2554).การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการแยกผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล, 38(2), 46-60.

4.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพ :โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

5.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

6.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อวัณโรค. กรุงเทพ :โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

7.สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือแนวทางการประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพ :โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

8.สุกัญญา มีศิริ. (2554, กุมภาพันธ์). *การพัฒนางานป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ ICN Forum ครั้งที่ 6 IC Update 2011: Sharing Experience and Success, เชียงใหม่.

9.Orem, D.E.,Taylor,S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.).St.Louis: Mosby, 47-49.

10.Joshi, R., Reingold, L.A., Menzies, D., & Pai, M. (2006). Tuberculosisamong health-care workers in low- and middle-income countries: A systmatic review. *PLoS Medicine, 3*(12), 2376- 2391.

ปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบการขายยาในการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนของร้านขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2557 เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

รติยา อินทเกษ[1]

Ratiya Intaket[1]

(Received: May 11,2018; Accepted: June 18,2018)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือ (1)เพื่อศึกษาหาปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 (2)เพื่อศึกษาหาแนวทางส่งเสริมสนับสนุนผู้ประกอบการร้านขายยาให้ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด โดยนำแนวคิดของการบริหารจัดการตามแนวคิด McKinsey (7S Framework) เป็นกรอบในการวิจัย ทำการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 9 คน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ.2557 เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัย ได้แก่ โครงสร้าง กลยุทธ์ ระบบ สไตล์ผู้บริหาร บุคลากร ทักษะ และค่านิยมร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก จากจำนวน 9 คน ให้ความสำคัญปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ 3 อันแรก คือ กลยุทธ์ (ร้อยละ 33.33) ค่านิยมร่วม (ร้อยละ 33.33) สไตล์ผู้บริหาร (ร้อยละ 22.22) ซึ่งแนวทางการส่งเสริมสนับสนุนผู้ประกอบการร้านขายยาให้ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด คือ หน่วยงานภาครัฐ ส่งเสริมข้อมูล แนวทาง แก่ผู้ประกอบร้านขายยา โดยผ่านการมีส่วนร่วมกับชมรมผู้ค้ายาจังหวัดอุดรธานี และนำเทคโนโลยีทางด้านอินเตอร์เน็ทมาใช้ประกอบการส่งเสริมข้อมูลวิชาการ เพื่อสร้างแนวทางไปสู่ความสำเร็จ

คำสำคัญ : ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ ผู้ประกอบการร้านขายยา

Abstract

The purpose of this study was to find (1) the key successes of Drug store's entrepreneurs who following by the notification of the ministry of public health Good pharmacy practice and (2) the way to supporting Drug store's entrepreneurs for following by the notification of the ministry of public health Good pharmacy practice. The study is using 7 S framework by collecting data of interview of 9 entrepreneurs.

The results of study revealed that the first 3 success factors were Strategy, Shared value and Style which showed percentage score 33.33, 33.33 and 22.22 respectively.We suggest gorverntment would be support information and use internet technology to build the way success.

Keywords : Key success factor Drug store

[1] เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

บทนำ

ร้านขายยาเป็นแหล่งให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีความสำคัญในสังคมไทย เนื่องจากร้านขายยาได้กระจายอยู่ทั่วไปตามชุมชนต่างๆ ซึ่งมีความสะดวกต่อการเข้าถึงของประชาชนและนอกจากนี้ มีราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับสถานบริการสาธารณสุขประเภทอื่น นอกจากนี้เภสัชกรในร้านขายยายังสามารถทำหน้าที่คัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการยังสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ดังนั้นคุณภาพของการให้บริการของร้านยาในชุมชน จึงมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพ ความปลอดภัยการใช้ยา การรักษาพยาบาล ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกกฎกระทรวงฉบับใหม่ กฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2557 กฎกระทรวงกำหนดให้ผู้รับอนุญาตและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 ซึ่งประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 6 พฤศจิกายน 2557 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันที่ได้รับอนุญาตก่อนวันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ จะต้องดำเนินการตามประกาศกระทรวงภายในเวลาไม่เกิน 8 ปี นับตั้งแต่วันที่กฎกระทรวงใช้บังคับ ดังนั้นเพื่อสนับสนุนและควบคุมกำกับการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยยาของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาหาปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

2.เพื่อศึกษาหาแนวทางส่งเสริมสนับสนุนผู้ประกอบการร้านขายยาให้ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

วิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่เปิดให้บริการตามกฎหมายประเภทสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นร้านยาที่ได้รับอนุญาตให้เปิดเป็นสถานประกอบการร้านขายยาก่อนกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 มีผลบังคับใช้ [2] ที่สามารถปฏิบัติได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. **2557**

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบัน ที่เปิดให้บริการตามกฎหมายประเภทสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นร้านยาที่ได้รับอนุญาตเปิดเป็นสถานประกอบการร้านขายยาก่อนกฎกระทรวงว่าด้วยการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 มีผลบังคับใช้ [1] ที่สามารถปฏิบัติได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบปลายเปิดเนื้อหา ประกอบด้วย โครงสร้าง กลยุทธ์ ระบบ บุคลากร ความเชี่ยวชาญ ลักษณะผู้นำ ค่านิยมร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ความถี่ร้อยละและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปและอภิปรายผล

1.ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ จำนวน 9 คน เพศชาย 4 คน เพศหญิง 5 คน การศึกษาปริญญาตรี 7 คน ปริญญาโท 2 คน

2. ข้อมูลสัมภาษณ์ ปัจจัยความสำเร็จของผู้ประกอบการร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อการปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

2.1 โครงสร้าง จากข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 9 คน มีโครงสร้างของร้านขายยาเป็นองค์กรขนาดเล็ก มีจำนวนบุคลากร 1 – 4 คน ซึ่งง่ายในการกำหนดแนวทาง ปรับปรุง ร้านให้ปฏิบัติได้ และ มีรูปแบบการจัดแบ่งองค์กรขอบเขตงาน รับผิดชอบชัดเจน ซึ่งทำให้เอื้ออำนวยให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ และประกอบกับมีการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2 กลยุทธ์ มีแผนกลยุทธ์โดยมีแนวทางการปฏิบัติขององค์กรที่มีความชัดเจน ครอบคลุมกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ และมีการจัดทำแผนปฏิบัติที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ

2.3 ระบบ มีการปฏิบัติงานที่เป็นไปอย่างมีระบบ โดยมีระบบเอกสารเพื่อง่ายในการแก้ไขปรับปรุง มีการจัดระบบงานโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์รูปแบบใหม่ๆ เพื่อทำงานให้ได้สะดวก รวดเร็วขึ้น

2.4 บุคลากร บุคลากรเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงาน มีความสามารถในการพัฒนาตนเอง เช่น มีความต้องการฝึกอบรมให้มีความชำนาญมากขึ้น การเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรม การอ่านบทความวิชาการจากการเก็บ CPE credit จากสภาเภสัชกรรม การศึกษาดูงานต่างประเทศ

2.5 ความเชี่ยวชาญ บุคลากรมีความรู้ความชำนาญ มีความโดดเด่นการให้บริการ การจัดหาสินค้าที่มีคุณภาพ

2.6 ลักษณะผู้นำ ผู้นำมีส่วนร่วมสนับสนุน การมีส่วนร่วมขององค์กร มีความมุ่งมั่นในการพัฒนา

2.7 ค่านิยมร่วม มีวิสัยทัศน์องค์กรร่วมกัน พัฒนาให้ร้านผ่านเกณฑ์ และให้ประชาชนยอมรับในบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรม

3. ปัจจัยที่ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความสำคัญ 3 อันดับแรก คือ กลยุทธ์(ร้อยละ 33.33) ค่านิยมร่วม(ร้อยละ 33.33) ลักษณะผู้นำ(ร้อยละ 22.22)

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย สอดคล้องกับ อิสรา นานาวิชิต[3] พบว่าความสำเร็จนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยทั้ง 7 ปัจจัย ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลทุติยภูมิ คือ แนวคิดของ McKinsey 7S Framework สอดคล้องกับ อภิญญา ขัดมะโน[4] พบว่าผู้บริหารของคณะมีแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับภารกิจและเป้าหมายของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการตรวจสอบและรายงานผลการ ดำเนินของแต่ละตัวบ่งชี้ตามแผนที่กำหนดไว้ และนำผลการประเมินใช้ในการปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานภาครัฐ ส่งเสริม การอบรม ประชุม วิชาการ แนวทางปฏิบัติ โดยประสานงานมีส่วนร่วมกับชมรมผู้ค้ายาในจังหวัดอุดรธานี เพื่อก่อให้เกิดกลยุทธ์และ สร้างค่านิยมร่วม และส่งเสริมความมุ่งมั่นของผู้บริหาร เพิ่มช่องทาง การให้ข้อมูลวิชาการ แนวทางปฏิบัติ โดยใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบอินเตอร์เน็ต ที่ทำให้เกิดความสำเร็จ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เภสัชกรหญิงแฉล่ม รัตนพันธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เภสัชกรหญิง สลิลลา มูลแก้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาและแนะนำการวิจัย ขอขอบคุณผู้ประกอบการร้านขายยาจังหวัดอุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกถึงพระคุณของบุพการี ตลอดจนครูอาจารย์และผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

2.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการกำหนดระยะเวลาเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

3.อิศรา นานาวิชิต. “ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินคดีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านอาหารและเครื่องสำอางของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่”. วารสารสาธารณสุขล้านนา. ปีที่10(ฉบับที่3) : 227-228หน้า, พ.ศ.2557

4.อภิญญา ขัดมะโน.(2551).การศึกษาการบริหารความเพื่อความเป็นเลิศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

The model of Aparihaniyadhamma's application For community development Of Wat Phothikaram, Phonsung sub-district, Phathumrat district, Roi-et province

พระมหานำเกียรติ วิสุทฺโธ (ทองทวี)[1], พระมหามิตร ฐิตปญฺโญ[2], พระครูสุธีคัมภีรญาณ, ผศ.ดร.[3],

Phramaha Namkriat Visutdho (Thongtawee), Phramaha Mit Thitapañño,

Phrakhru Sudhikhambhirayana

(Received: August 30,2018; Accepted: October 21,2018)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาหลักอปริหานิยธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาท และศาสตร์การพัฒนาของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด 2) การใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด และ 3) นำเสนอรูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจโดยสำรวจจากเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการ หนังสือ งานวิทยานิพนธ์ งานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งทำการวิจัยภาคสนาม (Field Research) โดยการลงพื้นที่เก็บข้อมูลทั้งเป็นการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการามได้นำหลักอปริหานิยธรรมมาหลักในการปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาชุมชน โดยมีรูปแบบเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมได้อยู่ดี กินดีซึ่งถือเป็นพื้นฐานการพัฒนาสังคม มี 6 รูปแบบ คือ 1) เมื่อมีปัญหาเร่งด่วนทุกภาคส่วนก็พร้อมเพรียงกันประชุมโดยยกประเด็นปัญหามาปรึกษาหารือกัน 2) เคารพต่อขบวนธรรมเนียมประเพณีเดิมของท้องถิ่น รักษาขนบธรรมเนียมที่ดีงาม 3) การเคารพผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น 4) ส่งเสริมสถานะและบทบาทของสตรี ส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย 5) การยกย่องคนดี และ 6) การปกป้องคุ้มครองผู้อยู่อาศัยแขกและคนที่เข้ามาในท้องถิ่น จัดระเบียบและดูแลความสงบเรียบร้อยเน้นความสะอาด ความเป็นระเบียบ และถูกสุขลักษณะของที่อยู่อาศัยเคารพซึ่งกันและกัน ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

คำสำคัญ : หลักอปริหานิยธรรม

ABSTRACT

This study aims to : 1) the main context for the New York fair in Theravada Buddhism. Science and the development of a Bodhi Karam district Phon high district of Pathum Rutter 's offense , 2) to the main context for a new and fair for the development of a Bodhi Karam district Phon high district of Pathum Rutter 's offense and 3). presentation format of the main context for a new and fair for the development of the Company's Bodhi Karam district possessed high Phon district of Pathum Rutter 's offense. This research is research papers (Documentary Research) by researching documents from textbooks written thesis research of others , including the research field (Field Research) by the repository as an interview. Data were analyzed using descriptive methods.

---

[1] นิสิตหลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนามหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

[3] ผู้ช่วยศาสตรจารย์ อาจารย์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น

The research found that Forms the main context for the New York fair for the development of a Bodhi Karam found a sixth form is one . The model of unity conferences and meetings quit the joint annual general meeting. When there is an urgent problem, all sectors are in unison meeting by raising the issues for discussion. Until finally have a solution Together in unison to do things together in order to create unity with the organization 2. Form of respect for the procession of the local traditions Maintain good traditions It is considered a strategic goal that everyone must follow. 3. A form of respect for the elders and local scholars to honor, honor, and Respect for elders and the opportunity for local scholars to play their role in local development 4 . Ways of promoting the status and role of women. Promoting equality between women and men Strengthen women in order to change their lives for the better by participating in society. There are group activities organized in the community. 5. The pattern of role model and praise for good people. Respect the opinions and listen to suggestions that are appropriate and appropriate. 6. Forms of protection for residents, guests and local people. Organize and take care of order, emphasizing cleanliness. Regularity And hygienic conditions of residence, respect for each other Use wisdom in life

Keywords : Aparihaniyadhamma's application

บทนำ

วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นสถาบันที่ทำงานด้านพัฒนาชุมชนในฐานะที่เป็นตัวแทนของสถาบันพระศาสนา มีการนำแนวคิดหลักธรรมไปใช้ในการศึกษาทุนทางสังคมกับการจัดการความรู้สู่องค์กรชุมชนพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน มีบทบาทการทำกิจกรรมของพระสงฆ์ตามพุทธบัญญัติหรือพระวินัยในส่วนของการปฏิบัติธรรมเผยแผ่ธรรมเพื่อช่วยเหลือประชาชนให้พ้นทุกข์ตามความเหมาะสมและความสามารถในหลักการปฏิบัติที่แสดงถึงความสัมพันธ์ในเชิงเกื้อกูลต่อกันระหว่างพระสงฆ์กับชาวบ้าน แนะนำสั่งสอนให้ตั้งอยู่ในความดีช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยความหวังดีให้ได้รับรู้สิ่งใหม่ที่ยังไม่เคยรู้ อธิบายชี้แจงเรื่องที่เคยฟังเคยเรียนมาแล้วให้เข้าใจชัดเจนขึ้น และท่านยังพร่ำสอนชาวบ้านให้มีหลักธรรมประจำตัวอยู่ตลอดเวลา คนเป็นทรัพยากรอันสูงค่าของสังคมและเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของสังคม สังคมจะอยู่รอด เสื่อมสลายหรือเจริญรุ่งเรืองขึ้นนั้นก็อยู่กับคนและคุณภาพของคน ในสังคมเป็นสำคัญ การพัฒนาคนเพื่อมุ่งให้คนมีคุณภาพนั้นหมายความถึงคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และปัญญา[1] นอกจากนี้นัยสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืนแนวพุทธว่าองค์ประกอบฝ่ายมนุษย์มีความสำคัญยิ่ง การพัฒนาที่ยั่งยืนต้องให้ความสำคัญที่สุดกับเรื่องการพัฒนาคนเป็นแกนกลาง[2]

หลักการเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนตามแนวพุทธ คือ การพัฒนามนุษย์ ตามหลักการทางพระพุทธศาสนาด้วยการพัฒนาระบบการดำเนินชีวิตทั้งสามด้านให้เป็นการพัฒนาเต็มทั้งคนก่อน จึงจะเป็นการพัฒนาที่ได้ผล คือ ระบบแห่งไตรสิกขา ได้แก่ ศีลสมาธิ ปัญญา[3] โดยเน้นเฉพาะประเด็นที่พึงพัฒนาเป็นสำคัญ ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรม เป็นช่องทางให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องไปถึงการพัฒนาด้านจิตใจและ ด้านปัญญาได้ดีด้วย 2) ด้านพฤติกรรม ได้แก่ ละความเคยชินที่ไม่เกื้อกูลโดยใช้วินัยและวัฒนธรรม เพื่อเร่งแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมอย่างเอาจริงท่านให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการหาความสุขเพราะมีผลกระทบต่อการพัฒนามาก 3) ด้านจิตใจ พัฒนาจิตให้มีศักยภาพในการหาความสุขได้ง่ายขึ้นเสพบริโภคด้วยเท่าที่มีก็ได้ ไม่มีก็ได้ จนถึงขั้นมีก็ได้ ไม่มีก็ดี อย่างฉลาดและมีจุดหมายที่ นิรามิสสุข หมายถึงการมีความสุขเป็นอิสระโดยไม่อาศัยการเสพ มีคุณธรรมและมีความเพียร พยายามขยัน อดทนเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์และสิ่งแวดล้อม และ 4) ด้านปัญญา มีความรู้เข้าใจโลกและชีวิตตามความเป็นจริงของธรรมชาติ เสพบริโภคด้วยรู้เข้าใจคุณค่าแท้เป็นผู้บรรลุจุดหมายของการพัฒนามนุษย์ และเป็นผู้ที่เอื้อเฟื้อเกื้อกูล

ต่อสังคมมนุษย์และธรรมชาติสิ่งแวดล้อม จะบรรลุจุดหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน[2]

หลักอปริหานิยธรรม เป็นข้อปฏิบัติหรือธรรมอันเป็นเหตุไม่ให้เกิดความเสื่อมมี 7 ข้อ ได้แก่ 1) หมั่นประชุมกันเนืองนิตย์ 2) พร้อมเพรียงกันประชุม พร้อมเพรียงกันเลิกประชุม พร้อมเพรียงกันทำกิจที่พึงกระทำ 3) ไม่บัญญัติสิ่งที่มิได้บัญญัติไว้ไม่ล้มล้างสิ่งที่บัญญัติไว้ 4) เคารพนับถือผู้ใหญ่ 5) ไม่ฉุดคร่าขืนใจกุลสตรีหรือกุลกุมารี 6) เคารพนับถือบูชาเจดีย์ และ 7) จัดการรักษาคุ้มครอง ป้องกันพระอรหันต์ทั้งหลายด้วยความชอบธรรม จากที่กล่าวมาเบื้องต้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความต้องการศึกษารูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ว่าจะช่วยก่อให้เกิดผลดีต่อการพัฒนาชุมชนตามแนวทางของพระพุทธศาสนา รวมถึงประเทศชาติ และการดำเนินชีวิตของประชาชนเป็นส่วนรวมในอนาคตอย่างไรบ้าง ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาของสังคมได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อศึกษาหลักอปริหานิยธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาท

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนของ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

3.เพื่อนำเสนอรูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการวิจัยในเชิงเอกสาร (Documenty Research) และการวิจัยภาคสนาม (Qualitative Research) ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการวิจัยไว้ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลทางเอกสาร (Documenty Investigation) ทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารชั้นปฐมภูมิและชั้นทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับพระไตรปิฎก หนังสือ สารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารตลอดจนข้อมูลทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดดังนี้

2. ศึกษาจากแหล่งสถานที่จริง ได้แก่ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่วิจัย คือ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 รูป/คน ได้แก่

๑. พระสังฆาธิการ
จำนวน 3 รูป
๒. นักวิชาการทางพระพุทธศาสนา
จำนวน 3 คน
๓. นักพัฒนาชุมชน
จำนวน 3 คน
๔. ผู้นำชุมชน
จำนวน 3 คน
๕. ชาวบ้านในชุมชนโพธิการาม จำนวน 18 คน

รวมทั้งสิ้น 30 รูป/คน

1. การสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร ทฤษฎี ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาประมวลความรู้สรุปเป็นกรอบแนวคิดกำหนด ขอบเขตการวิจัยและกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. สร้างสัมภาษณ์ถามตามกรอบแนวคิด เพื่อให้ครอบคลุมขอบเขตของการทำวิจัย

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสร็จแล้วเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงให้มีความตรงตามเนื้อหา

5. นำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ สะดวก และง่ายต่อการค้นหาข้อมูล ในการจัดทำแฟ้มเพื่อประโยชน์ต่อการค้นหาข้อมูล ประกอบด้วย แฟ้มข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มหรือสัมภาษณ์กลุ่มย่อยหรือสัมมนากลุ่มย่อย ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ

- ข้อมูลที่เป็นแบบบันทึกการสัมภาษณ์และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ชื่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญ วันที่ ช่วงเวลา สถานที่สัมภาษณ์ สัมภาษณ์ครั้งที่ ชื่อผู้สัมภาษณ์ บทสัมภาษณ์

- ข้อมูลที่เป็นแบบวิเคราะห์การสัมภาษณ์เจาะลึก/การสนทนากลุ่ม หรือสัมมนากลุ่มย่อย ซึ่งประกอบด้วยชื่อผู้ให้ข้อมูล ชื่อผู้สัมภาษณ์ คำหลักบรรยายเหตุการณ์/สถานการณ์ และการตีความเบื้องต้นแล้วจึงทำการวิเคราะห์เชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. อปริหานิยธรรมในพระพุทธศาสนาเถรวาท

หลักอปริหานิยธรรมคือหลักการการพัฒนาโดยการสร้างความสามัคคีของคนในสังคม หากเรายึดหลักปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธศาสนาเชื่อว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาหรือลดความขัดแย้งของคนในสังคมได้ ดังคำสอนของพระพุทธศาสนา ที่มุ่งเน้นความพร้อมเพรียงของหมู่คณะเป็นสำคัญในการที่จะให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ความสามัคคีหากเกิดขึ้น ณ ที่ใด ความสามัคคีนั้นเป็นสิ่งคุ้มครองป้องกันภัยอันตราย ไม่ว่าจะเป็นชุมชน สังคมหรือประเทศชาติ หากชุมชน สังคมหรือชาติใดมีความสามัคคีพร้อมเพียงกัน สังคม ชุมชนหรือชาตินั้นก็มีพลังต่อสู้ มีความเข้มแข็ง หากมีชาติอื่นมารุกรานก็สามารถรวมกำลังกันต่อสู้เพื่อรักษาอิสรภาพไว้ได้ การแตกความสามัคคีจะเป็นผลร้ายนำความหายนะมาสู่หมู่คณะตลอดถึงประเทศชาติ ความสามัคคีของชาติคือบุคคลในชาติต่างต้องทำหน้าที่ของตนเอง ถ้าต่างไม่ทำหน้าที่หรือเกี่ยงงอนกันทำงานต่างๆ ด้วยความล่าช้าผลัดวันประกันพรุ่งหรือใช้อำนาจข่มขู่คนอื่น คนก็เบื่อหน่ายชิงชังและไม่ยอมรับ การจะพัฒนาก็เป็นไปไม่ได้เต็มที่ เช่น ชาวไร่ชาวนาไม่ทำหน้าที่ให้ได้ผลผลิตเต็มที่ ก็ย่อมทำให้เกิดการขาดแคลนและทำให้ราคาสินค้าต่างๆ พลอยสูงขึ้น ตำรวจไม่ทำหน้าที่โจรผู้ร้ายก็ ชุกชุม ทหารไม่ทำหน้าที่ฝึกหัดอบรมเตรียมความพร้อมไว้ป้องกันประเทศชาติ ถ้าทุกคนต่างไม่ปฏิบัติหน้าที่ของตนประเทศชาติก็จะถึงความพินาศล่มจม ซึ่งเป็นผลมาจากการแตกความสามัคคีทั้งสิ้น เหตุที่ทำให้ความสามัคคีแตกร้าวมักเป็นด้วยบุคคลคิดถึงประโยชน์ของตนยิ่งกว่าประโยชน์ของหมู่คณะ ซึ่งก็เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมทางกาย วาจา และใจ ของทุกคน

2. รูปแบบการพัฒนาชุมชนของ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

รูปแบบการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม โดยสถาบันการเงินชุมชนโพธิ์น้อยศรีสวัสดิ์ พบว่า การจัดตั้งสถาบันการเงินชุมชนโพธิ์น้อยศรีสวัสดิ์ทำให้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนอยู่ร่วมกันด้วยความ สามัคคี เห็นอกเห็นใจกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซื่อสัตย์ สุจริตและเป็นสุขรูปแบบการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ศูนย์ดิจิทัลชุมชนเฉลิมพระเกียรติวัดโพธิการาม พบว่า อาศัยหลักการทางพระพุทธศาสนาก่อให้เกิดการใช้เทคโนโลยี

ตามหลักคุณค่าแท้ และคุณค่าเทียม เพื่อให้ดำรงอยู่ด้วยความไม่ประมาท และธรรมะก็จะเป็นยาใจที่รักษาให้พ้นจากความทุกข์ แม้เราจะมีการเกิด ความแก่ ความเจ็บ ความตายนี้เป็นกฎของธรรมของโลก เมื่อรู้จักกฎของโลกแล้ว ถ้ารู้จักพัฒนาตนให้ปฏิบัติต่อการดำเนินชีวิต ใช้เทคโนโลยีที่ดีแล้ว คุณค่าแท้ คือ ประโยชน์สุขทั้งตนเองและผู้อื่น ความรู้ที่ได้รับ ความคิด และการพัฒนาตัวเองทั้งภายนอกและภายใน คุณค่าเทียม คือ สิ่งทั้งหลายที่มนุษย์พอกพูนให้แก่สิ่งนั้น มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมด้านการเทคโนโลยีย่อมจะพัฒนาตนเองอย่างมีคุณภาพ

รูปแบบการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม การจัดการร้านเซาเซนของวัดโพธิการาม พบว่า วัดโพธิการามได้มีการดำเนินการตามกระบวนการทำงานของวัดได้เป็นไปอย่างราบรื่น เพราะถึงแม้ว่างานที่ทำไปนั้นไม่เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้การปฏิบัติงานตามแผนงานยังมีปัญหา และอุปสรรค เมื่อทำการตรวจสอบแผนงาน และการปฏิบัติงานยังไม่เป็นไปตามที่ต้องการ หรือไม่เป็นไปตามในส่วนของงานที่ควรจะเป็น ท้ายที่สุดแล้วทางวัดก็จะได้นำสิ่งต่างๆที่ได้พบมาร่วมกันทำการวิเคราะห์ มาทำการประชุมร่วมกัน เพื่อให้งานนั้นๆได้บรรลุวัตถุประสงค์ของงานตามที่ได้มีการจัดทำขึ้นมา จากการที่ได้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน และเปิดโอกาสให้ได้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ เป็นไปตามระบอบประชาธิปไตย และการทำงานตามระบบนี้ยังเป็นการส่งเสริมงานของวัดได้เป็นอย่างดีทำให้ประชาชนได้อยู่ดีกินดี นอกจากนี้แล้วยังเอื้อให้เห็นถึงซึ่งความมีสุขภาวะทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่ดีของเจ้าหน้าที่วัดทุกรูป/คนด้วย

รูปแบบการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้านการดูแลสุขภาพของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโพธิ์น้อย-โพธิ์ศรีสวัสดิ์ที่ตั้งอยู่ในวัดโพธิการามมีพบว่า การบูรณาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในภาวะปกติของคนในชุมชนในพื้นที่และนอกพื้นที่ในจังหวัดร้อยเอ็ด การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการทางการแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพในพระพุทธศาสนาร่วมกับวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบันการบูรณาการการดูแลสุขภาพเป็นไปอย่างผสมผสาน กลมกลืนกัน ทำให้การให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโพธิ์น้อย-โพธิ์ศรีสวัสดิ์ เป็นที่ยอมรับและมีชื่อเสียง มีผู้มาขอรับบริการอย่างมากมาย

รูปแบบการพัฒนาชุมชนของ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดโพธิการาม พบว่า ได้นำอปริหานิยธรรม 7 มาบูรณาการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นพุทธธรรมที่ว่าด้วยวิธีการที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นชุดพุทธธรรมที่ว่าด้วยหลักการสร้างชุมชนที่เหมาะสมเอื้อต่อการพัฒนาเด็ก และนอกจากพุทธธรรมดังกล่าวแล้วยังมีใช้หลักการสร้างการมีส่วนร่วมแบบส่วนร่วมมาส่งเสริมการทำงานในชุมชน การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถนำมาประยุกต์และบูรณาการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ หลักธรรมภาวนา 4 ซึ่งเป็นพุทธธรรมที่ว่าด้วยหลักการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หลักธรรมสัมมาทิฏฐิ ซึ่งเป็นพุทธธรรมที่ว่าด้วยวิธีการที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็กและอปริหานิยธรรม 7 เป็นชุดพุทธธรรมที่ว่าด้วยหลักการสร้างชุมชนที่เหมาะสมเอื้อต่อการพัฒนาเด็ก และนอกจากพุทธธรรม ดังกล่าวแล้วยังมีใช้หลักการสร้างการมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วนมาส่งเสริมการทำงานในชุมชน การใช้หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ซึ่งเป็นความรู้ทางจิตวิทยานำมาใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตลอดจนการบูรณาการภูมิปัญญาของชุมชน ให้ความสำคัญและใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาช่วยหนุนเสริมการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย

3. รูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

การจัดประชุมและเลิกประชุม หมั่นประชุมกันเป็นประจำเพราะการประชุมกันบ่อยๆ เป็นการระดม

มันสมอง รวมความสามารถที่ทุกคนมี นำมาแก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่อง ส่งเสริมพัฒนาหมู่คณะให้มีความเจริญในด้านต่างๆ พร้อมเพรียงกันประชุม พร้อมเพรียงกันเลิกประชุม และพร้อมเพรียงกันปฏิบัติกิจของหมู่คณะ ร่วมทำให้เกิดความสามัคคีในองค์กร การเคารพต่อขบวนธรรมเนียมประเพณีเดิมของท้องถิ่น ทุกคนที่เป็นสมาชิกของสังคมจะต้องถือระเบียบข้อบังคับเพื่อปฏิบัติอย่างเสมอภาคกัน และเป็นเหตุส่งเสริมให้การปกครองการบริหารเกิดผลดี มีประสิทธิภาพ เคารพผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น ความเคารพและรับฟังความคิดเห็นของผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์ยาวนานดังนั้นเราต้องให้เกียรติให้ความเคารพนับถือ และรับฟังความคิดเห็นของท่านในฐานะที่เป็นผู้รู้และมีประสบการณ์มามาก การส่งเสริมสถานะและบทบาทของสตรีทุกคนที่อยู่ในองค์กรเดียวกันจะต้องให้เกียรติซึ่งกันและกันโดยเฉพาะการให้เกียรติต่อเพศสตรี โดยการไม่ทำร้ายไม่ประพฤติตนในทางชู้สาวไม่กดขี่ทางเพศ ซึ่งจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียต่อองค์กร การถือแบบอย่าง และยกย่องคนดี เป็นประพฤติปฏิบัติตามเอาแบบอย่างคนดีตั้งใจสนับสนุนคนดี ปกป้องคนดี ส่งเสริมคนดี เลือกคนดีมีความสามารถเข้ามาเป็นกำลังพัฒนาหมู่คณะของตน การปกป้องคุ้มครองผู้อยู่อาศัยแขกและคนที่เข้ามาในท้องถิ่น การต้อนรับและสร้างความประทับใจและสร้างค่านิยมแก่ผู้ที่มาเยือน ดูแลรักษาสภาพแวดล้อมชุมชนร่วมกันทำความสะอาด ลดปัญหาขยะตกค้างในชุมชน สร้างจิตสำนึกของคนในชุมชนให้ยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของสังคมทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ดังนั้น จึงนำหลักหลักอปริหานิยธรรมมาสร้างเป็นแนวทางการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด และจากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ตามที่กล่าวมาแล้ว พบว่า รูปแบบการนำหลักอปริหานิยธรรมไปใช้ในการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม โดยนำหลักอปริหานิยธรรมมาปรับประยุกต์ใช้สามารถ แบ่งได้เป็น 6 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบของความสามัคคีการจัดประชุมและเลิกประชุม 2) รูปแบบของการเคารพต่อขบวนธรรมเนียมประเพณีเดิมของท้องถิ่น 3) รูปแบบของการเคารพผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น 4) รูปแบบของการส่งเสริมสถานะและบทบาทของสตรี 5) รูปแบบของการถือแบบอย่างและยกย่องคนดี และ6) รูปแบบของการปกป้องคุ้มครองผู้อยู่อาศัยแขกและคนที่เข้ามาในท้องถิ่นดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. **รูปแบบของความสามัคคีการจัดประชุมและเลิกประชุม**

การประชุมของคนที่อยู่เป็นหมวดหมู่กันจำเป็นจะต้องมีการประชุมปรึกษาในกิจการงานและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามหน้าที่ การประชุมจึงต้องมีบ่อยๆ เพื่อให้สามารถติดตามศึกษา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันท่วงที เลิกประชุมและกระทำกิจที่ควรทำเพื่อให้เกิดความยุติธรรมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของหมู่คนที่อยู่รวมกัน ไม่กินแหนงแคลงใจกัน จะทำงานอะไรก็สำเร็จได้ เช่นในครอบครัวมีอะไรปรึกษาหารือกันก็ต้องอยู่พร้อมๆ กัน เพื่อทุกคนจะได้ยอมรับในสิ่งที่จะทำลงไปด้วยความเต็มใจจะทำลงไปด้วยความเต็มใจ

หมั่นประชุมกันเนืองนิตย์ เป็นการประชุมพบปะปรึกษาหารือกิจการงานต่าง ๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ร่วมกันโดยสม่ำเสมอ พร้อมเพรียงกันประชุม เลิกประชุมและทำกิจกรรมร่วมกัน พร้อมเพรียงกันปฏิบัติกิจของหมู่คณะ มีความรับผิดชอบร่วมกัน ดำเนินไปอย่างพร้อมเพรียง และเมื่อถึงตอนทำงานก็ต้องทำงานของส่วนรวมให้ดีย่อมแสดงออกซึ่งความสมัครสมานสามัคคี ประชุมปรึกษาหารือกันสม่ำเสมอ เมื่อมีวาระเร่งด่วนสามารถประชุมวิสามัญได้, มีการประชุมประจำเดือนของวัดโพธิการาม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและทุกวันตอนเช้า มีการพบปะกันระหว่างผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เพื่อรับนโยบายในการปฏิบัติงาน เมื่อประชุมก็พร้อมเพรียงกันประชุม เมื่อเลิกประชุมก็พร้อมเพรียงกันเลิก และทำกิจกรรมของส่วนรวมอย่างพร้อมเพรียงกัน มีการแจ้งวันประชุมให้มาประชุมโดยพร้อมเพรียง ในการประชุมเปิด

โอกาสให้แสดงความคิดเห็น ยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ในความพร้อมเพรียงกันเลิกประชุมแต่ละครั้งเป็น สมาชิกทุกคนจะอยู่ร่วมประชุมจนกว่าจะได้ข้อยุติในภารกิจที่ประชุม ไม่ออกจากที่ประชุมไปก่อน อยู่ร่วมประชุมจนครบกำหนดเวลาร่วมรับผิดชอบหน้าที่ ทุกคนอุทิศเวลาของตนเพื่อกิจกรรมขององค์การ ในการประชุมจะมีการประกอบพิธีกรรมทางพระพุทธศาสนาทั้งก่อนและหลังประชุมมีการไหว้พระสวดมนต์ มีบัญชีเซ็นชื่อลงเวลาทุกครั้งในการเลิกประชุมมีเจ้าหน้าที่ค่อยดูแล และตรวจสอบ ในการประชุมทุกครั้ง ทำให้เกิดพร้อมเพรียงกันเลิกประชุม การประชุมทุกครั้งเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และแก้ปัญหา เปิดโอกาสให้สมาชิก สามารถเสนอข้อคิดเห็นได้อย่างเสรี ในทุกแง่ทุกมุม ผู้เข้าประชุมมีสิทธ์ที่จะเสนอเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้ที่ประชุมพิจารณา สามารถเสนอเรื่องในที่ประชุม สนับสนุน เห็นด้วยกับข้อเสนอในที่ประชุม สามารถคัดค้านไม่เห็นด้วยกับข้อเสนอในที่ประชุม อภิปราย แสดงความคิดเห็นในที่ประชุมได้ ขอความคิดเห็นจากผู้ที่เข้าประชุมเพื่อหาข้อยุติ มีมติที่ประชุมตัดสินใจของที่ประชุมเพื่อให้นำไปปฏิบัติ มีการติดตามประเมินผลการประชุมแต่ละครั้ง มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลว่าการจัดการประชุมในครั้งนั้น ๆ ได้บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และมีประสิทธิภาพเพียงใด ในระหว่างการดำเนินงานก็จะประเมินผลเพื่อให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เมื่อการดำเนินการจัดการประชุมสิ้นสุดลงก็จะทำการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินการเพื่อนำเสนอสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อประโยชน์ในอนาคต เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องกับการประชุมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการจัดประชุม ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพการดำเนินงานในครั้งต่อไป

2 รูปแบบของการเคารพต่อขบวนธรรมเนียมประเพณีเดิมของท้องถิ่น

วัดโพธิการามมีแนวคิดในการพัฒนาชุมชนที่ไม่บัญญัติ หรือล้มเลิกข้อบัญญัติต่าง ๆ (อันขัดต่อหลักการเดิมต่อขบวนธรรมเนียมระเพณีเดิมของท้องถิ่น) เป็นการไม่เพิกถอน (ตามหลักการเดิมต่อขบวนธรรมเนียมประเพณีเดิมของท้องถิ่น) ไม่เพิ่มเติม ไม่ละเมิดหรือวางข้อกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ อันมิได้ตกลงบัญญัติไว้ ถือปฏิบัติมั่นตามหลักการเดิม และไม่เหยียบย่ำล้มล้างสิ่งที่ตกลงวางบัญญัติไว้แล้วถือปฏิบัติมั่นอยู่ในบทบัญญัติใหญ่ที่วางไว้เป็นธรรมนูญ ไม่มีการล่วงละเมิดต่อบทบัญญัติขณะเดียวกันก็ปฏิบัติตามจารีตประเพณีของชุมชน ฮีตสิบสอง คองสิบสี่

3. รูปแบบของการเคารพผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น

เคารพนับถือผู้อาวุโส เชื่อฟังคำสอนของท่าน ความเป็นผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น กับความเป็นผู้น้อยเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก เพราะการปกครอง การบริหารจำเป็นต้องมีผู้นำและผู้ตาม หน้าที่ปกครอง หน้าที่สั่งการ เป็นต้น เป็นเรื่องที่ผู้ใหญ่หรือผู้นำจำต้องปฏิบัติ การมีความเคารพยำเกรงผู้ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ใหญ่ ทั้งเชื่อถือกระทำตามคำสั่งของผู้บังคับบัญชาและคำแนะนำสั่งสอน ของผู้ที่เป็นผู้ใหญ่หรือผู้อาวุโสนั้นๆ ทั้งนี้ เพราะการอยู่ร่วมกันในสังคมต้องมีผู้นำ แม้แต่ในครอบครัว ถ้าลูกเชื่อฟังพ่อแม่ก็จะเป็นลูกที่ดี สังคมก็ไม่วุ่นวาย การแสดงเคารพนับถือผู้อาวุโส เชื่อฟังคำสอนของท่าน ความเป็นผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น ให้ความสำคัญหมั่นไต่ถามขอคำปรึกษาท่านที่มีประสบการณ์ในการสร้างความ เจริญให้กับสังคม เชื่อฟังคำสอนของท่าน ความเป็นผู้ใหญ่กับความเป็นผู้น้อยเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก เพราะกาปกครอง การบริหารจำเป็นต้องมีผู้นำและผู้ตามหน้าที่ปกครอง หน้าที่สั่งการ เป็นต้น เป็นเรื่องที่ผู้ใหญ่หรือผู้นำจำต้องปฏิบัติ

4. รูปแบบของการส่งเสริมสถานะและบทบาทของสตรี

สตรีทุกคนได้รับโอกาสและการปฏิบัติอย่างเสมอภาค ในการมีส่วนร่วม และรับผลประโยชน์ทาง

เศรษฐกิจ ได้รับสิทธิและการคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียม และมีหลักประกันทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างทั่วถึง ส่งเสริมสตรีทุกคนได้รับโอกาสและการปฏิบัติช่วยเหลือสนับสนุนให้สถานะและบทบาทของสตรีดีขึ้น ส่งเสริมการลงทุน ส่งเสริมการศึกษามุ่งเน้นพัฒนาความรู้ เสริมสร้างเจตคติ ด้านความเสมอภาค ระหว่างหญิงชายในการมีส่วนร่วม และรับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ได้รับสิทธิและการคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียม และมีหลักประกันทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างทั่วถึง เพิ่มโอกาสการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการเมืองและบริหาร ส่งเสริมสุขภาวะ และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์สตรี เสริมสร้างความมั่นคงในชีวิตและร่างกาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจของสตรี

5. รูปแบบของการถือแบบอย่างและยกย่องคนดี

การเคารพนับถือแบบอย่างและยกย่องคนดีของสังคม ทั้งกาย วาจาและใจ มีความเมตตา กรุณาให้การช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชนเสมอ เคารพ กตัญญูต่อพ่อแม่และผู้มีพระคุณ บุพการี ญาติผู้ใหญ่ ประพฤติปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี เป็นคนตรงต่อเวลา มีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้อื่น ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามจารีตขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามของท้องถิ่น การเคารพนับถือเอาแบบอย่างและยกย่องคนดีในสังคม ทั้งกาย วาจาและใจ มีความเมตตา กรุณาให้การช่วยเหลือผู้อื่นและชุมชนเสมอ เคารพ กตัญญูต่อพ่อแม่ และผู้มีพระคุณ บุพการี ญาติผู้ใหญ่ ประพฤติปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดี แก่ศิษย์ แก่ลูกๆ ทุกคน เป็นคนตรงต่อเวลา มีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง และผู้อื่น ได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามจารีตขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามของท้องถิ่น

6. รูปแบบของการปกป้องคุ้มครองผู้อยู่อาศัยแขกและคนที่เข้ามาในท้องถิ่น

ให้ความสำคัญคุ้มครองป้องกัน แก่ผู้อยู่อาศัยและแขกคนที่เข้ามาในท้องถิ่น ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการทางสังคม จัดระเบียบและดูแลความสงบเรียบร้อยเน้นความสะอาด ความเป็นระเบียบและถูกสุขลักษณะของที่อยู่อาศัย จัดสวัสดิการผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการผู้ยากลำบากสร้างหลักให้คนในชุมชน สร้างจิตสำนึกของสมาชิกองค์กรและคนในชุมชนโดยประสานงาน ประสานใจ ให้ทุกคนมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมสร้าง และร่วมรับผลประโยชน์ การให้ความสำคัญคุ้มครองป้องกัน อันชอบธรรมแก่ผู้อยู่อาศัยและแขกคนที่เข้ามาในท้องถิ่นส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการทางสังคม จัดระเบียบและดูแลความสงบเรียบร้อยเน้นความสะอาด ความเป็นระเบียบ และถูกสุขลักษณะของที่อยู่อาศัย จัดสวัสดิการผู้สูงอายุ จัดสวัสดิการผู้ยากลำบากสร้างหลักให้คนในชุมชนดีขึ้น สร้างจิตสำนึกของสมาชิกองค์กรและคนในชุมชนโดยประสานงาน ประสานใจ ให้ทุกคนมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมแรง ร่วมใจ ร่วมสร้าง และร่วมรับผลประโยชน์

รูปแบบการนำหลักรูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถนำไปบูรณาการได้ดังนี้ **1) รูปแบบของความสามัคคีการจัดประชุมและเลิกประชุม** มีวาระประชุมที่มีแนวทางการแก้ปัญหาสังคมในการบริหารงาน โดยพร้อมเพรียงกันประชุม พร้อมเพรียงกันเลิกประชุม พร้อมเพรียงกันทำกิจที่พึงทำความสามัคคีในการประชุมและทำกิจกรรม เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นแก้ปัญหาและมีการติดตามประเมินผลการประชุมของวัดโพธิการาม **2) รูปแบบของการเคารพต่อขบวนธรรมเนียมประเพณีเดิมของท้องถิ่น** มีการเคารพกฎหมาย จารีต ธรรมเนียม ประเพณีในสังคม เช่น ฮีต 12 คอง 14 ของชาวอีสานที่ถือปฏิบัติกันอยู่ **3) รูปแบบของการเคารพผู้อาวุโสและปราชญ์ท้องถิ่น** ส่งเสริม ช่วยเหลือ ยกย่อง เชิดชู ให้ความเคารพผู้อาวุโสหรือปราชญ์ท้องถิ่น **4) รูปแบบของการส่งเสริมสถานะและบทบาทของสตรี** ให้ความสำคัญและช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา คุ้มครองเด็กและสตรี **5) รูปแบบของการถือแบบอย่างและยกย่องคนดี**การส่งเสริมคนดีให้เจริญรุ่งเรืองในหน้าที่และยกย่อง ในการทำงาน **6) รูปแบบของการปกป้องคุ้มครองผู้อยู่อาศัยและแขกคนที่เข้ามาในท้องถิ่น**

ให้ความสำคัญคุ้มครองป้องกัน แก่ผู้อยู่อาศัยและแขกคนที่เข้ามาในท้องถิ่น สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในด้านคารวธรรม เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับองค์กร

อภิปรายผล

หลักอปริหานิยธรรมเป็นแนวคิดในการป้องกันความเสื่อมเป็นการสร้างสังคม เริ่มต้นจากครอบครัวเป็นต้นไป ให้มีความเจริญก้าวหน้า ในกิจทั้งหลาย ทั้งทางโลกและทางธรรม สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงแสดงหลักป้องกันความเสื่อม และหลักการพัฒนาโดยเน้นสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมได้มีส่วนร่วมกันสร้างสรรค์และพัฒนา หลักการดังกล่าว ถ้านำไปปฏิบัติได้ในสังคม เริ่มต้นจากสถาบันหลักของสังคมคือครอบครัว โดยสม่ำเสมอแล้ว ย่อมเป็นการร่วมกันป้องกันความเสียหาย เป็นไปเพื่อการร่วมด้วยช่วยกันในการสร้างสรรค์ อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ 1) การหมั่นประชุมกันเนืองนิตย์ เป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในสังคม ได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และรับผิดชอบ แต่ต้องเคารพในหลักศีลธรรม โดยมีผู้ที่อาวุโสสูงสุดในสังคมนั้น ๆเป็นผู้ผดุงความยุติธรรมด้วย 2) การพร้อมเพรียงกันประชุม เลิกประชุม ตลอดถึงการกระทำกิจต่าง ๆ ทั้งผู้ใหญ่และผู้น้อย ที่เกิดขึ้นด้วยความเสมอภาคกัน ไม่มีบุคคลใดถืออภิสิทธิพิเศษเอารัดเอาเปรียบกัน เช่น พ่อแม่ทำงานอดิเรกต่าง ๆ ที่สร้างสรรค์ ภายในบ้านพร้อมกับลูก ๆ (ไม่ใช่แค่เพียงสั่งอย่างเดียว) ครูทำกิจกรรมร่วมกันกับนักเรียน แม่ปฏิบัติธรรม ใส่บาตร กราบไหว้พระพร้อมกันกับลูก เคยเห็นภาพที่แม่ถามลูกว่า “ไหว้พระหรือยังลูก” ซึ่งเป็นการบอกเป็นนัย ๆ ว่า “ลูกควรไหว้พระนะ” แต่ตนเองกลับนิ่งเฉยอยู่ ไม่ได้กราบหรือไหว้ให้ลูกเห็นเป็นตัวอย่าง เยาวชนสมัยใหม่นี้ต้องการตัวอย่างที่ดี 3) ไม่บัญญัติสิ่งที่ขัดต่อกฎหมาย หลักการนี้ เป็นการให้เคารพในระเบียบของสังคม เช่น พระสงฆ์ ก็ต้องเคารพพระธรรมวินัย พลเมืองของชาติต้องเคารพกฎหมาย มนุษย์ต้องเคารพกฎศีลธรรม จึงจะสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมนั้น ๆ ได้อย่างสงบ ร่มเย็น ปลอดภัย ซึ่งรวมเรียกว่า “ความสุข” 4) เคารพผู้มีวัยวุฒิและคุณวุฒิในพระพุทธศาสนา หากในสังคมใด สมาชิกไม่ต้องการผู้รู้ธรรมและประพฤติธรรม ไม่ยกย่องให้เป็นผู้นำในการประกอบกิจกรรมสร้างสรรค์สังคมแล้ว สังคมนั้นก็ยากจะพัฒนาได้ เพราะจะเติมไปด้วยการแข่งขัน และการเอารัดเอาเปรียบ ผู้มีคุณวุฒิและวัยวุฒิในพระพุทธศาสนา ชื่อว่า“ผู้รู้ธรรม” ถ้าบุคคลที่รู้ธรรมนั้นสามารถปฏิบัติธรรมให้สมกับที่ตนได้ศึกษาเรียนรู้มาด้วย ก็ชื่อว่า “ผู้ปฏิบัติธรรม” สังคมควรจะยกย่องบุคคลเช่นนั้นให้เป็นผู้นำของสังคม เพราะผู้นำที่มีคุณธรรม เช่น พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลปัจจุบัน เป็นต้น สามารถเป็นศูนย์รวมใจของบุคคลในสังคม พร้อมทั้งช่วยแก้ไขปัญหาของสังคมได้เสมอ ถ้าสังคมหาบุคคลผู้รู้ธรรมและปฏิบัติเช่นนี้ไม่ได้จริง ๆ ได้เพียงผู้รู้ธรรมและรู้จักปฏิบัติธรรมบ้าง ก็ยังสามารถจรรโลงสังคมได้ดีกว่าผู้ไม่รู้ธรรมเลย เปรียบเหมือนแพทย์ที่ไม่ค่อยสนใจรักษาสุขภาพตนเอง แต่ยังสามารถให้การรักษาคนไข้ได้ ครูสอนภูมิศาสตร์ที่ไม่เคยไปในภูมิประเทศต่าง ๆ ในโลก ตามที่ตนสอน แต่ก็สามารถแนะนำพานักเรียนให้รู้ เข้าใจ และสอบผ่านได้ 5) ไม่ทะยานอยากจนเกินไป ไม่เห็นแก่ตัว ในสังคมใดที่ผู้นำของสังคมหรือสมาชิกในสังคม มีความเห็นแก่ตัวมาก พยายามหาช่องว่างของกฎหมายเป็นต้น เพื่อกอบโกยเอาสมบัติของสังคมนั้นๆมาเป็นสมบัติตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ สังคมนั้นย่อมมีแต่ความหายนะ ฉิบหาย เสื่อม และทรุด หาความเจริญมิได้ แต่สังคมใดที่มีผู้นำเป็นแบบอย่างแห่งผู้เสียสละ และชี้นำให้สมาชิกในสังคมร่วมกันเสียสละเพื่อสังคมได้ สังคมนั้นย่อมเจริญ ก้าวหน้า รุ่งเรือง และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านจิตใจภายในและวัตถุภายนอก 6) สังคมนั้นๆ ย่อมปราศจากความอึกทึกวุ่นวาย ไร้ความโกลาหล เป็นสังคมที่สงบ ร่มเย็น เรียบง่าย และเป็นสุข แต่หากสังคมใดสมาชิกที่ไม่เห็นคุณค่าของความสงบ แต่กลับมีค่านิยมว่า ความอึกทึก เสียงดัง โกลาหล เป็นสัญลักษณ์ของความเจริญรุ่งเรืองแล้วไซร้ บุคคลในสังคมนั้นจะมีแต่ความวุ่นวาย จิตใจไม่ได้พักผ่อน เปรียบเหมือนบุคคลที่ต้องทำงานอยู่ในโรงงานที่มีเสียงดังตลอดเวลา หรือในไนท์คลับ ในบาร์ ในสถานเริงรมณ์ ในโรงภาพยนตร์ทั้งหลาย ที่เห็นความอึกทึกเป็นความ

สนุกสนานและเป็นสุข 7) ตั้งสติระลึกว่า ผู้มีศีลธรรมดีงามให้อยู่ผาสุกการอวยพรกันและกันในวโรกาสต่าง ๆ ควรจะย้ำให้กันและกันมีสติ รอบคอบ และรู้รับผิดชอบต่อหน้าที่ของตน มากกว่าที่จะขอให้มีความสุขความเจริญ โดยปราศจากการแสวงหาอย่างสุจริตตามหลักศีลธรรม

สรุปได้ว่า วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้นำหลักอปริหานิยธรรมมาใช้ในการพัฒนาสังคมโดยมีเป้าหมายคือให้สังคมชุมชนเป็นไปเพื่อความเจริญอย่างเดียวส่งเสริมความเป็นประชาธิปไตยในหมู่มนุษย์ เพื่อให้พุทธศาสนิกชนได้รู้จักประยุกต์ใช้ธรรมะในทางการเมืองการปกครอง เพื่อให้เกิดคุณประโยชน์ และเกิดความสามัคคีในสังคมสืบไปการปกครองทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายอาณาจักร หรือฝ่ายศาสนจักร หากมีคุณธรรม 7 ข้อ ที่ชื่อว่า อปริหานิยธรรมแล้วก็จะมีแต่ความเจริญ มีความสามัคคี เป็นปึกแผ่นแน่นหนา ศัตรูไม่สามารถทำลายได้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ **พระมหามิตร ฐิตปญฺโญ (วันยาว)**[4] ได้กล่าวถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและประชาสังคม ที่เข้มแข็งไว้ในงานวิจัย เรื่อง การสร้างจิตสำนึกร่วมของชุมชนในประชาคมและสังคมอาเซียน : วิเคราะห์แนวคิดมุมมองและขบวนการสร้างผ่านประเพณีสงกรานต์ว่า ในชุมชนและประชาคมที่เข้มแข็งมักจะมีวงสนทนาอย่างไม่เป็นทางการอยู่ทั่วไปตามสถานที่ต่างๆ นั้น หากเราสังเกตให้ดีก็จะพบ “ภาวการณ์นำ” การสนทนาในเรื่องต่างๆ อย่างมีชีวิตชีวา โดยภาวการณ์นำดังกล่าว เป็นความสามารถที่ไม่ได้ผูกขาดอยู่ที่ผู้ใดผู้หนึ่ง หากมีผู้นำผูกขาดในการนำเรื่องของส่วนรวม ชีวิตในชุมชน และในประชาคมสังคมนั้นก็จะขาดชีวิตชีวา สีสัน และขาดการริเริ่มสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ผู้นำในความหมายนี้จึงมิได้มีไว้เพื่อทำหน้าที่ตัดสินความผิด หรือเป็นผู้ต่อต้านการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน แต่จะเป็นผู้ที่ค่อยแนะนำหรือคอยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง เพื่อสร้างจิตสำนึกของการเป็นเจ้าของชุมชนของสมาชิกอย่างเต็มที่ สำหรับชุมชนและประชาสังคมที่เข้มแข็งนั้น คนในชุมชนจะตระหนักหรือมีความคิดว่า อำนาจที่แท้จริงนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการบัญญัติทางกฎหมาย และไม่ได้มีอยู่ที่หน่วยงาน องค์กร หรือสถาบันของรัฐเท่านั้น แต่สามารถสร้างสรรค์ขึ้นได้จากตนเอง และจากความร่วมมือกับผู้อื่น การมองว่าอำนาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวทุกๆ คนนี้ มักจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นที่ว่า “ประชาชนในท้องถิ่นเท่านั้น ที่สามารถแก้ปัญหาของท้องถิ่นได้” ความเชื่อมั่นนี้สะท้อนถึงความรับผิดชอบของตนต่อปัญหาของชุมชน สังคม และถือว่าตนเป็นเจ้าของชุมชนและสังคม ด้วยเหตุจึงทำให้สังคมเกิดความเข้มแข็ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ **วิทยา จันทร์แดง** ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการชุมชนเข้มแข็งตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในเขตจังหวัดภาคกลางตอนบน” พบว่า นโยบายการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้เพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง มีการดำเนินการในด้านการเพิ่มศักยภาพขององค์กรชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การจัดการความรู้และการเรียนรู้ของคนในชุมชน ชุมชนมีการประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการบริหารจัดการชุมชน การประกอบอาชีพ การจัดการทรัพยากรในชุมชน และการพัฒนาองค์กรในชุมชน รูปแบบใหม่ที่ค้นพบ คือ การบริหารจัดการชุมชนเข้มแข็งแบบบูรณาการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการวิจัยในครั้งนี้นำไปสู่ข้อค้นพบใหม่ คือ การมีส่วนร่วมที่สนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งแบบไตรภาคี ได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรภาครัฐ องค์กรภาคีสนับสนุน ระบบสนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง ได้แก่ ระบบความรู้ ระบบข้อมูล ระบบความสัมพันธ์ และมีแนวทาง ในการนาไปสู่การปฏิบัติเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง แนวทางในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง คือ แนวทางด้านการฟื้นฟูชุมชน แนวทางด้านการปรับตัวของชุมชนและแนวทางด้านการดำรงอยู่ของชุมชน[5]

เห็นได้ว่า วิธีการและเป้าหมายการพัฒนาสังคมที่เกิดจากการบูรณาการหลักการพึ่งตนเองในพระพุทธศาสนาเข้าไป เพื่อให้เป็นวิธีการและเป้าหมายในการพัฒนาของชุมชนและสังคมไทยที่เหมาะสมต่อไป โดยเฉพาะจากรูปแบบการใช้พุทธธรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งคาดว่าจะช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้มีความ

สมบูรณ์ มีความเชื่อมโยงกับหลักการในพระพุทธศาสนา และได้ผลการศึกษาที่เป็นรูปธรรมชัดเจน กับสังคมได้อย่างเหมาะสม แล้วชุมชนที่สามารถจัดการกับชุมชนของตนได้ทั้งเรื่องเศรษฐกิจ สังคม และ วัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยจากการศึกษารูปแบบการใช้หลักอปริหานิยธรรมสำหรับการพัฒนาชุมชนของ วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะความคิดเห็นที่ต้องการเสนอประเด็นหลักแก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อการบริหารงานขององค์กรให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย และเพื่อนาไปศึกษาวิจัยต่อไป ดังนี้

1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรมีการวางแผนกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบายการบริหารงานตามหลักอปริหานิยธรรม 7 บรรจุไว้ในแผนพัฒนาคณะสงฆ์ จังหวัดร้อยเอ็ดทุกๆปีให้ชัดเจนเพื่อเกิดมรรคผลในทางปฏิบัติต่อไป

2) ควรมีการนำหลักอปริหานิยธรรมมาบูรณาการเข้ากับแนวคิด ทฤษฎีการบริหารเพื่อพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเชิงพุทธ ภายในอำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด

3) วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรมีการสร้างและพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรสู่ความเป็นเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพเกิดประสิทธิผล

4) เพื่อการบริหารจัดการ มีประสิทธิภาพ ควรกระจายความรับผิดชอบและมอบหมายงานให้กับหน่วยงานต่างๆ จากระดับสูงไปถึงระดับต่ำที่สุดเพื่อความร่วมมือของบุคลากรในการบริหารจัดการ

2. **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ**

1) วัตถุประสงค์ในการปฏิบัติงานของตนเองซึ่งอาจไม่ตรงกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ของฝ่ายบริหารจัดการ ควรอบรมให้ความรู้เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดผลในทางบวกต่อหน่วยงานขององค์กร

2)ควรฝึกอบรมให้บุคลากรมีความรู้ในการบริหารจัดการงานเพื่อประสิทธิภาพในการทำงานนอกเหนือจากการเรียนรู้จากขณะทำงานในหน่วยงาน

3) วัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ควรมีการยกระดับและพัฒนากระบวนการสร้างการบริหารจัดการเครือข่ายที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน โดยยึดหลักอปริหานิยธรรม

3.**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1) ควรศึกษากลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างโดยรวมวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาข้อมูลว่ามีการใช้หลักอปริหานิยธรรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่มีความเหมือนหรือแตกต่างกันจากการวิจัยครั้งนี้

2) ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการกับหลักอปริหานิยธรรมของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ดและวัดอื่นๆ มีความสัมพันธ์กันหรือไม่

3) ควรศึกษาการนาหลักพุทธธรรมอื่นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการงาน มาร่วมใช้ในการบริหารจัดการเชิงพุทธ

4) ควรศึกษาการบริหารจัดการเชิงพุทธตามหลักอปริหานิยธรรมของวัดโพธิการาม ตำบลโพนสูง อำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ให้สามารถนาผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาการบริหารจัดการเชิงพุทธของวัดทั่วประเทศให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง.**การพัฒนา บุคคล กลุ่มและชุมชน**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2525

2.พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), **การพัฒนาที่ยั่งยืน**, กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ มูลนิธิพุทธธรรม, 2539

3.มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. **พระไตรปิฎก ภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย**.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539.

4.พระมหามิตร ฐิตปญฺโญ รศ.ดร.**, "การสร้างจิตสำนึกร่วมของชุมชนในประชาคมและสังคมอาเซียน : วิเคราะห์แนวคิด มุมมองและขบวนการสร้างผ่านประเพณีสงกรานต์**", สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, หน้า 95.

5.วิทยา จันทร์แดง, "การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการชุมชนเข้มแข็งตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในเขตจังหวัดภาคกลางตอนบน", **วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต**, บัณฑิตวิทยาลัย : **มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์**, 2556

ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

Health Care Needs in Older Adults towards their Local Administrative Organization in Seven Provinces of Southern Lower Thailand

กิตติพร เนาว์สุวรรณ[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2], ชุติมา รักษ์บางแหลม[3]

Kittiporn Nawsuwan[1], Noppcha Singweratham[2], Chutima Rukbanglaem[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย การมีผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง คือ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวน 6,006 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .894 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t –test และสถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe ผลการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการมากที่สุดในการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างคือ การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน และการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 70.6, 70.5 ตามลำดับ) 2) ผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีสถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย การมีผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเองต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความต้องการ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aimed to compare some health care needs in older adults, towards their local administrative organizations, between seven provinces in the lower southern region of Thailand. Health care needs were classified by residential area, having a caretaker to travel to the hospital or not, and self-awareness. Sample consisted of older adults aged 60 years and over who lived in the seven provinces in the lower southern region, namely Trang, Phatthalung, Songkhla, Satun, Pattani, Yala and Narathiwat. The instrument used was a questionnaire on health care needs from local administrative organizations, yielding a value of IOC between .67 - 1.00. Cronbach's alpha coefficient was .894. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t –test, and One-way ANOVA with Scheffe method. The results of the research were as follows: 1) health care needs from the local administrative organization of most older adults (77.5%) was in the increase in the allowance for elderly, followed by the elderly who need help or need urgent help and helping the elderly who cannot help themselves (70.6%, 70.5%, respectively), 2) older adults had different needs for health care from local administrative organizations, classified by residential area, having a caretaker to travel to the hospital, and health perceptions, with statistical significance of .001 and .01, respectively.

Keywords: Needs, Local Administrative Organization, Older Adults

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

[2] อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

[3] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บทนำ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายด้วยโรคทางความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว และสังคม พบว่าผู้สูงอายุจะถูกลดบทบาทลง การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง[15]องค์การสหประชาชาติ[16] ได้คาดการณ์การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของโลกระหว่างปี พ.ศ.2558-2573 โดยผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคนเป็น 1400 ล้านคน และในปี พ.ศ.2593 จะมีมากถึง 2100 ล้านคน ในขณะที่ผู้สูงอายุ 80 ปี ขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ซึ่งปัจจุบันมีประมาณ 125 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 มีถึง 434 ล้าน สำหรับประเทศไทยมีการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดย ในปี พ.ศ.2559 มีผู้สูงอายุประมาณ 10.3 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 13 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2568 คิดเป็นร้อยละ 19.8 ทั้งนี้สังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 [10]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 หมวด 5 มาตรา 53, 80 และ 84 มีสาระสำคัญเน้นสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ การออมเพื่อการดำรงชีพในยามชรา [12] และแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นการการเตรียมความพร้อมวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ การคุ้มครองทางสังคมสำหรับ [6] โดยผ่านหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การดำเนินการดูแล ช่วยเหลือ และจัดกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4 รูปแบบ คือ การประกันสังคม การช่วยเหลือสาธารณะ การบริการสังคม และการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน[14] โดยมีเป้าหมายตามมาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ไว้ 4 ประการ ดังนี้ 1) มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ 2) มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ [5] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จิรบูรณ์ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี (2553)[13] พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ด้วยการกำหนดนโยบาย การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ภายใต้ขีดความสามารถของบุคลากร ระบบและกลไก โครงสร้างพื้นฐาน ความเป็นอิสระขององค์กรตลอดจนเงินสนับสนุน ทั้งนี้การศึกษาของเอกศักดิ์ เฮงสุขโข (2557)[14] พบว่าชุมชนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพด้วยการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับสูง

แม้ว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นองค์กรที่ความคล่องตัวและความเพียงพอของทรัพยากร สิ่งสนับสนุน และงบประมาณ ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น ขาดการบูรณาการและขาดความต่อเนื่อง ขาดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ความไม่พร้อมของงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้สูงอายุโดยตรง และ สวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริงและไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุได้ทั้งหมด[13] รวมทั้งการขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การกำลังคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนการขาดการประเมินผลการดำเนินงาน [13] ภาครัฐจึงจำเป็นต้องจัดบริการที่เข้าถึงระบบบริการสะดวก ง่าย และปลอดภัย มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน เน้นการดูแลแบบองค์ มีการประสานการดูแล ตลอดจนการเสริมพลังชุมชน [2]

ประกอบกับ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส มีลักษณะทางสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต ประเพณีและวัฒนธรรมที่หลากหลาย และมีความแตกต่างจากบริบทของภาคใต้ตอนบนและภาคอื่น การจัดการภาครัฐแตกต่างไปจากภาคอื่นโดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นการศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการกระทรวงสาธารณสุข ต่อการจับริการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนล่างได้ตามบริบทที่แท้จริง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1.เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

2.เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ เขตที่อยู่อาศัย การมีผู้ดูแล การเดินทางไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเอง

วิธีการวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 600,684 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 6,006 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ 100,000 คน คิดร้อยละ 1 (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ทั้งนี้ในเขตจังหวัดภาคใต้มีผู้สูงอายุ 600,684 คน กลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 6,006 คน โดยเทียบสัดส่วนตามประชากรแต่ละจังหวัด ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยสุ่มเลือกอำเภอโดยคิดร้อยละ 25 จากทุกจังหวัดในเขต 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จากนั้นสุ่มเลือกตำบลโดยคิดร้อยละ 25 จากอำเภอ โดยใช้วิธีหยิบฉลากแบบไม่แทนที่ แล้วจึงนำจำนวนหมู่บ้านจากตำบลในแต่ละจังหวัดนำมาหารกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดที่ต้องการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบ้านเลขที่ของแต่ละตำบลโดยใช้วิธีหยิบฉลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ ถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทยของสถาบันเวชศาสตร์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จากคะแนนเต็ม 3 หมายถึง ต้องการมาก ถึง คะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่ต้องการ รวมทั้งสิ้น 13 ข้อ

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 1 คน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคมเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา 1 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน (ภาคผนวก ก) เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดย

การตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .894

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสาธารณสุขนิเทศ เขตบริการสุขภาพที่ 12 เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เป็นผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด

2. ทำหนังสือถึงผู้บังคับบัญชาของผู้ช่วยวิจัย และผู้เก็บข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมเป็นทีมวิจัยและเก็บข้อมูล

3. จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การสุ่มตัวอย่าง การให้เลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติ ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัด

4. ผู้ช่วยวิจัยแต่ละจังหวัดประสานผู้เก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่เพื่อเข้าเก็บข้อมูลตามวิธีการสุ่มตัวอย่าง

5. ผู้เก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ให้ผู้เก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแล้วจึงลงบันทึกในแบบสอบถาม

6. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปจัดเตรียมแฟ้มข้อมูล บันทึกข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS Version 23) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างด้วยสถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ โดยจำแนกในภาพรวมและรายจังหวัด

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Indepent t –test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ การเดินไปโรงพยาบาล และการรับรู้สุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข BCNSK 25-22/2560 โดยผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการ

ปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างทั้งสิ้น 6,006 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.62 เป็นเพศชายร้อยละ 38.38 มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือประมาณ 70 ปี ในภาพรวมเป็นเพศชายอยู่ในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 20.33 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 12.65 อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 5.39 ในขณะที่เพศหญิงช่วงอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 32.58 ช่วงอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 19.45 อายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 9.59 อาศัยอยู่ในเขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 66.11 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 33.89 ผู้สูงอายุร้อยละ 61.67 มีสถานภาพสมรสแล้ว นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 61.51 นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 38. จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.16 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.95 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 29.79 และมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 8.43

2. ความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่าข้อที่มีร้อยละความต้องการมาก มากที่สุดคือ การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน และ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 70.6, 70.5 ตามลำดับ) และข้อที่มีความต้องการมากน้อยที่สุด คือ การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเทศกาลต่าง ๆ เช่น รดน้ำผู้สูงอายุ วันฮารีรอยอ วันเมาลิด ร้อยละ47.7 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

ข้อความ	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการน้อย จำนวน(ร้อยละ)	ต้องการปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)
1. การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเทศกาลต่าง ๆ เช่น รดน้ำผู้สูงอายุ วันฮารีรอยอ วันเมาลิด	478 (8.0)	832 (13.9)	1,848 (30.8)	2,848 (47.4)
2. การจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ	384 (6.4)	630 (10.5)	1,852 (30.8)	3,140 (52.3)
3. การจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เช่น การจัดรถรับส่งไปมาโรงพยาบาล	377 (6.3)	548 (9.1)	1,,470 (24.5)	3,611 (60.1)
4. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดินสาธารณะในชุมชน ห้องน้ำสาธารณะ เพื่อให้สะดวกและเหมาะสมสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ	350 (5.8)	596 (9.9)	1,633 (27.2)	3,427 (57.1)
5. การสนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในชุมชน	352 (5.9)	684 (11.4)	1,997 (33.3)	2,972 (49.5)
6. การสนับสนุนกิจกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	309 (5.1)	543 (9.0)	1,816 (30.2)	3,338 (55.6)
7. การจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีในชุมชน	257 (4.3)	381 (6.3)	1,463 (24.4)	3,905 (65.0)

ข้อความ	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการน้อย จำนวน(ร้อยละ)	ต้องการปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการมาก จำนวน (ร้อยละ)
8. การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ	225 (3.7)	251 (4.2)	878 (14.6)	4,692 (77.5)
9. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนหรือต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน	255 (4.2)	298 (5.0)	1,216 (20.2)	4,237 (70.5)
10. การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	286 (4.8)	287 (4.8)	1,195 (19.9)	4,238 (70.6)
11. การให้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น แว่นตา ไม้เท้า รถเข็น ฟันปลอม เป็นต้น	506 (8.4)	543 (9.0)	1,509 (25.1)	3,448 (57.8)
12. การส่งเสริมศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ	381 (6.3)	580 (9.7)	1,951 (32.5)	3,094 (51.5)
13. การพัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน	351 (5.8)	481 (8.0)	1,612 (26.8)	3,562 (59.3)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Indepent t –test พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแลต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ($\bar{x}$ =2.45, SD = 0.60) มีความต้องการการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ($\bar{x}$ =2.29, SD = 0.80) และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ($\bar{x}$ =2.41, SD = 0.67) มีความต้องการการดูแลสุขภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ($\bar{x}$ =2.16, SD = 0.79)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตาม เขตที่อยู่อาศัย และการมีผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Indepent t –test

ตัวแปร	n	$\bar{x}$	SD	t	df	p-value
เขตที่อยู่อาศัย						
เขตเทศบาล	1990	2.29	0.80	-7.986	3177.086	<.001
เขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	3882	2.45	0.60			
การมีผู้ดูแล						
ไม่มีผู้ดูแล	231	2.16	0.79	-4.609	243.324	<.001
มีผู้ดูแล	5681	2.41	0.67			

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการ การดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีสถานภาพต่างกันมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่าสถานภาพ

หม้ายและสมรสมีความต้องการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก (ตารางที่ 2)

สำหรับตัวแปรการเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการเดินทางมาโรงพยาบาลต่างกันมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่าผู้สูงอายุที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยรถบริการของหน่วยงานมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยวิธีอื่น ๆ (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ในด้านการรับรู้สุขภาพพบว่าผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีการรับรู้สุขภาพตนเองต่างกันมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมากมีความต้องการการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามสถานภาพ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

สถานภาพ	n	$\bar{x}$	SD	สมรส	หม้าย	หย่า/แยก	โสด
สมรส	3670	2.39	0.68			.016	
หม้าย	2022	2.42	0.64			.005	
หย่า/แยก	72	2.13	0.90				
โสด	187	2.34	0.77				

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่างกลุ่ม	7.098	3	2.366	5.126	.002
ภายในกลุ่ม	2744.909	5947	0.462		
รวม	**2752.007**	**5950**			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

การเดินมาโรงพยาบาล	n	$\bar{x}$	SD	รถส่วนตัว	รถรับจ้าง	รถโดยสารประจำทาง	รถบริการของหน่วยงาน	อื่น ๆ (อาศัยคนอื่นมา)
รถส่วนตัว	4320	2.39	0.67					
รถรับจ้าง	717	2.38	0.70					
รถโดยสารประจำทาง	263	2.34	0.74					
รถบริการของหน่วยงาน	360	2.58	0.57	<.001	<.001	<.001		<.001
อื่น ๆ (อาศัยคนอื่นมา)	290	2.27	0.75					

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่าง	17.603	4	4.401	9.675	<.001
ภายในกลุ่ม	2704.030	5945	0.445		
รวม	**2721.663**	**5949**			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง จำแนกตามการรับรู้สุขภาพตนเอง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

การรับรู้สุขภาพตนเอง	n	$\bar{x}$	SD	ดีมาก	ดี	พอใช้	ดีเล็กน้อย	ไม่ดีเลย
ดีมาก	1052	2.44	0.65			.028		
ดี	2998	2.39	0.71					
พอใช้	1567	2.35	0.64					
ดีเล็กน้อย	288	2.46	0.56					
ไม่ดีเลย	71	2.37	0.80					

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
ระหว่าง	6.499	4	1.625	3.551	.007
ภายในกลุ่ม	2732.306	5971	0.458		
รวม	**2738.804**	**5975**			

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การเพิ่มจำนวนเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ใน มากที่สุดทั้งนี้เนื่องจากโครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุได้ดำเนินการเพื่อจัดเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุทุกคนที่มีรายได้น้อยโดยเริ่มตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2535 คนละ 200 บาท/เดือน ในปี พ.ศ. 2544 ในปี พ.ศ. 2549 เพื่อเป็นคนละ 500 บาท/เดือน และคนละ 600 บาท/เดือน ในปี 2559 ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 ได้ปรับเป็นขั้นบันได คือ อายุ 60–69 ปี ได้รับ 600 บาท/คน/เดือน อายุ 70–79 ปีได้รับ 700 บาท/คน/เดือน อายุ 80–89 ปี จะได้รับ 800 บาท/คน/เดือน อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท/คน/เดือน ซึ่งปัจจุบันถึงแม้สภาพเศรษฐกิจจะสวนทางกับสภาพการเติบโตของสังคมผู้สูงวัยที่นับวันจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งรัฐต้องแบกรับภาระเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพ ภาครัฐจึงไม่สามารถจ่ายเบี้ยยังชีพให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุในสภาพการทางเศรษฐกิจปัจจุบัน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากหลาย ๆ สาเหตุ เช่น การอยู่ตามลำพังกับคู่สมรส การรับภาระเลี้ยงหลาน การเกษียณอายุราชการทำให้รายรับลดลง ขาดการวางแผนการออมเงินเพื่อใช้หลังเกษียณราชการ ตลอดจนการมีหนี้สินคงค้างจึงทำโครงการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ (เบี้ยยังชีพ) สำหรับผู้สูงอายุก็ยังไม่สามารถเอื้อประโยชน์ให้ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงอย่างแท้จริง [7] สอดคล้องกับการศึกษาของฐากร ผลพันธ์ (2559)[4] พบว่าจำนวนเงินเบี้ยยังชีพไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เป็นปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในการดำเนินโครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กรณีศึกษา องค์การบริหารส่วนตำบลสามบัณฑิต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา แต่อย่างไรก็ตามการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือบรรเทาความเดือนร้อนให้กับผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะไม่เพียงพอต่อการยังชีพก็ตาม [9]

จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่มีสถานภาพต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายและ

สมรสมีความต้องการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก หรือโสด ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายและสมรส มีความคาดหวังที่จะได้รับการดูแลจากคู่สมรสมาโดยตลอด มีความเคยชินกับการอยู่เป็นคู่ และต้องได้รับการดูแลและพึงพิงจากบุคคลรอบข้างและสมาชิกของครอบครัว โดยครอบครัวและคู่สมรสจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ยา การพักผ่อนนอนหลับ การดูแลสุขภาพ ตลอดจนการจัดอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านจิตใจ ได้แก่ การให้ความรัก การพูดคุยเพื่อรับฟังความคิดเห็นและลดความว้าเหว่ ด้านสังคม ได้แก่ การร่วมทำกิจกรรม การเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ และด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเรื่องการเงิน [8]ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสภาพโสด หย่า/แยก ในช่วงของการดำรงชีวิตที่ผ่านมาต้องดูแลตัวเองมาตลอด ประกอบกับสภาพสังคมปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว สภาพการผู้สูงอายุเป็นโสดมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโสดมีการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตไม่ต้องการเป็นภาระหรือพึ่งพาผู้อื่น [2] จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มหม้ายและสมรสมีความต้องการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหย่า/แยก หรือโสด

สำหรับตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่จะอาศัยในแถบชานเมือง หรือตำบล หมู่บ้าน การดูแลหรือการให้บริการจากภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังจำกัดอยู่เนื่องจากการขาดงบประมาณ หรืองบประมาณเน้นการใช้กับการสร้างสาธารณูปโภค เช่น คูน้ำ ถนน ซึ่งเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การสร้างสวนสุขภาพ การจัดสวัสดิการตลอดจนการดูแลผู้สูงอายุที่ยากจนหรือเจ็บป่วย จึงทำให้งบประมาณไปไม่ถึงมือผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จากการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (2559)[1] พบว่าความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมหาวิทยาลัยบูรพา ได้แก่ ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 99.0 ควรมีรถรับส่งไปโรงพยาบาล ร้อยละ 93.0 และความต้องการในการตรวจทันตสุขภาพประจำปี ร้อยละ 91.9

ในด้านการมีผู้ดูแลพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะในบริบทภาคใต้ ที่มีวัฒนธรรมของคนภาคใต้ต้องดูแลพ่อแม่ ปู่ย่าตายายเมื่อถึงวัยแก่ชรา ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางร่างกายทำให้มีปัญหาต่อการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งการอยู่บ้านคนเดียว ทำให้เหงา หว้าเหว สอดคล้องกับการศึกษาของรัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2560)[11] พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชต้องการการดูแลจากครอบครัวในด้านการเตรียมอาหาร การรับประทานยา การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ตลอดจนการเพื่อนเพื่อลดความเหงา ว้าเหว่ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีไม่มีผู้ดูแลมีความต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งในการด้านสวัสดิการ การจัดกิจกรรม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยรถบริการของหน่วยงาน เช่น อบต. เทศบาล มีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว รถประจำทาง หรือรถรับจ้าง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยรถบริการของหน่วยงานเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้ดูแลต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน หรือเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถนั่งรถโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ ที่มีความลำบากในการนั่งซ้อนท้าย จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการที่ให้ภาครัฐโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเช่น อบต. มีสวัสดิการประเภทนี้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้บางพื้นที่

โรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขอยู่ไกลจากตัวอำเภอ ไม่มีรถประจำผ่าน หรือหากมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางแต่ละครั้งมีราคาสูง สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของผู้สูงอายุที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมหาวิทยาลัยบูรพา ของกาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์ และพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (2559)[1] พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 93.0 ต้องการรถรับรับส่งไปโรงพยาบาล

ในด้านตัวแปรการรับรู้สุขภาพตนเองพบว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีมากมีความต้องการการดูแลสุขภาพจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสูงกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีนั้นจะมองว่าตนเองเป็นคนที่แข็งแรง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บุคคลเหล่านี้มักจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ส่งผลต่อการดำเนินของโรค รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หากเป็นโรคก็สามารถควบคุมโรคการดำเนินของโรคได้ รวมทั้งเป็นบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพโดยรวมดี รูปแบบการดูแลสุขภาพจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันทั้งโรคและการเกิดภาวะทุพพลภาพ [2] ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงต้องการให้ภาครัฐเข้ามาสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสและมีสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งมีความต้องการให้ภาครัฐเข้ามาช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อวางแผนและปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตภาคใต้ โดยการเพิ่มเบี้ยเบี้ยยังชีพหรือการสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมเพื่อสันทนาการผู้สูงอายุ การจัดบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวกขณะไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากจนและด้อยโอกาส การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในพื้นที่สาธารณะ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดู ผู้สูงอายุที่อาศัยเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้สูงอายุที่มีสถานะภาพสมรสหรือหม้าย

2. ควรศึกษานำร่องรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภายใต้ความประสานความร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559 และข้อมูลจากโครงการ วิจัยย่อยเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง

เอกสารอ้างอิง

1.กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, มยุรี พิทักษ์ศิลป์, พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ. (2559). ความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2): 44 - 52.

2.จินตนา อาจสันเที๊ยะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 19(1): 39 – 46.

3.จินตนา อาจสันเที๊ยะ และพรนภา คำพราว. (2557). *รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน . วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 15(3): 123 – 127.

4.ฐากร ผลพันธ์. (2559). สภาพปัญหาการดำเนินโครงการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : องค์การบริหารส่วนตำบลสามบัณฑิต จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 18(1): 23 – 30.

5.นาวรัตน์ ไวชมภู, รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และ นภชา สิงห์วีรธรรม. (2562). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2): 262 – 269.

6.นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). ประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ ใน *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. วิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

7.บุญมี โททา, ภักดี โพธิ์สิงห์ และชญานิน กฤติยะโชติ. (2561). การนำนโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ.

8.ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรส อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ และนิมัสตูรา แว. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3): 300 – 310.

9.ภัทรวดี ซอกดุลย์. (2557). การประเมินผลโครงการสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลพระแก้ว อำเภอภาชี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัยราชภัฏกรุงเก่า*. 1(1), 22 – 29.

10.มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิราช. (2559). *สังคมผู้สูงอายุ: นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ*. สืบค้นเมื่อจาก 3 มิ.ย. 59 จาก http://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-01.html.

11.รัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). *ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3): 300 – 310.

12.ราชกิจจานุเบกษา. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553*. เล่ม 127 ตอนที่ 56 ก, หน้า 3 ลงวันที่ 15 กันยายน 2553.

13.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, จริบูรณ์ โตสงวน และหทัยชนก สุมาลี. (2553). *บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสร้างเสริมสุขภาพและข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการกระจายอำนาจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

13.สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). *สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้,* 7(1): 73-82.

14.เอกศักดิ์ เฮงสุขโข. (2557). ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัย มสด.*, 10(3): 129 – 142.

15.MauK, L. K. (2014). *Gerontological Nursing Competencies for Care. Massachusetts: Courier Companies.*

16.United Nation. (2015). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

ประสิทธิผลของการรักษาข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน

Effectiveness of Osteoarthritis in the Elderly with Court-type Thai Traditional Massage with Rusiedatton

พลอยชนก ปทุมานนท์[1], วิชัย โชควิวัฒน[2]

Ploychanok Pathumanont , Vichai Chokevivat

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรในโรงเรียนผู้สูงอายุรวมใจไชโย จังหวัดอ่างทอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการนวดตามตำราหัตถเวชกรรมแผนไทยครั้งละ 15 นาทีร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนสำหรับข้อเข่าเสื่อม จำนวน 3 ท่า กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการนวดเฉพาะตำแหน่งที่ปวด ขัด และฝืดข้อเข่า ครั้งละ 10 นาทีร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนด้วยตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 8 ครั้ง วัดระดับความปวดของข้อเข่าก่อนและหลังรักษาด้วย Visual Analog Scale (VAS) of Wong-Baker วัดองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าด้วยโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired sample t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังการรักษาทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความปวดลดลง งอเข่าได้องศามากขึ้น เหยียดเข่าได้ตรงมากขึ้นกว่าก่อนรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการนวดไทย แบบราชสำนักทั้งสองแบบร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตนสามารถลดอาการปวดและข้อยึดในผู้สูงอายุที่ข้อเข่าเสื่อมได้

คำสำคัญ : ข้อเข่าเสื่อม, การนวดไทยแบบราชสำนัก, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness and compare of osteoarthritis in the elderly using court-type Thai traditional massage with rusiedatton. Purposive sampling was conducted among the elderly at Ruamjai Chaiyo School for the Elderly, Angthong Province. The elderly were divided into an experimental group and a comparison group with thirty subjects in each. The experimental group used court-type Thai traditional massage following Thai medical textbooks and three postures of rusiedatton. The control group used court-type Thai traditional massage only, with pain position with rusiedatton similar to the control group twice a week for a total of 8 times. Both groups were evaluated by the Wong-Baker visual analog scale (VAS) and movement degrees were measured using a goniometer. Descriptive statistics were analyzed by a paired sample t-test. Results showed that after treatment, both groups had lower pain scores with a greater degree of knee flexion. Knee extensions were straighter and showed a difference at the 0.05 level of significance. Results of this study indicate that both of court-type Thai traditional massage with rusiedatton could lower pain score and seizure-osteoarthritis in the elderly.

Keywords : Osteoarthritis, Court-type Thai Traditional Massage, The Elderly

บทนำ

ความชราภาพหรือการมีอายุที่สูงขึ้นมักก่อให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย มักพบการเจ็บปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อได้บ่อย [(1)] โรคข้อเสื่อมที่พบมากที่สุดในคนไทย คือ ข้อเข่าเสื่อม [(2)] เนื่องจากเป็นข้อขนาดใหญ่และรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง ต้องรับแรงกระแทกอยู่เสมอจึงเสื่อมได้ง่าย

[1] นักศึกษาปริญญาเอก สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

[2] สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

การเสื่อมสภาพของข้อเข่าเป็นการสึกกร่อนของกระดูกผิวข้อ เกิดกระดูกงอกและอักเสบในข้อ เมื่อขยับข้อจะเจ็บปวดหรือมีเสียงดัง หากเป็นมากขาจะโก่งงอเหยียดเข่าไม่สุด [3] การที่กระดูกรับน้ำหนักมากขึ้น ความยืดหยุ่นของข้อและการทำหน้าที่ในการดูแลใยคอลลาเจนจะเสียไป ทำให้สารอาหารที่ได้จากน้ำหล่อเลี้ยงไขข้อผ่านไปเลี้ยงเซลล์ที่อยู่ลึกลงไปได้ยาก ความยืดหยุ่นจึงลดลง เมื่อเกิดการเสียดสีกันของกระดูกขณะที่มีการเคลื่อนไหวทำให้เกิดอาการปวด และข้อยึดหรือข้อติดไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ โดยอาการจะค่อยๆ เริ่มเป็นทีละน้อย [4] ถึงแม้ว่าธรรมชาติจะมีการสร้างกระดูกอ่อนขึ้นมาทดแทนกระดูกที่สึกกร่อน แต่มีการทำลายมากกว่าการสร้างขึ้นใหม่จึงทำให้เกิดภาวะโรคข้อเสื่อม [5] ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกประเทศ และส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางร่างกายลดลง มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น [6] รวมถึงก่อให้เกิดพยาธิสภาพดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการรักษา ป้องกันไม่ให้ข้อถูกทำลายมากขึ้น ปัจจุบันมีวิธีรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อบรรเทาอาการ หรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้หลายรูปแบบ ได้แก่ การใช้ยา การไม่ใช้ยา การผ่าตัด การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนไทย [7]

การนวดไทยเป็นหัตถการทางการแพทย์แผนไทยที่มีมาตั้งแต่โบราณ ผู้นวดจะใช้มือหรือส่วนต่างๆ ของร่างกาย กด

คลึง บีบ ดึง ดัด บิดส่วนของร่างกาย เพื่อบรรเทาอาการหรือแก้ไขภาวะต่างๆ ของผู้ป่วย ปัจจุบันพบการนวดหลายแบบในสังคมไทย ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การนวดไทยแบบเชลยศักดิ์ (Popular type Thai traditional massage) และการนวดไทยแบบราชสำนัก (Court-type Thai traditional massage) การนวดทั้ง 2 แบบนี้มีจุดประสงค์ที่แตกต่างกัน คือ การนวดไทยแบบเชลยศักดิ์หรือการนวดแบบทั่วไปมักนวดเพื่อผ่อนคลายหรือนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการนวดไทยแบบราชสำนัก เป็นการนวดเป็นการใช้นิ้วมือและมือกดนวดบริเวณร่างกายตามศาสตร์และสิลป์ของแพทย์แผนไทยที่เคยปฏิบัติกันมา ในราชสำนัก เพื่อบำบัดรักษาโรค ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ผลของการนวดจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายการเกร็งตัว [8] โดยมีตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก) เป็นคู่มือในการรักษาโรคทางกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ และตำรานี้ยังใช้ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตในทุกๆ สถาบัน ซึ่งผู้ที่ทำการนวดรักษาจะต้องผ่านการสอบ จึงจะมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้

ฤาษีดัดตนเป็นการบริหารร่างกายแบบไทยที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและดัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีท่าครอบคลุมทุกส่วนของร่างกายที่ทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า หากมีการปฏิบัติ อย่างเหมาะสมจะเป็นผลดีต่อการไหลเวียนของเลือดในกล้ามเนื้อที่ถูกดัด ข้อต่อต่างๆ จะเคลื่อนไหวสะดวกขึ้น [9]

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการนวดไทยเป็นวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพและภูมิปัญญาของไทยที่มีประโยชน์หลายประการ ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาการนวดไทยแบบราชสำนักตามแบบที่ใช้ในตำราหัตถเวชกรรมแผนไทยพอสมควร แต่ยังไม่พบการศึกษาการนวดไทยแบบราชสำนักรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดเฉพาะจุดหรือตำแหน่งที่มีอาการ ร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและเปรียบเทียบการรักษาข้อเข่าเสื่อมด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักตามตำราหัตถเวชกรรมแผนไทยกับการนวดเฉพาะจุดหรือตำแหน่งที่มีอาการร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตนสำหรับรักษาข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) จำนวน 2 กลุ่ม ได้ดำเนินการทำประกาศ รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยหลังจากที่ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2561 มีวิธีการวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลอง ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักรักษาข้อเข่าเสื่อมตามตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก) [10] สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 15 นาที ร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนหลังการนวด ครั้งละ 5 นาที (วันเว้นสามวัน) ทั้งหมดจำนวน 8 ครั้ง ตามลำดับ ดังนี้

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดสัญญาณ 1-3 เข่า
3. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านนอก เน้นสัญญาณ 4
4. นวดสัญญาณ 1-4 ขาด้านใน เน้นสัญญาณ 3 และ 4
5. กายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน 3 ท่า

กลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักที่ผู้วิจัยคัดเลือกจากตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก) ซึ่งจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่อาการของข้อเข่าเสื่อมเกิดที่บริเวณข้อเข่า ได้แก่ ปวดที่ข้อ ข้อฝืดแข็ง มีเสียงในข้อขณะเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวข้อลดลง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเฉพาะการนวดที่จำเป็นและตรงกับตำแหน่งหรือจุดที่มีอาการของโรค โดยนวดสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 10 นาที ร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนหลังการนวด ครั้งละ 5 นาที (วันเว้นสามวัน) ทั้งหมดจำนวน 8 ครั้ง ตามลำดับ ดังนี้

1. นวดพื้นฐานขา เปิดประตูลม
2. นวดสัญญาณ 1-3 เข่า
3. กายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน 3 ท่า

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุรวมใจไชโย อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุระหว่าง 60-75 ปี

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณตัวอย่างของ Cohen ใช้ Effect Size = 0.80 ที่ Alpha = 0.05 Power of Test = 0.80 และเปิดตาราง Power Table ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม [11] ในการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลจำนวน 8 ครั้ง ซึ่งอาจเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และทำการสุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน [12]

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 แบบประเมินความเจ็บปวด Visual Analog Scale (VAS) of Wong-Baker โดยมีเกณฑ์คะแนนของความปวดตั้งแต่ 0-10 คะแนน (ไม่เจ็บหรือปวดจนถึงเจ็บหรือปวดมากที่สุด)

1.3 โกนิโอมิเตอร์ (goniometer) สำหรับวัดองศาการเคลื่อนไหวในการงอและเหยียดข้อเข่า (knee flexion-extension)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1 การนวดไทยแบบราชสำนักตามตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย

2.2 การนวดไทยแบบราชสำนักเฉพาะตำแหน่งที่ปวด ขัด และฝืดข้อเข่า

โดยผู้ที่ทำการนวดไทยแบบราชสำนักทั้ง 2 กลุ่ม คือ แพทย์แผนไทยที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเป็นผู้ให้การนวดเพียงผู้เดียว

2.3 กายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตนสำหรับข้อเข่าเสื่อม จำนวน 3 ท่า ได้แก่ ท่าดำรงกายอายุยืน ท่าแก้ไหล่ ขา และแก้เข่า ขา ท่าแก้กร่อนและแก้เข่าขัด โดยคัดเลือกท่าที่ใช้

แก้อาการปวด ขัดในเข่าโดยตรง และเป็นท่าที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อนเหมาะแก่การปฏิบัติด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

2.4 วัดผลก่อนและหลังการรักษาด้วยการนวดร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนทุกครั้งโดยผู้ช่วยวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561 เลขที่รับรอง 130/2561 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติระหว่างดำเนินการวิจัย ชี้แจงถึงสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมและการไม่เข้าร่วมโดยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักด้วย paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ทั้งเพศชายและหญิง มีอายุระหว่าง 60-75 ปี

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มปรียบเทียบที่วัดด้วย Visual Analog Scale (VAS) of Wong-Baker (n=30)

ความเจ็บปวดข้อเข่า		คะแนนความปวดข้อเข่า					
		กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
		$\overline{X}$	SD	ความหมาย	$\overline{X}$	SD	ความหมาย
1. ความเจ็บข้อเข่าด้านใน	ก่อนรักษา	4.49	0.87	ปานกลาง	3.46	0.82	เล็กน้อย
	หลังสิ้นสุดการรักษา	4.22	0.92	ปานกลาง	3.30	0.74	เล็กน้อย
2. ความปวดข้อเข่าด้านใน	ก่อนรักษา	4.66	0.99	ปานกลาง	3.47	0.85	เล็กน้อย
	หลังสิ้นสุดการรักษา	4.37	0.99	ปานกลาง	3.30	0.74	เล็กน้อย
3. ความเจ็บข้อเข่าด้านนอก	ก่อนรักษา	4.27	0.89	ปานกลาง	3.95	1.19	เล็กน้อย
	หลังสิ้นสุดการรักษา	4.02	0.88	ปานกลาง	3.73	1.13	เล็กน้อย
4. ความเจ็บข้อเข่าด้านใน	ก่อนรักษา	4.19	0.87	ปานกลาง	4.03	1.27	เล็กน้อย
	หลังสิ้นสุดการรักษา	3.93	0.87	ปานกลาง	3.80	1.20	เล็กน้อย
โดยเฉลี่ย	ก่อนรักษา	4.40	0.83	ปานกลาง	3.73	0.93	เล็กน้อย
	หลังสิ้นสุดการรักษา	4.13	0.85	ปานกลาง	3.53	0.87	เล็กน้อย

จากตาราง 1 พบว่า หลังการรักษาทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดข้อเข่าลดน้อยลงกว่าก่อนได้รับการรักษา

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยองศาการเคลื่อนไหวในการงอและเหยียดข้อเข่าของกลุ่มทดลองและกลุ่มปรียบเทียบที่วัดด้วยโกนิโอมิเตอร์ (n=30)

การเคลื่อนไหว		องศาการเคลื่อนไหว			
		$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
การงอข้อเข่า	ก่อนรักษา	131.52	7.65	128.59	11.96
	หลังสิ้นสุดการรักษา	132.68	7.75	129.34	11.90
การเหยียดข้อเข่า	ก่อนรักษา	13.42	2.89	11.69	2.44

	หลังสิ้นสุดการรักษา	12.90	3.13	11.18	2.55

จากตาราง 2 พบว่า หลังการรักษาทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของศาการเคลื่อนไหวในการงอข้อเข่าได้มากขึ้นกว่าก่อนรักษา และเหยียดข้อเข่าได้ตรงมากกว่าก่อนรักษา

ตาราง 3 เปรียบเทียบประสิทธิผลหลังการนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน

รายการเปรียบเทียบ	กลุ่ม	N	$\overline{X}$	SD	t	p
1. อาการปวด	กลุ่มทดลอง	30	3.01	1.23	3.44	0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.17	0.53		
2. อาการข้อฝืด	กลุ่มทดลอง	30	2.48	1.85	2.77	0.007*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	1.37	1.20		
3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง	30	1.68	0.93	2.68	0.009*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	1.05	0.90		
4. ความเจ็บข้อเข่าด้านใน	กลุ่มทดลอง	30	4.22	0.92	4.25	0.000*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.30	0.74		
5. ความปวดข้อเข่าด้านใน	กลุ่มทดลอง	30	4.37	0.99	4.73	0.000*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.30	0.74		
6. ความเจ็บข้อเข่าด้านนอก	กลุ่มทดลอง	30	4.02	0.88	1.09	0.282
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.73	1.13		
7. ความปวดข้อเข่าด้านนอก	กลุ่มทดลอง	30	3.93	0.87	0.48	0.635
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.80	1.20		
8. การงอข้อเข่า	กลุ่มทดลอง	30	132.68	7.75	1.29	0.203
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	129.34	11.90		
9. การเหยียดข้อเข่า	กลุ่มทดลอง	30	12.90	3.13	2.33	0.023*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	11.18	2.55		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 พบว่าก่อนการรักษาและหลังสิ้นสุดการรักษาทั้งสองกลุ่มมีอาการปวด อาการข้อฝืด ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บ ปวดข้อเข่าด้านใน และการเหยียดข้อเข่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ส่วนความเจ็บ ปวดข้อเข่าด้านนอก และการงอข้อเข่า ไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักตามตำราหัตถเวชกรรมแผนไทยร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนในกลุ่มทดลอง และได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักเฉพาะจุดหรือตำแหน่งที่มีอาการร่วมกับกายบริหารท่าฤาษีดัดตนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความปวด ระดับอาการข้อฝืดในชีวิตประจำวันลดลง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นทั้งสองกลุ่ม หลังจากได้รับการนวดจำนวน 8 ครั้ง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การนวดและกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตนมีผลในการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดกล้ามเนื้อคลายการเกร็งตัว [8] ลดการติดขัดของข้อต่อ การ

เคลื่อนไหวสะดวกขึ้น ระบบประสาทผ่อนคลาย [13] เมื่อหลอดเลือดมีการขยายทำให้เลือดไหลเวียนได้ดี [14] อาการปวด และข้อฝืดจึงลดลงได้ ซึ่งตามแนวคิดของการควบคุมประตูอธิบายไว้ว่าหากมีการกระตุ้นการนำสัญญาณประสาทของใยประสาทขนาดใหญ่เอ-เบตา ทำให้ประตูปิดจึงไม่มีสัญญาณประสาทไปกระตุ้นเซลล์ทีซึ่งทำหน้าที่ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองส่วนที่รับรู้ความเจ็บปวดทำให้ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด [15] สำหรับมุมมองตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยข้อเข่าเสื่อม เกิดจากสมุฏฐานหรือสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ธาตุดินพิการ คือ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น มีการเจ็บบริเวณเข่า ธาตุน้ำพิการ คือ ลสิกาหรือน้ำในไขข้อหย่อน ทำให้น้ำไขข้อแห้ง ธาตุลมพิการ คือ การไหลเวียนของเลือดลมไม่สะดวก หากเกิดบริเวณเข่า อาจทำให้ปวดเข่าได้ และธาตุไฟที่ชื่อ “ชิรณัคคี” ทำให้เกิดความเสื่อมของร่างกายหรือเกิดความพิการของธาตุอื่นๆ ทำให้ธาตุไฟกำเริบ จึงพบอาการแดง ร้อน ที่บริเวณเข่า เมื่อมีอาการจะทำให้ปวดข้อเข่าเนื่องจากเลือดลมเดินไม่สะดวก [16]

จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา มีการยืนยันผลของการนวดไทยแบบราชสำนักและกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตน ในการรักษาข้อเข่าเสื่อม เช่น ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีขึ้น ระดับความรุนแรงของโรค ข้อเข่าเสื่อมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากกายบริหารฤาษีดัดตนร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนักด้วยตนเอง [17] และกลุ่มที่ได้รับการนวดแผนไทยแบบราชสำนักสามารถลดอาการปวดและเพิ่มการทำงานของข้อเข่าได้ดี [18-20] แสดงให้เห็นว่า การนวดไทยแบบราชสำนักร่วมกับกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตนทั้งสองรูปแบบสามารถใช้ในการรักษาข้อเข่าเสื่อมได้โดยมีประสิทธิผลแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ซึ่งการนวดเฉพาะจุดหรือตำแหน่งที่มีอาการปวด ขัด และฝืดของข้อเข่า นับว่าเป็นวิธี ที่ช่วยลดภาระการใช้แรงหรือพลังงานของผู้นวดได้ระดับหนึ่ง ขณะเดียวกันการนวดตามตำราหัตถเวชกรรมแผนไทยแม้จะใช้เวลาในการนวดที่นานกว่าและมีท่านวดมากกว่าแต่ก็ลดปวดและลดอาการข้อฝืด รวมทั้งทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าการนวดเฉพาะจุดหรือตำแหน่งที่มีอาการ

ผลการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่า วิธีการวิจัยทั้งสองแบบสามารถลดระดับความปวด ลดระดับอาการข้อฝืดในชีวิตประจำวัน และสามารถทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ดีเช่นเดียวกับวิธีการรักษาอื่นๆ โดย ไม่ต้องใช้ยาหรือสอดใส่วัสดุใดๆ ในร่างกาย ในภาพรวมนับว่าเป็นผลดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น เคลื่อนไหวหรือทำกิจวัตรต่างๆ ได้ดีขึ้น ประสาทผ่อนคลายจึงมีจิตใจแจ่มใสและอารมณ์ดีจากการสัมผัสด้วยการนวด และยังเป็นการสืบสานการใช้ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพอันเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยให้อยู่คู่กับสังคมไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่มีการวัดผลในระยะสั้น ควรมีการวัดผลระยะปานกลางและระยะยาวเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุรวมใจไชโย จังหวัดอ่างทอง ทุกๆ ท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.วันดี โภคะกุล และศรีเพชรรัตน์ เมฆวิวัฒนาวงศ์. **โรคปวดข้อ ปวดเข่า ในผู้สูงอายุ**. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

2. วรวิทย์ เลาห์เรณู. **โรคข้อทางอายุรศาสตร์ 2**. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์, 2537.

3. ธีรชัย อภิวรรธกกุล. **เคล็ดลับทางออร์โธปิดิกส์ (Orthopaedic Secrets)**. กลางเวียงการพิมพ์ เชียงใหม่, 2558.

4. ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์ และวิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล. “บทความฟื้นวิชาข้อเข่าเสื่อม”. **วารสารการศึกษาพยาบาล.** 2546 (14) : 55-64, 2546.

5. สาธิต เที่ยงวิทยาพร. **50 สาระชนะเข่าเสื่อม**. ยูเนี่ยน ครีเอทชั่น กรุงเทพฯ, 2551.

6. สุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์. **คู่มือสำหรับประชาชน โรคข้อเสื่อม-เข่าเสื่อม**. ทรงสิทธิวรรณ กรุงเทพฯ, 2543.

7. นคร สมบูรณ์วิทย์. "ทำอย่างไรจะไม่ปวดข้อปวดเมื่อย". **วารสารสมาคมร้านขายยา**. 2547; 23(1) : 47-48, 2547.

8. โรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. **การแพทย์แผนไทยในคณะการแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล**. ศุภวนิชการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2552.

9. กัญจนา ดีวิเศษ. บรรณาธิการ. **กายบริหารแบบไทย ๑๐๘ ท่าฤาษีดัดตน**. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ, 2537.

10. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท. **หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก)**. พิฆเณศ พริ้นท์ติ้ง เซ็นเตอร์ กรุงเทพ, 2548.

11. Cohen, J. "A power primer". **Psychological Bulletin**. 1992; 112: 155-59.

12. มานพ คณะโต และสุชาดา ภัยหลีกลี้. **หลักการวิจัยสุขภาพขั้นพื้นฐาน.** ไม่ปรากฏชื่อสถานที่พิมพ์ ขอนแก่น, 2546.

13. สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการจัดทำแนวทางการให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ. **คู่มือแนวทางการ ให้บริการหัตถการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ , 2557.

14. Foley A and etc. **Does hydrotherapy improve strength and physical function in patients with osteoarthritis-a randomized controlled trial comparing a gym based and a hydrotherapy based strengthening programme**. Ann Rheumatol Disord. 2003; 62:1162-7.

15. Wilkie and etc. **Principles of practice for the Acute care Nurse Practition**. tamford Connectice : Appleton& Lange, 1999.

16. สมพร หนองบัวดี และคณะ. **ตัวอย่างกรณีศึกษาการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย : ปวดเข่า.** ศุภวนิชการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2554.

17. ณวัชพงศ์ ไชยรัตน์. **ศึกษาการใช้ท่ากายบริหารฤาษีดัดตนร่วมกับการนวดไทยแบบราชสำนัก สำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557.

18. ปิยาภรณ์ แสนศิลา. **การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนัก กับไดโคลฟิแนคต่อการลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556.

19. พรรษฐมนพร มนปราณีต. **ผลระหว่างการนวดไทยแบบราชสำนักกับการรับประทานยาต่อการลดอาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

20. สุวัฒนา กลิ่นศรีสุข และคณะ. **ผลของการนวดไทยแบบประยุกต์ต่ออาการปวดและการทำงานของข้อเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ**. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2550; 19 (3) : 248-60, 2550.

ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Relationship between Mental Health Status, Activities of Daily Living and Quality of Life of the Elderly in Urban and Rural Society, Nakhon Si Thammarat Province

จามจุรี แซ่หลู่[1]

Jamjuree Saeloo[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณา เชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น สุ่มอย่างง่าย และการเลือกแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 2) แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต และ 3) แบบสอบถามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน วิเคราะห์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .78, .84, .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 67.5 ($\bar{X}$=100.57, SD=12.39) และร้อยละ 76 ($\bar{X}$=101.92, SD=13.39) สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามองค์ประกอบทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองพบว่า โดยส่วนใหญ่ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.5, 67) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 74, 80.5) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 55, 64.5) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 67.5, 78.5) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองพบว่า โดยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 58.5, 67) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุทั้งในเขตชนบทและเมืองพบว่า โดยส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ร้อยละ 98, 96) ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .808, p< .01; r= .771, p< .01) ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= .253, p< .01; r= .262, p< .01) ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยเน้นและให้ความสำคัญกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้มากขึ้น เพราะถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ก็จะสามารถมีชีวิตอยู่อย่างผาสุกได้ถึงแม้ว่าจะมีภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจากการเสื่อมตามวัย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ, ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

Abstract

This Descriptive research (Discovery of relationship between variables) was conducted for the purpose of studying the level of quality of life, mental health status, activities of daily living and examining the relationship between mental health status, activities of daily living and quality of life. Four hundreds of elderly in urban and rural society were the subjects of this study. The research instruments consisted of 1) WHOQOL-BREF, 2) Thai Mental Health Indicator-15, and 3) Barthel Index of Activities of Daily Living. These instruments were evaluated for its reliability by using Cronbach's alpha coefficient and the result was .78, .84, .93 respectively. Data were analyzed via descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that, overall, the most of elderly in urban and rural society had good quality of life. Considering each dimension of quality of life, the most of elderly in urban and rural society had moderate level in physical health (65.5%, 67%), good level in psychological dimension (74%, 80.5%), good level in social relationship (55%, 64.5%) and good level in environmental dimension (67.5%, 78.5%). The most of elderly in urban and rural society had normal standard level in mental health status (58.5%, 67%) and well-being in activities of daily living

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

(98%, 96%). The mental health status has positively relationship with quality of life for elderly in rural and urban society significance at .01 in high level (r= .808, p< .01; r= .771, p< .01). In addition, the activities of daily living has positively relationship with quality of life for elderly in rural and urban society significance at .01 in low level (r= .253, p< .01; r= .262, p< .01). Therefore, the relevant agencies should promote the elderly health as a holistic one and specifically focus on the activities to promote mental health. Because if the elderly have good mental health, they can live with well-being, even if they have physical illness from aging.

Keywords: quality of life, mental health status, activities of daily living

บทนำ

ปัจจุบันโลกของเรามีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรอย่างต่อเนื่อง โดยจำนวนประชากรในวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง แต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ อัตราการตาย และอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น จากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์สมัยใหม่และการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข ซึ่งโครงสร้างของประชากรในประเทศไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกัน ประเทศไทยได้ถูกจัดให้เป็นประเทศที่อยู่ในสังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งในขณะนั้นมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด[1] และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ คือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 และในปี พ.ศ. 2579 จะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดคือ มีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 3[2] สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรผู้สูงอายุก็มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 257,081 คน คิดเป็นร้อยละ 16.51 ซึ่งสูงมากเป็นอันดับ 6 ของประเทศ และเป็นอันดับ 1 ของภาคใต้[3]

จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะในทุกๆ ด้าน ดังเช่น 1) ด้านสุขภาพ รูปแบบการเจ็บป่วยจะเป็นโรคที่เกี่ยวเนื่องกับความเสื่อมถอยของอวัยวะเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงขึ้น จากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่า ปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตใจ ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุจำนวนมาก ที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 53.2) อ้วน (ร้อยละ 49.4) และข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 22.5) ตามลำดับ และร้อยละ 6 พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 2) ด้านสังคม ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาสังคมเพิ่มสูงขึ้น ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสัมพันธภาพทางสังคม การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนลดลง แยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและมีความเชื่อมั่นในตนเองน้อย และ 3) ด้านเศรษฐกิจ จากข้อมูลโครงการสวัสดิการแห่งรัฐปี 2560 มีผู้สูงอายุลงทะเบียนมากเกือบ 4 ล้านคน หรือกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ประสบปัญหารายได้น้อย ไม่มีที่ดินหรือที่อยู่อาศัยและว่างงาน[1,4]

การเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าคุณภาพชีวิต (quality of life) ของผู้สูงอายุก็มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้สถานการณ์ใน ด้านต่างๆ ของชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ด้วยการมีสุขภาพดี มีรายได้พอเพียง ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ และการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวและเพื่อน[5,6] ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (WHO)[7] ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม ในเวลานั้นๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้ 1) มิติ

ด้านสุขภาพกาย (Physical) 2) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) 3) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อม (Environmental) ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากในแง่ของการที่เป็นตัวชี้วัดความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จึงมีความสำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลากรสาธารณสุขที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[8]

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้[5] จังหวัดพัทลุง[9] จังหวัดนครพนม[10] จังหวัดสกลนคร[11] จังหวัดพระนครศรีอยุธยา[12] โดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่[13] และจังหวัดสงขลา[14] โดยส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ฐานะการเงิน อาชีพ โรคประจำตัว การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพจิต[15,16,17] มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จากที่กล่าวมาถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเป็นจำนวน ไม่น้อย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิต และสุขภาพ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นที่ต้องศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยม[7] แต่การศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้แยกให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตตาม การรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทมีความแตกต่างกันอย่างไร รวมทั้งในปัจจุบันจากข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจะมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 ในภาคใต้ ทั้งผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมือง และเขตชนบท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต 2 ปัจจัย คือ ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งผลการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงานของบุคคลาการทางสุขภาพในการนำไปวางแผนการให้บริการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีความสุขในดำเนินชีวิตในบั้นปลาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตชนบทและเขตเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตชนบทและเขตเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณา (Descriptive research) เชิงสหสัมพันธ์ (Discovery of relationship between variables)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 257,081 คน[3]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 400 คน ตามการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรของยามาเน่[18] กำหนดให้ระดับของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และมีขั้นตอนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random sampling) สุ่มอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราชจากชั้นที่เป็นกลุ่มอำเภอในเขตเมือง (10 อำเภอ) และเขตชนบท (16 อำเภอ) สุ่มเลือกเขตเมือง 1 อำเภอ ได้อำเภอเมือง และสุ่มเลือกเขตชนบท 1 อำเภอ ได้อำเภอหัวไทร

ขั้นที่ 2 การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบแทนที่ หลังจากที่ได้อำเภอ ทำการสุ่มตำบลในอำเภอ

อำเภอละ 2 ตำบล ตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกโดยเท่าเทียมกันเพราะเชื่อว่าไม่ว่าตำบลใดในอำเภอก็เป็นตัวแทนของอำเภอนั้นๆ เท่าเทียมกัน จากการสุ่มจากอำเภอเมือง ได้ตำบลนาเคียนและตำบลท่าเรือ และอำเภอหัวไทร ได้ตำบลบางนบและตำบลเกาะเพชร

ขั้นที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (convenient sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 3) เต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยจากเขตเมือง 200 คน และจากเขตชนบท จำนวน 200 คน (ตำบลละ 100 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ โรคประจำตัว การประกันสุขภาพ และผู้ดูแลยามเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย[19] ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือด้านสุขภาพกาย (ทั้งหมด 7 ข้อ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24) ด้านจิตใจ (ทั้งหมด 6 ข้อ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ทั้งหมด 3 ข้อ ข้อ 13, 14, 25) และด้านสิ่งแวดล้อม (ทั้งหมด 8 ข้อ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 อยู่ในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ คือ ข้อคำถามทางบวก ไม่เลย (1) เล็กน้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) สำหรับข้อคำถามทางลบ ไม่เลย (5) เล็กน้อย (4) ปานกลาง (3) มาก (2) และมากที่สุด (1) สำหรับการแปลความหมายของคะแนน แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

3. แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (Thai Mental Health Indicator-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 15 ข้อ ถามถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน เป็น ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 12 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ ข้อคำถามทางบวก ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย (1) เคยเกิดความรู้สึกนั้นเพียงเล็กน้อย (2) เคยเกิดความรู้สึกนั้นมาก (3) และเคยเกิดความรู้สึกนั้นมากที่สุด (4) สำหรับข้อคำถามทางลบ ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย (4) เคยเกิดความรู้สึกนั้นเพียงเล็กน้อย (3) เคยเกิดความรู้สึกนั้นมาก (2) และเคยเกิดความรู้สึกนั้นมากที่สุด (1) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4. แบบสอบถามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel Index of Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ผลรวมคะแนน ADL 5-11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และผลรวมคะแนน ADL 0-4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ

ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (Thai Mental Health Indicator- 15) และแบบสอบถามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Barthel Index of Activities of Daily Living: ADL) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .93, .91, 93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ซึ่งมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 โดยเครื่องหมายลบหรือบวกแสดงถึงทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และสามารถแปลความสัมพันธ์ได้ดังนี้ ถ้ามีค่ามากกว่า 0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง มีค่า 0.30-0.70 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง มีค่าน้อยกว่า 0.30 แปลว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ มีค่าเท่ากับ 0 แปลว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน[20]

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC.4/2561 ลงวันที่ 9 มกราคม 2561

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีจำนวนทั้งสิ้น 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 132 ราย (ร้อยละ 66) โดย ส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 48) รองลงมาคืออายุ 60-70 ปี จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 29.5) ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 106 ราย (ร้อยละ 53) รองลงคือเป็นหม้าย จำนวน 80 ราย (ร้อยละ 40) สำหรับระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 151 ราย (ร้อยละ 75.5) รองลงคือไม่ได้เรียน จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 16.5) ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 46) รองลงมาคือ มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 40.5) อาชีพ โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 120 ราย (ร้อยละ 60) รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร จำนวน 37 ราย (ร้อยละ 37) โรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 170 ราย (ร้อยละ 85) สำหรับการประกันสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีบัตรทอง จำนวน 145 ราย (ร้อยละ 72.5) รองลงมาคือเบิกตามสิทธิราชการ จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 17.5) ส่วนคนดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยส่วนใหญ่มีคนดูแล จำนวน 178 คน (ร้อยละ 89)

สำหรับผู้สูงอายุในเขตเมืองมีจำนวนทั้งสิ้น 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 75) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 40.5) รองลงมาคืออายุ 71-80 ปี จำนวน 67 ราย (ร้อยละ 33.5)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 53.5) รองลงคือเป็นหม้าย จำนวน 80 ราย (ร้อยละ 40) สำหรับระดับการศึกษาโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 133 ราย (ร้อยละ 66.5) รองลงคือไม่ได้เรียน จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 28) ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 96 ราย (ร้อยละ 48) รองลงมาคือมีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 87 ราย (ร้อยละ 43.5) อาชีพ โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคืออาชีพค้าขาย จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 15) โรคประจำตัวโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 134 ราย (ร้อยละ 67) สำหรับการประกันสุขภาพ โดยส่วนใหญ่มีบัตรทอง จำนวน 152 ราย (ร้อยละ 76) รองลงมาคือเบิกตามสิทธิราชการ จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 16.5) ส่วนคนดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยส่วนใหญ่มีคนดูแล จำนวน 187 คน (ร้อยละ 93.5)

2. ระดับคุณภาพชีวิต

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมพบว่าในเขตชนบทโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 67.5) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 32.5) ส่วนในเขตเมืองพบว่าโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 152 ราย (ร้อยละ 76) รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 23) และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1) (ดังตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยภาพรวม

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	เขตชนบท (n=200)		เขตเมือง (n=200)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- คุณภาพชีวิตไม่ดี	0	0	2	1
- คุณภาพชีวิตปานกลาง	65	32.5	46	23
- คุณภาพชีวิตที่ดี	135	67.5	152	76
รวม	**200**	**100**	**200**	**100**
	$\bar{X}$= 100.57, SD= 12.39		$\bar{X}$= 101.92, SD= 13.39	

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแยกตามองค์ประกอบในเขตชนบทพบว่า โดยส่วนใหญ่ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 131 ราย (ร้อยละ 65.5) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี จำนวน 148 ราย (ร้อยละ 74) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 55) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 67.5) ส่วนในเขตเมืองพบว่า โดยส่วนใหญ่ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 134 ราย (ร้อยละ 67) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี จำนวน 161 ราย (ร้อยละ 80.5) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี จำนวน 129 ราย (ร้อยละ 64.5) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 78.5) (ดังตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามรายองค์ประกอบ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	เขตชนบท (n=200)			เขตเมือง (n=200)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
- ด้านสุขภาพกาย	1 (.5)	131 (65.5)	68 (34)	4 (2)	134 (67)	62 (31)
- ด้านจิตใจ	5 (2.5)	47 (23.5)	148 (74)	2 (1)	37 (18.5)	161 (80.5)
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	2 (1)	88 (44)	110 (55)	7 (3.5)	64 (32)	129 (64.5)
- ด้านสิ่งแวดล้อม	2 (1)	63 (31.5)	135 (67.5)	3 (1.5)	40 (20)	157 (78.5)

3. ภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทพบว่า โดยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 58.5) รองลงมาคือมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 64 ราย (ร้อยละ 32) และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 9.5) ส่วนในเขตเมืองพบว่า โดยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 134 ราย (ร้อยละ 67) รองลงมาคือมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 22.5) และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 10.5) (ดังตาราง 4)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพจิต	เขตชนบท (n=200)		เขตเมือง (n=200)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	19	9.5	21	10.5
- สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	64	32	45	22.5
- สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	117	58.5	134	67
รวม	200	100	200	100
	$\bar{X}$= 51.21, SD= 5.84		$\bar{X}$= 52.55, SD= 6.05	

4. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในเขตชนบทพบว่า โดยส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ จำนวน 196 ราย (ร้อยละ 98) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1) ส่วนผู้สูงอายุในเขตเมืองพบว่า โดยส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ จำนวน 192 ราย (ร้อยละ 96) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.5) (ดังตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	เขตชนบท (n=200)		เขตเมือง (n=200)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	2	1	1	.5
- พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง	2	1	7	3.5
- พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้	196	98	192	96
รวม	200	100	200	100
	$\bar{X}$= 19.18, SD= 2.24		$\bar{X}$= 18.76, SD= 2.67	

5. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิต

ก่อนทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน เพื่อหาลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลด้วย Quantile- Quantile plot (Q-Q plot)[21] พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้น สรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความสามารถในการ

ช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test)[21] พบว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (F=626.930, p=.000; F=29.676, p=.000)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบท พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต (r= .808) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (r= .253) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในเขตเมืองพบว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต (r= .771) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต (r= .262) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตาราง 6)

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต			
	เขตชนบท		เขตเมือง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะสุขภาพจิต	.808**	สูง	.771**	สูง
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	.253**	ต่ำ	.262**	ต่ำ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (2-tailed)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อแยกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบพบว่าทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยส่วนใหญ่ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารดา ธีระเกียรติกำจร (2554)[13] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และการศึกษาของ เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560)[14] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และจากผลการศึกษาจะเห็นได้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทไม่มีความแตกต่างจากเขตเมือง อาจเนื่องมาจากข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ และโรคประจำตัว ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะคล้ายกันและจำนวนใกล้เคียงกัน และเหตุที่คุณภาพชีวิตในภาพรวม ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแม้จะไม่เหลือเก็บ ทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และผลจากการมีสวัสดิการเบี้ย ยังชีพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่มากขึ้น มีเงินใช้เพื่อการยังชีพมากขึ้น มีสุขภาพดีขึ้น มีหลักประกันชีวิต และรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญมากขึ้น[22] สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา, และจิดาภา ศิริปัญญา (2554)[16] ที่พบว่ารายได้และฐานะทางการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ารายได้ต่ำ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังอยู่กับคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุมี

เพื่อน มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตไม่รู้สึกเหงาหรือว้าเหว่ มีหลักประกันสุขภาพทำให้ความกังวลในเรื่องค่าใช้เมื่อเจ็บป่วยลดลง และเมื่อเจ็บป่วยก็มีบุตรหลานคอยดูแลช่วยเหลือส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ คำคง (2554)[23] ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีผลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสถานภาพหม้าย มีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากการเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลงส่งผลให้ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งทำให้มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประตีปัญญา, นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล, สะอาด มุ่งสิน, และพิสมัย วงศ์สง่า (2561)[24] ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า โดยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป รองลงมาคือมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี[24] ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ดีกว่าคนทั่วไป รองลงมาคือ สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ผลการศึกษาที่ออกเป็นเช่นดังกล่าวอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด คือ มีสถานภาพสมรสคู่ มีรายได้เพียงพอ มีหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) มีคนดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย และส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ จากการศึกษาจะพบว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีผลต่อการเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่สามารถดูแลตนเองได้กว่า 3 เท่า เนื่องจากกายและจิตมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้เมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ผู้สูงอายุที่ไม่มีสวัสดิการ หรือมีสวัสดิการรักษาพยาบาลจากภาครัฐมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือน ที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะไม่จนเกือบ 2 เท่า เพราะไม่ต้องวิตกกังวลทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา[25,26] นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่าและแยกเนื่องจากคู่สมรสเป็นแรงสนับสนุน ทางครอบครัวที่สำคัญ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะมีโอกาสได้รับความรักความอบอุ่นและการดูแลเอาใจใส่ ทำให้ไม่รู้สึกเหงาและว้าเหว่[25]

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุพบว่าโดยส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง อาจเนื่องมาจากทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) ซึ่งมีความเสื่อมตามวัยของร่างกายไม่มากนัก ทำให้ยังสามารถทำงานและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ผ่องศิริ และคณะ (2561)[24] ที่พบว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดสังคม พึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของวิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา และจิดาภา ศิริปัญญา (2554)[16] ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 93.90 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองรวมทั้งช่วยเหลือผู้อื่นได้

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูงทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง อาจเนื่องมาจากสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพและศักยภาพของชีวิตมนุษย์ทุกคน ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า “ภาวะปกติสุขที่บุคคลมี

ความเข้าใจในศักยภาพต่างๆ ของตนเองสามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถช่วยเหลือสังคมได้"[27] ดังนั้นการมีสุขภาพจิตดีทำให้ผู้สูงอายุพร้อมที่จะยอมรับและปรับตัวการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ทำให้รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทัย สุดสุข และคณะ (2552)[15] ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดี เป็นผลให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[5]

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยเน้นและให้ความสำคัญกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้มากขึ้น เพราะถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ก็จะสามารถมีชีวิตอยู่อย่างผาสุกได้ถึงแม้ว่าจะมีภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจากการเสื่อมตามวัย

2. จากการศึกษาพบว่าถึงแม้ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ 287 ราย (ร้อยละ 71.75) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี แต่ยังมีผู้สูงอายุอยู่จำนวนไม่น้อยที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและไม่ดีถึง 113 ราย (ร้อยละ 28.25) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการสำรวจและประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตจากระดับไม่ดีและปานกลางไปสู่ระดับดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พยาบาล เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านตำบลนาเคียน ตำบลท่าเรือ ตำบลบางนบ และตำบลเกาะเพชร จังหวัดนครศรีธรรมราช และกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และผู้ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. **สถานการณ์ผู้สูงอายุ ผลกระทบและระบบการดูแลผู้สูงอายุ**. ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. สมาร์ท โคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด, เชียงใหม่, 2560.
2. ปรีชา นวลเป็นใย. ประชากรรุ่นเกิดล้าน. **วารสารข้าราชการไทย**. 60(4): 3-4, 2561.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **สถิติจำนวนผู้สูงอายุแยกตามจังหวัดและอายุ ปี 2561**. www.dop.go.th/th/know/1/159/ สืบค้นเมื่อ 17 มีนาคม 2562.
4. โครงการสุขภาพคนไทย. **ผู้สูงอายุ**. ในสุขภาพคนไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม, 2562.
5. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 22(3): 88-99, 2555.
6. Ferrel, B, A., et al. Quality of life in long-term cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**. 22(6): 915-922, 1995.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). **The World Health Organization. Social Sciences Medicine**. 41(10): 1403-1409, 1995.
8. นริสา วงศ์พนารักษ์ สายสมร เฉลิมกิตติ. คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุ. **วารสารการพยาบาลทหารบก**. 15(3): 64-70, 2557.
9. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมโตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 42(1): 55-65, 2555.
10. เจริญชัย หมื่นห่อ. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม**. การประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2-4 มิถุนายน, 2553.

11. ภัทรพงษ์ เกตุคล้าย และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร. **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น**. 19(2): 55-64, 2555.

12. มลิจันทร์ เกี่ยรติสังวร. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนมโค อำเภอเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4**. 16(3): 222-229, 2557.

13. อารดา ธีระเกียรติกำจร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. **Veridian E-Journal, Silpakorn University**. 4: 1-19, 2554.

14. เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์**. 9(3): 94-105, 2560.

15. อุทัย สุดสุข และคณะ. **รายงานการวิจัยโครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**. สำนักงานคณะกรรมการวิจัย แห่งชาติ, กรุงเทพฯ, 2552.

16. วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวรปัญญา และจิดาภา ศิริปัญญา. ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 5(2): 32-40, 2554.

17. ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จำริยะศิลป์, ทัศนันท์ ทุมมานานท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 41(3): 240-249, 2554.

18. Yamane, T. **Statistics: An introductory analysis**. (3nded.). Harper and Row Publication, New York, 1973.

19. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันตินิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. โรงพยาบาลสวนปรุง, เชียงใหม่, 2540.

20. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ, 2561.

21. จุฬาลักษณ์ บารมี. **สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS**. ศรีศิลปะการพิมพ์, ชลบุรี, 2551.

22. ชนกนันท์ แสงศักดิ์ชัย. **ผลจากการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพที่มีต่อผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านต้าย อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

23. ดวงใจ คำคง. **ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลำสินธุ์ อำเภอศรีนครินทร จังวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สงขลา, มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2554.

24. ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประฑีปัญญา, นันทรียา โลหะไพบูลย์กุล, สะอาด มุ่งสิน, และพิสมัย วงศ์สง่า. คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. **วารสารเกื้อการุณย์**. 25(2): 137-151, 2561.

25. รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจีรา ทองเจริญชูพงศ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. **วารสารประชากร**. 3(2): 45-63, 2555.

26. วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสวงดี, และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. **วารสารประชากร**. 3(2): 87-109, 2555.

27. สุภาวดี ไชยเดชาธร, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และ กชกร แก้วพรหม. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแกนนำ ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา**. 21(1): 31-40, 2558.

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสในพื้นที่จังหวัดสงขลา แบบบูรณาการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

Developing Integrated Surveillance System for Melioidosis and Brucellosis in Songkhla Province Following the Concepts of One Health

ฐปนรรฆ์ ประทีปเกาะ[1], สมัชญา ปรีชาพานิช[2], โชค นิชกรรม[3], วีรภัสรา แก้วเกษ[4], อรุณ ชุมแก้ว[4], ภูวดล สุวรรณะ[5], นริศรา บุญตัน[6], กานต์ เลขะกุล[6], วิไลภรณ์ วงศ์พฤกษาสูง[7], กฤษณ์ วีระวงค์[4], เบญจรงค์ สังขรักษ์[8], อรรถพร จีนพันธ์[9], ฟิตตรียะห์ สาและ[10], ธีรยุทธ์ คงทองสังข์[11]

Tapanan Prateepko, Samatchaya Preechapanich, Choke Nitchakam, Veerapatsara Kaewgate, Aroon Chumkaew, Phuwadol Suwanna, Narisara Boontun, Karn Lekagul, Vilaiporn Wongphruksasoong, Krit Veerawong, Bencharong Sungkaruk, Fittreeya Salae, Teerayut Kongthongsung

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบตัดขวางเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ของโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคดังกล่าวร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านคน ปศุสัตว์ และสัตว์ป่า แบบบูรณาการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มคน (เกษตรกรผู้เลี้ยงแพะ ผู้ที่ดูแลสัตว์ป่าในสวนสัตว์) กลุ่มสัตว์ (แพะและสัตว์ป่าในสวนสัตว์) และสิ่งแวดล้อม (ดินและน้ำ) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ทะเบียนสัตว์และตัวอย่างสิ่งแวดล้อม แบบเก็บตัวอย่างเลือดในคนและสัตว์ และเครื่องมือหาพิกัดทางภูมิศาสตร์ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงแผนที่แบบจุดที่สร้างขึ้น ผลการศึกษาพบผลบวกทางซีรัมต่อเชื้อก่อโรคบรูเซลโลสิสในผู้เลี้ยงแพะ 1.02% ผู้เลี้ยงสัตว์ป่าพบผลลบทั้งหมด มีผลสงสัย 4.61% กลุ่มแพะระดับรายตัว ผลบวก 0.25% และระดับฟาร์ม 2.41% สัตว์ป่ามีผลลบทั้งหมด ในโรคเมลิออยโดสิสกลุ่มผู้เลี้ยงแพะพบผลบวกทางซีรัม 3.06% ผู้เลี้ยงสัตว์ป่า 1.54% กลุ่มสัตว์ป่าและตัวอย่างดินและน้ำมีผลลบทั้งหมด ไม่พบความสัมพันธ์ของการพบเชื้อก่อโรคในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมของทั้งสองโรค คือสถานที่ที่พบเชื้อในสัตว์ กับ คนอยู่คนละฟาร์มกัน และมีการพบเชื้อในคนแต่ไม่มีพบเชื้อในสัตว์และสิ่งแวดล้อม สำหรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเบื้องต้นมีการเขียนแนวทางการเฝ้าระวังโรคทั้งสอง ประชุมชี้แจง ปรึกษาหารือร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้าน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมในระดับจังหวัดและพื้นที่ศึกษา

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, สุขภาพหนึ่งเดียว, เมลิออยโดสิส และบรูเซลโลสิส

Abstract

This descriptive cross-sectional study had the objectives to find out the association between human, animal, and environment of melioidosis and brucellosis and to develop the surveillance system for such diseases between the organizations concerning human, livestock and wild animals following the concept of one health. The samples consisted of humans (goat farmers and wild animal caregivers in a zoo),

[1] อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

[2] นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

[3] เจ้าพนักงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

[4] สัตวแพทย์ สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดสงขลา

[5] สัตวแพทย์ สวนสัตว์สงขลา จังหวัดสงขลา

[6] สัตวแพทย์ องค์การสวนสัตว์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพมหานคร

[7] สัตวแพทย์ สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์ กรมปศุสัตว์ กรุงเทพมหานคร

[8] สัตวแพทย์ สำนักบริหารพื้นที่อนุรักษ์ที่ 6 สงขลา กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

[9] สัตวแพทย์ ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตว์แพทย์ภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

[10] นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

[11] แพทย์ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง

animals (goats and wild animals in a zoo) and environments (soil and water). The used instruments were interviewing forms, animal and environmental sample forms, specimen forms for both humans and animals and instrument for determining global positioning system (GPS). The data were analyzed using descriptive statistics and created dot maps. The study revealed that the serum samples were positive to brucellosis pathogen as 1.02% among goat farmers, none among wild animal caregivers, but 4.61% was suspected results). Among goats, the positive serums were 0.25% and 2.41% for animal and farm levels, respectively and all wild animals were negative. For melioidosis, the positive serums were 3.06% among goat farmers, 1.54% among wild animal caregivers. The environmental samples: water and soil were all negative. There was no association between human, animal, and environment for both brucellosis and melioidosis. The positive serum found in animals and humans were located in different farms and positive human but negative animals and environments were detected in the study. Primarily, the surveillance system was developed by creating the guidelines for surveillance of such diseases, meeting and deliberating of the organizations concerning human, animal, and environment at the provincial and local levels in the study areas.

Keywords: Surveillance system, One Health, Melioidosis and Brucellosis

บทนำ

เมลิออยโดสิส (melioidosis) เป็นโรคติดต่อที่มีแหล่งรังโรคอยู่ตามพื้นดินและน้ำ รวมถึงสัตว์อีกหลายชนิด สามารถติดต่อมาสู่คนได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านทางบาดแผลตามผิวหนัง การกิน การหายใจ และเพศสัมพันธ์[1,2,3,4,5] โรคนี้เป็นโรคประจำถิ่นที่สำคัญในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย[2] มีรายงานอัตราป่วยตาย (case fatality rate) ที่สูงมากกว่า 50%[6,7] ในประเทศไทยโรคนี้ยังคงเป็นโรคที่ไม่ถูกนึกถึงมากนักและมักมีการวินิจฉัยโรคผิดพลาด จากการประมาณการคาดว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วย 7,572 ราย และเสียชีวิต 2,835 ราย (37%) อัตราป่วยตายยังคงสูง 10% - 40% แตกต่างกันในแต่ระดับของโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา[8] จากการศึกษาในจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าอัตราการเสียชีวิตมีมากกว่า 40% และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น[9] โรคนี้พบได้ในทุกภาคของประเทศแต่พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[8] สำหรับบรูเซลโลสิส (brucellosis) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนเช่นเดียวกัน พบได้ทั่วโลกและเป็นโรคประจำถิ่นในหลายภูมิภาคโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา สามารถติดต่อได้ทางการสัมผัสทั้งทางตรง และทางอ้อม และเป็นโรคที่สามารถเกิดในทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ และมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ทุกระบบของร่างกาย ประชากรกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่คือเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะและแกะที่สัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากสัตว์รังโรคที่มีการติดเชื้อ[10,11] ในประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาพบว่ามีรายงานการเกิดโรคในคนพบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 - 2552 มีรายงานผู้ป่วยโรคบรูเซลโลสิส ทั้งหมด 124 ราย กระจายอยู่ใน 17 จังหวัดและพบโรคในสัตว์รังโรคในหลายพื้นที่[12,13]

สุขภาพหนึ่งเดียว (one health) เป็นวิธีการหรือแนวทางการปฏิบัติในการออกแบบและดำเนินมาตรการกำหนดนโยบาย กำหนดกฎหมาย และการวิจัย ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในเชิงบูรณาการหรือองค์รวมโดยความร่วมมือของหลากหลายศาสตร์หลายสาขาวิชาชีพ ในทุกระดับ เพื่อการสร้างสุขภาพที่ดีของส่วนรวม มีแนวคิดหรือมุมมองถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงซึ่งกันและกันของสุขภาพคน (human health) สุขภาพสัตว์ (animal health) และสุขภาพสิ่งแวดล้อม (environmental health) ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน เมื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน[14,15,16,17] ซึ่งแนวคิดนี้เกิดขึ้นจากปัญหาของการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่มีความสลับซับซ้อน มีปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้นที่หลากหลาย ซึ่งที่ผ่านมาโรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะสัตว์ป่า ทำให้แวดวงทางการแพทย์และสาธารณสุข ตระหนักถึงปัญหานี้ที่จะต้องหาแนวทางในการทำงานร่วมกันในทุกระดับตั้งแต่ระดับระดับพื้นที่ถึงระดับโลก[15,16,17] โดยความร่วมมือกันในการดำเนินงาน เช่น การตรวจวินิจฉัย การเฝ้าระวัง ติดตาม การสอบสวนโรค การรักษา การป้องกันและควบคุมโรค การศึกษาวิจัย ประชาสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกัน เป็นต้น[15]

โรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสยังเป็นโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพของคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงด้านเศรษฐกิจ ในพื้นที่จังหวัดสงขลาพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2554 มีรายงานผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสเกือบทุกปี จำนวน 1-5 ราย และมีลักษณะการเกิดเป็นกลุ่มก้อนในบางปี[12] สำหรับสถานการณ์โรคเมลิออยโดสิสในสัตว์ ในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีการรายงานทั้งหมดจำนวน 17 ราย โดยพบในจังหวัดสงขลามากถึง 4 ราย เป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย (23.5%)[18] นอกจากนี้ในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2554 ยังพบการระบาดของโรคเมลิออยโดสิสในสวนสัตว์สงขลาในสัตว์หลากหลายชนิดทั้งในอูฐ ลิงอุรังอุตัง ม้าลาย ชะนี และงูหลาม ส่วนบรูเซลโลสิสพบโรคนี้ในคนได้แบบประปรายไม่บ่อยนัก (sporadic) ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 – 2554 จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเชิงรับพบว่าไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคบรูเซลโลสิสในคนในพื้นที่[12] แต่พบรายงานโรคเป็นกลุ่มก้อนในปี พ.ศ. 2547 ในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียงคือสตูลในผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับฟาร์มแพะ[19] เนื่องจากพื้นที่จังหวัดสงขลาเป็นพื้นที่ที่มีการเลี้ยงแพะและแกะเป็นจำนวนมาก และสถานการณ์โรคบรูเซลโลสิสในสัตว์ ปี พ.ศ. 2554 ในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย พบรายงานสูงสุดในจังหวัดนครศรีธรรมราช เท่ากับ 27.4% (14/51) ส่วนในจังหวัดสงขลาพบอันดับที่ 2 เท่ากับ 23.5% (12/51)[18] ดังนั้นมีความจำเป็นต้องมีความร่วมมือของหลายภาคส่วนเนื่องจากทั้งสองโรคเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนและมีแหล่งรังโรคได้ทั้งในสัตว์และสิ่งแวดล้อมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคโรคเมลิออยโดสิสและโรคบรูเซลโลสิสในพื้นที่จังหวัดสงขลาตามแนวคิดของสุขภาพหนึ่งเดียว

วัตถุประสงค์

เพื่อหาความสัมพันธ์ของโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านคน ปศุสัตว์ และสัตว์ป่า แบบบูรณาการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

วิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงพรรณา (descriptive cross-sectional study) โดยสำรวจความชุกทางเซรัมของโรคทั้งสองใน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2555 – สิงหาคม 2555 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความชุกมาหาความสัมพันธ์ระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และนำข้อมูลมาพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคทั้งสองร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่จังหวัดสงขลา สถานที่ศึกษาในครั้งนี้ทำการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 2 สถานที่ ได้แก่ อำเภอนาทวี ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสงขลาที่มีการเลี้ยงแพะมากและไม่เคยมีการสำรวจด้านความชุกของโรคที่ศึกษามาก่อน และ สวนสัตว์สงขลา อำเภอเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของโรคเมลิออยโดซิสในสัตว์หลายชนิด

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มคน ได้แก่ เกษตรกรผู้เลี้ยงแพะ ผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่าหรือผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์ กลุ่มสัตว์ ได้แก่ แพะ และสัตว์ป่าในสวนสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดิน และน้ำ

คน ประกอบด้วย เกษตรกรเลี้ยงแพะในเขตอำเภอนาทวี จำนวน 100 ตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสม (determined sample sizes) ทำการเลือกแบบ consecutive case จนครบตามจำนวนตัวอย่างที่ต้องการ และ ในสวนสัตว์สงขลา ทำการเลือกผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์ที่ต้องสัมผัสหรือเลี้ยงสัตว์ป่าทุกคน จำนวน 70 คน

สัตว์ ประกอบด้วย แพะทุกฟาร์มในเขตอำเภอนาทวี จำนวน 87 ฟาร์ม และสัตว์ป่าในสวนสัตว์สงขลา จำนวน 70 ตัวอย่างโดยการสุ่มแบบคละชนิดของสัตว์ที่มีในสวนสัตว์สงขลา

สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ดิน จำนวน 15 ตัวอย่าง และ น้ำ 6 ตัวอย่าง โดยการสุ่มเก็บในบริเวณพื้นที่สวนสัตว์สงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คนใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบไปด้วยข้อมูล 5 ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจเลือด และใช้เครื่องมือกดพิกัดทางภูมิศาสตร์ (Global Positioning System หรือ GPS) ของตำแหน่งบ้านของเกษตรกรที่เลี้ยงแพะ และสถานที่ปฏิบัติงาน คือกรงสัตว์และชนิดของสัตว์ที่เลี้ยงสำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์

สัตว์ ทะเบียนประวัติของแพะและสัตว์ป่าในสวนสัตว์ ข้อมูลผลเลือดของแพะและสัตว์ป่า ใช้เครื่องกดพิกัดทางภูมิศาสตร์ของตำแหน่งของฟาร์มแพะ สัตว์ป่าในสวนสัตว์

สิ่งแวดล้อม ทะเบียนการเก็บตัวอย่างและตำแหน่งของการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมส่งตรวจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คน

ก่อนเข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องอ่านรายละอียดเกี่ยวกับโครงการ และทุกคนต้องลงชื่อในใบแสดงความยินยอมเพื่อเข้าร่วมการศึกษาและมีสิทธิที่จะปฏิเสธไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ในรายที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้เจ้าหน้าที่ของทีมวิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง และในรายที่ไม่สามารถเขียนหนังสือได้และยินดีเข้าร่วมการศึกษาจะทำการพิมพ์ลายนิ้วมือลงในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจะถูกสัมภาษณ์โดยทีมนักวิจัย ตามแบบสัมภาษณ์

ทำการเจาะเลือดจากกลุ่มตัวอย่างโดยพยาบาลในพื้นที่ จำนวน 3 ซีซี เพื่อปั่นแยกซีรัม

มอบของที่ระลึกแก่กลุ่มตัวอย่าง คือเสื้อสุขภาพหนึ่งเดียว ท่านละ 1 ตัว

ทำการกดพิกัดทางภูมิศาสตร์ หรือ GPS ของตำแหน่งบ้านของเกษตรกรที่เลี้ยงแพะ และสถานที่ปฏิบัติงาน (กรงสัตว์/ชนิดของสัตว์) สำหรับผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์

สัตว์

แพะในอำเภอนาทวี

จัดทำทะเบียนประวัติของแพะ

ทำการเจาะเลือดแพะ จำนวน 5 ซีซี เพื่อปั่นแยกซีรัม

ทำการกดพิกัดทางภูมิศาสตร์ หรือ GPS ของตำแหน่งของฟาร์มแพะ

สัตว์ป่าในสวนสัตว์

เจาะเลือดสัตว์ตัวอย่าง จำนวน 5 ซีซี เพื่อปั่นแยกซีรัม

ทำการกดพิกัดทางภูมิศาสตร์ หรือ GPS ของตำแหน่งกรงสัตว์

สิ่งแวดล้อม

เก็บตัวอย่างดินระดับผิวดินความลึกไม่เกิน 15 เซนติเมตร

เก็บตัวอย่างน้ำในบริเวณที่เป็นทางน้ำไหลที่เป็นจุดเสี่ยงในบริเวณสวนสัตว์สงขลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาเชื้อก่อโรค brucellosis

ตัวอย่างซีรัมจากกลุ่มตัวอย่างคน ทำการตรวจโดยวิธี Enzyme-linked Immunosorbent Assay (ELISA) ตรวจโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตัวอย่างซีรัมในแพะและสัตว์ป่าในสวนสัตว์ ทำการตรวจโดยใช้วิธี Rose Bengal Test (RBT) ตรวจโดยศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตว์แพทย์ภาคใต้ ทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

การตรวจวิเคราะห์เพื่อหาเชื้อก่อโรค melioidosis

ตัวอย่างซีรัมจากคน ทำการตรวจโดยวิธี ELISA ตรวจโดยศูนย์วิจัยโรคเมลิออยโดสิส คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตัวอย่างซีรัมในสัตว์ป่าในสวนสัตว์ ทำการตรวจโดยใช้วิธี Indirect Hemagglutination Assay (IHA) ตรวจโดยศูนย์วิจัยโรคเมลิออยโดสิส คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดิน และน้ำ ทำการตรวจโดยใช้วิธีการเพาะเชื้อ ตรวจโดยศูนย์วิจัยโรคเมลิออยโดสิส คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคน และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการนำมาป้อนข้อมูลในโปรแกรม excel และมีการตรวจสอบและทำความสะอาดข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R Statistical Package สำหรับข้อมูลเชิงแผนที่ ได้แก่ ค่าพิกัดทางภูมิศาสตร์ นำมาทำเป็นแผนที่โดยใช้โปรแกรม ArcView GIS การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการดูจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการใน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และข้อมูลเชิงแผนที่

สรุปและอภิปรายผล

ตารางที่ 1 ความครอบคลุมของเก็บข้อมูลเทียบกับเป้าหมายจำแนกตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทตัวอย่าง	จำนวนเป้าหมาย	ความครอบคลุม (%)
เกษตรกรผู้เลี้ยงแพะ	100 คน	98 คน (98.0)
แพะ	87 ฟาร์ม	83 ฟาร์ม (95.4)
ผู้ปฏิบัติงานในสวนสัตว์	70 คน	65 คน (92.9)
สัตว์ป่าในสวนสัตว์	70 ตัว	70 ตัว (100.0)
ดินในสวนสัตว์	15 ตัวอย่าง	15 ตัวอย่าง (100.0)
น้ำในสวนสัตว์	6 ตัวอย่าง	6 ตัวอย่าง (100.0)

จากตารางที่ 1 พบว่าความครอบคลุมของการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประเภทต่างๆสามารถดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 93 – 100

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะและผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์

คุณลักษณะ	เกษตรกรผู้เลี้ยงแพะ		ผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	66	67.3	40	61.5
หญิง	32	32.7	25	38.5
อายุ (ปี)				
มัธยฐาน (IQR)	46 (35,53)		37 (30, 42)	
ศาสนา				
พุทธ	37	37.8	63	96.9
อิสลาม	61	62.2	2	3.1
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)				
ค่าเฉลี่ย (SD)	ไม่มีการเก็บข้อมูล		8.8 (6.1)	

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรเลี้ยงแพะและผู้ปฏิบัติงานในสวนสัตว์ที่ต้องสัมผัสกับสัตว์ป่า พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 67 ในกลุ่มผู้เลี้ยงแพะ และ ร้อยละ 62 ในกลุ่มผู้เลี้ยงสัตว์ป่า ค่ากลางของอายุ

ในกลุ่มผู้ที่เลี้ยงแพะ เท่ากับ 46 ปี และ เท่ากับ 37 ปี ในกลุ่มผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่า กลุ่มผู้ที่เลี้ยงแพะส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (62%) สำหรับในกลุ่มผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่าเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (97%) ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงานของผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่าเท่ากับ 8.8 ปี ในกลุ่มเกษตรกรที่เลี้ยงแพะไม่ได้มีการสอบถามข้อมูลนี้

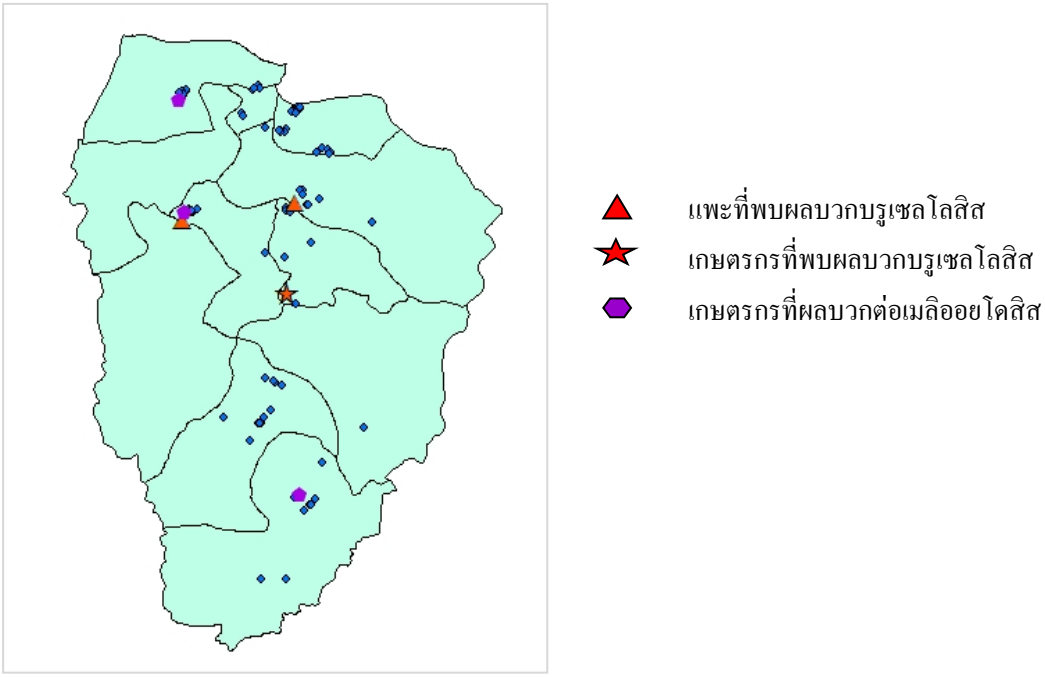
ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของตัวอย่างชนิดต่างๆต่อเชื้อก่อโรคบรูเซลโลสิส (brucellosis) และโรคเมลิออยโดสิส (melioidosis)

ชนิดตัวอย่าง	บรูเซลโลสิส (brucellosis)			เมลิออยโดสิส (melioidosis)		
	จำนวนส่งตรวจ	จำนวนผลบวก/สงสัย	ร้อยละ	จำนวนส่งตรวจ	จำนวนผลบวก/สงสัย	ร้อยละ
เกษตรกรฟาร์มแพะ	98	1/0	1.02/0.00	98	3/0	3.06/0.00
ผู้ปฏิบัติงานในสวนสัตว์	65	0/3	0.0/4.61	65	1/0	1.54/0.00
แพะ						
-รายตัว	788	2/0	0.25/0.00	-	-	-
-รายฟาร์ม	83	2/0	2.41/0.00	-	-	-
สัตว์ป่าในสวนสัตว์	70	0/0	0.00/0.00	70	0/0	0.00/0.00
ดินในสวนสัตว์	-	-	-	15	0/0	0.00/0.00
น้ำในสวนสัตว์	-	-	-	6	0/0	0.00/0.00

จากตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าในกลุ่มของเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะในพื้นที่อำเภอนาทวีจากจำนวนตัวอย่าง 98 ตัวอย่าง มีผลบวกทางซีรัมต่อเชื้อก่อโรคบรูเซลโลสิส จำนวน 1 ราย (1.02%) ในกลุ่มของผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่าในสวนสัตว์ จากจำนวนตัวอย่าง 65 ราย พบว่ามีผลลบทั้งหมด และมีผลสงสัยจำนวน 3 ราย (4.61%) ในกลุ่มแพะ ระดับรายตัว จากจำนวนแพะที่ส่งตรวจ 788 ตัว พบว่ามีผลบวกจำนวน 2 ตัว (0.25%) ในระดับฟาร์ม จากจำนวนฟาร์มแพะ 83 ฟาร์ม มีผลบวกจำนวน 2 ฟาร์ม (2.41%) สำหรับสัตว์ป่าในสวนสัตว์ จากจำนวนตัวอย่าง 70 ตัวอย่าง พบว่ามีผลลบทั้งหมด

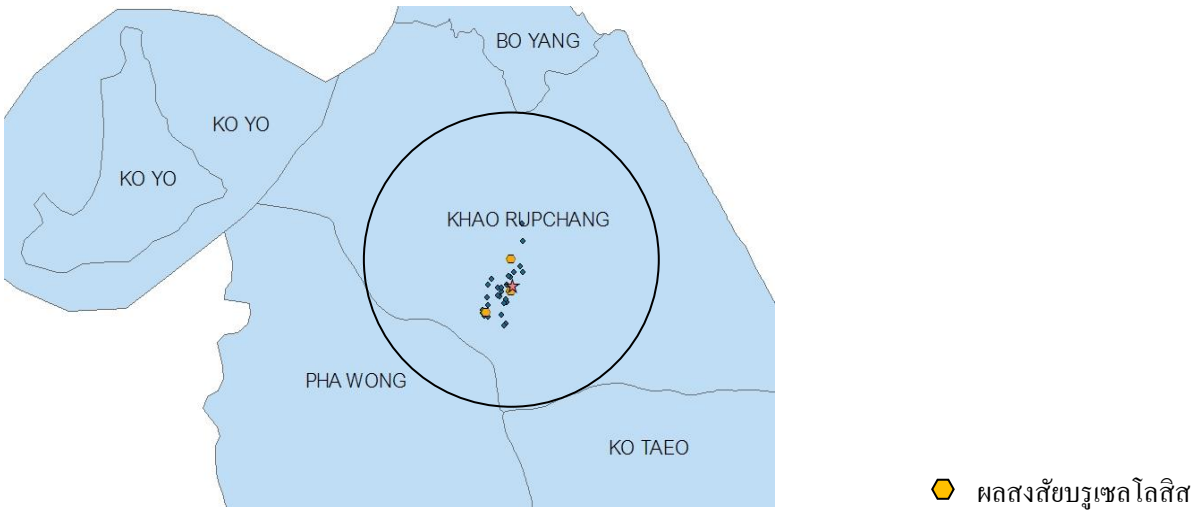
สำหรับโรคเมลิออยโดสิสในกลุ่มของเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะในพื้นที่อำเภอนาทวี พบว่า จากจำนวนตัวอย่าง 98 ตัวอย่าง มีผลบวกทางซีรัมต่อเชื้อก่อโรคเมลิออยโดสิส จำนวน 3 ราย (3.06%) สำหรับในกลุ่มของผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่าในสวนสัตว์ จากจำนวนตัวอย่าง 65 ราย มีผลบวก จำนวน 1 ราย (1.54%) ในกลุ่มสัตว์ป่าในสวนสัตว์ จากจำนวนสัตว์ป่าที่ส่งตรวจ 70 ตัว พบว่ามีผลลบทั้งหมด ในสิ่งแวดล้อมจากจำนวนตัวอย่างดินที่ส่งตรวจ 15 ตัวอย่าง และน้ำจำนวน 6 ตัวอย่าง พบว่ามีผลลบทั้งหมดเช่นกัน

ภาพที่ 1 แผนที่อำเภอนาทวีแสดงการกระจายของเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะ ฟาร์มแพะ ที่พบผลบวกต่อโรค บรูเซลโลสิสและเกษตรกรที่พบผลบวกต่อโรคเมลิออยโดสิส



จากภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของการเกิดระหว่าง คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม กรณีของการพบเชื้อก่อโรคบรูเซลโลสิสในกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการพบเชื้อในแพะ คือสถานที่ที่พบเชื้อในแพะในฟาร์มกับเกษตรกรอยู่คนละฟาร์มกัน

ภาพที่ 2 การกระจายของผู้เลี้ยงสัตว์ป่าในสวนสัตว์สงขลาที่พบผลสงสัยต่อโรคบรูเซลโลสิสและผลบวกต่อโรคเมลิออยโดสิส



จากภาพที่ 2 กรณีโรคบรูเซลโลสิสพบผู้สงสัยในผู้ที่ปฏิบัติงานในสวนสัตว์แต่ในสัตว์ไม่ได้พบเชื้อดังกล่าว กรณีของโรคเมลิออยโดสิสก็เช่นเดียวกัน พบว่ามีการพบเชื้อในคนแต่ตรวจไม่พบเชื้อในสัตว์ และสิ่งแวดล้อมโดยตรวจไม่พบเชื้อทั้งในน้ำและในดิน

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรค

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังของโรคบรูเซลโลสิสและเมลิออยโดสิสในเขตอำเภอนาทวีและสวนสัตว์สงขลาเพื่อค้นพบโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซสโลซิสตั้งแต่ระยะแรก (early detection) และตอบสนองต่อโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสได้อย่างทันท่วงที (early response) เพื่อทราบลักษณะการเกิด การกระจาย และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด และติดตามการเปลี่ยนแปลงของการเกิดของโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสและเพื่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเมลิออยโดสิสและบรูเซลโลสิสในพื้นที่จังหวัดสงขลา ได้มีการดำเนินการในเบื้องต้นโดยทางทีมวิจัยมีการเขียนแนวทางการเฝ้าระวังโรคทั้งสองขึ้น มีการประชุมชี้แจงปรึกษาหารือร่วมกันในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้านสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ปศุสัตว์เขต ปศุสัตว์จังหวัด สวนสัตว์สงขลา โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปสงขลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดำเนินการทุกแห่ง ปศุสัตว์อำเภอ และตัวแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความชุกทางซีรัมวิทยาของโรคบรูเซลโลสิสและเมลิออยโดสิสใน คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ต่ำ แต่พบว่ายังคงมีโรคอยู่ในพื้นที่ สำหรับโรคบรูเซลโลสิสในแพะพบความชุกทางซีรัมวิทยาระดับรายตัวเท่ากับ 0.25% และระดับฟาร์มเท่ากับ 2.41% จากการสำรวจพบว่าการเลี้ยงแพะในเขตพื้นที่ที่ทำการศึกษาครั้งนี้ได้มีการคัดกรองแพะก่อนนำเข้าสู่ฟาร์มหรือคอกและยังพบว่าส่วนใหญ่มีระบบการเลี้ยงแบบปิดไม่ปะปนกับสัตว์อื่น (80%) ซึ่งอาจทำให้แพะมีโอกาสไปสัมผัสโรคจากสัตว์รังโรคอื่นๆ เช่น วัว ได้น้อยลง รวมถึงลักษณะของฟาร์มหรือคอกที่ทำการเลี้ยงแพะมีสภาพสิ่งแวดล้อมของฟาร์มหรือคอกที่ดี มีอากาศถ่ายเท (64%) ซึ่งอาจส่งผลทำให้ความชุกของโรคในแพะในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้มีความชุกที่ต่ำ สำหรับกลุ่มเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะความชุกเท่ากับ 1.02% ซึ่งความชุกที่ต่ำในแพะอาจส่งผลไปยังความชุกในคนคือช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อในคนได้เช่นกันเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน จากการศึกษาในแพะรายตัวในจังหวัดหรือพื้นที่อื่นๆของประเทศไทยในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่าความชุกทางซีรัมวิทยาของโรคนี้ในแพะก็แตกต่างกันออกไป ซึ่งสูงกว่าผลที่พบจากการสำรวจในการศึกษาในครั้งนี้ เช่น จังหวัดชัยนาท พบว่ามีความชุกรายตัวเท่ากับ 1.33%[20] จังหวัดเพชรบุรี ความชุกรายตัวเท่ากับเท่ากับ 3.2% และระดับฟาร์มเท่ากับ 18.5%[21] ในพื้นที่ของภาคใต้ 8 จังหวัด ได้แก่ พังงา กระบี่ สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พัทลุง สงขลา สตูล และตรัง ในระหว่างปี พ.ศ. 2551-2553 พบความชุกในระดับรายตัวเท่ากับ 1.02% และระดับฟาร์มเท่ากับ 5.71% โดยพบในจังหวัดสงขลาสูงสุด ในระดับรายตัว เท่ากับ 2.3% และระดับฟาร์มสูงสุดที่กระบี่ เท่ากับ 13.04%[22] สำหรับโรคเมลิออยโดสิส พบว่าความชุกทางซีรัมวิทยาในระดับที่ต่ำเช่นเดียวกัน เท่ากับ 2.45%, 0% และ 0% ในเกษตรกรผู้เลี้ยงแพะและผู้ที่เลี้ยงสัตว์ป่าในสวนสัตว์ สัตว์ป่าในสวนสัตว์ และสิ่งแวดล้อมในสวนสัตว์ ตามลำดับ โดยปกติโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่มีความผันแปรตามฤดูกาล (seasonal variation) โดยพบมากฤดูฝน[5] การศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการเก็บตัวอย่างต่างๆในเดือนพฤษภาคม ซึ่งไม่ได้เป็นช่วงที่มีฝนตกชุกอาจทำให้ระดับความชุกของโรคในการศึกษาในครั้งนี้อยู่ในระดับที่ต่ำ สำหรับพื้นที่ศึกษาตั้งอยู่ในเขตภาคใต้ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆของประเทศก็พบว่าอุบัติการณ์การเกิดของโรคนี้ไม่สูงมากนัก โดยปกติภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่มีรายงานการเกิดโรคในคนสูงที่สุด รองลงมาคือภาคเหนือ[8] จากการสำรวจความชุกของโรคในสัตว์และสิ่งแวดล้อมภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2540 ก็

พบว่ามีความชุกของโรคนี้ในระดับสูงในโคเนื้อ พบผลบวก 26.3% ดินบ้าน 12.5% ดินสวน 14.3% แต่ไม่พบเชื้อในตัวอย่างน้ำ[23] สำหรับในพื้นที่ภาคใต้ จากการสำรวจสัตว์ในพื้นที่ในแพะและแกะในปี พ.ศ. 2544 ก็พบว่ามีความชุกโรคนี้ในระดับต่ำ เท่ากับ 0.58% [24] ในปี พ.ศ. 2551-2553 การสำรวจทางซีรัมวิทยาในพื้นที่จังหวัดสงขลา พัทลุง และ สุราษฎร์ธานี พบความชุกเท่ากับ 0.19%[22] อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการเฉพาะในกลุ่มของสัตว์ป่าในสวนสัตว์ ไม่ได้สำรวจความชุกของโรคนี้ในแพะ ความชุกของโรคนี้ในสัตว์ป่า จากจำนวนตัวอย่างที่ส่งตรวจทั้งหมด 11 ตัวอย่าง (จระเข้ ลิงม้า และ อูฐ) พบว่ามีผลบวกต่อโรคนี้ จำนวน 6 ตัว (54.5%)[25] ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงกว่าการศึกษาในครั้งนี้มาก ซึ่งในครั้งนี้ตรวจไม่พบเชื้อในสัตว์ป่าทุกชนิดที่สุ่มส่งตรวจ

ความสัมพันธ์ของโรคระหว่าง คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าไม่พบความสัมพันธ์ของทั้งสองโรคในเชิง คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งโดยปกติทั้งสามองค์ประกอบคือ คน สัตว์รังโรค และสิ่งแวดล้อม มักจะส่งผลซึ่งกันและกันหรือมีความสัมพันธ์กันหรือเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวตามแนวคิดของสุขภาพหนึ่งเดียว (one health) คือหากองค์ประกอบใดมีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็อาจจะส่งผลต่อส่วนอื่นๆด้วยเช่นกัน[16,17,26,27] โรคบรูเซลโลสิสและเมลิออยโดสิสเป็นโรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คนและหรือจากสิ่งแวดล้อมสู่คน ดังนั้นหากพบเชื้อในสัตว์หรือสิ่งแวดล้อมในระดับที่ต่ำทำให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงก็จะมีความไวหรือความเป็นไปได้ที่จะได้รับเชื้อน้อยลงเช่นกัน เช่นกรณีการศึกษาในสัตว์และในสิ่งแวดล้อมในบริเวณที่มีผู้ป่วยและสัตว์ที่เป็นโรคเมลิออยโดสิสที่จังหวัดขอนแก่นพบว่าสัดส่วนการพบเชื้อในสัตว์รังโรค (โคเนื้อ) และสิ่งแวดล้อม (ดินบ้านและดินสวน) มีผลบวกต่อเชื้อก่อโรคนี้สูงเช่นเดียวกัน[23] การศึกษาในครั้งนี้พบว่าการตรวจพบผลบวกในคนและสัตว์ไม่ได้สัมพันธ์กันในเชิงสถานที่กล่าวคือคนพบเชื้อและสัตว์พบเชื้ออยู่คนละพื้นที่กัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกรณีของการเคลื่อนย้ายสัตว์จากพื้นที่หนึ่งสู่อีกพื้นที่หนึ่งหรือฟาร์มหนึ่งสู่ฟาร์มหนึ่ง อย่างไรก็ตามในการศึกษาในครั้งนี้ไม่มีข้อมูลหรือมีการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายสัตว์หรือเครือข่ายของการเคลื่อนย้ายสัตว์ในฟาร์ม

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคของทั้งสองในพื้นที่จังหวัดสงขลาเป็นการพัฒนาตามแนวคิดของสุขภาพหนึ่งเดียวเพื่อเสริมหรือสร้างความเข้มแข็งของระบบปกติคือระบบฝ้าระวังโรคติดต่อเชิงรับ (รง 506) ตามแนวทางของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการเป็นปกติอยู่แล้ว โดยโรคทั้งสองโรคก็เป็นโรคที่ต้องรายงานตามรายการโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team หรือ SRRT) ในระดับพื้นที่ คือ อำเภอและตำบลอยู่แล้ว การดำเนินการในครั้งนี้เป็นการเสริมประเด็นของสุขภาพหนึ่งเดียว (one health หรือ OH) เข้าไปในระบบของทีม SRRT ที่มีอยู่ ให้เป็น SRRT-OH ในระดับพื้นที่ โดยเน้นการทำงานแบบประสานงานร่วมกันมากขึ้นในระดับท้องที่ (local level) แบบบูรณาการตามแนวคิดของสุขภาพหนึ่งเดียว มีการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพหนึ่งเดียวให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับของพื้นที่เครือข่ายการปฏิบัติงานในระดับล่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปศุสัตว์อำเภอ สวนสัตว์ในพื้นที่ รวมถึงอาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และอาสาสมัครด้านปศุสัตว์ ให้มีความรู้ความเข้าใจ เห็นถึงความสำคัญของการทำงานแบบ one health ซึ่งจะส่งผลในการ การเฝ้าระวังโรค การรายงาน การสอบสวนโรค และการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ของโรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คน (zoonosis) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเพื่อการมีสุขภาพที่ดีเหมาะสมของคน สัตว์ และ สิ่งแวดล้อมต่อไป

อย่างไรก็ตามการศึกษาหรือดำเนินการในครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ รูปแบบการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณาแบบครั้งเดียว ณ จุดเวลา (descriptive cross-sectional study) ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ซึ่งโรคบางโรค เช่น เมลิออยโดสิส จะมีความผันแปรได้ตามช่วงของเวลาหรือฤดูกาลและรูปแบบ

การศึกษาไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ดี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อย เช่นในกรณีของกลุ่มตัวอย่างของเกษตรกรที่เลี้ยงแพะ อาจทำให้การตรวจพบความชุกของโรคที่ศึกษาไม่เป็นไปตามที่ควรจะเป็นในความเป็นจริงที่มีอยู่ การเลือกตัวอย่างในครั้งนี้เป็นการเลือกแบบไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น เน้นความสะดวกและตามจุดประสงค์ที่ศึกษาเป็นหลัก ทำให้ไม่อาจเป็นตัวแทนที่ดีมากนัก ก่อให้เกิดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) และในพื้นที่ศึกษาในเขตอำเภอนาทวีกรณีของโรค เมลิออยโดสิสไม่ได้มีเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมในดินและน้ำและในแพะก็ไม่ได้ส่งตรวจตัวอย่างตรวจเพื่อหาเชื้อก่อโรคเมลิออยโดสิส แต่มีการตรวจตัวอย่างสิ่งส่งตรวจในกลุ่มเกษตรกรที่เลี้ยงแพะเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างคน สัตว์ และ สิ่งแวดล้อมได้อย่างชัดเจน และการดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคแบบบูรณาการตามแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวมีการดำเนินการใน 2 อำเภอ ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้นเองซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนน้อยของพื้นที่ในจังหวัดสงขลาซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่มีทั้งหมด 16 อำเภอ รวมถึงจุดอ่อนในการพยายามสร้างความร่วมมือ ในการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชาชีพแบบสุขภาพหนึ่งเดียว เช่น ระบบงานในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับ คน สัตว์ และสิ่งแวดล้อมที่ต่างคนต่างทำไม่ได้มีการบูรณาการร่วมกันที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาในประเด็นความชุกทางซีรัมวิทยาของทั้งสองโรคอย่างต่อเนื่อง (serial cross-sectional study) ในกลุ่มคนเสี่ยง สัตว์รังโรคและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่จังหวัดสงขลา รวมถึงการศึกษาที่มีขนาดใหญ่ในหลายพื้นที่ (large scale survey) หรือทำการศึกษาในช่วงฤดูกาลที่แตกต่างกันและศึกษาข้อมูลด้านการเคลื่อนย้ายของสัตว์ในเชิงเครือข่าย.

ระบบเฝ้าระวังโรคของบรูเซลโลสิสและเมลิออยโดสิสที่พัฒนาขึ้นในเบื้องต้นตามแนวคิดของสุขภาพหนึ่งเดียวรวมทั้งระบบเฝ้าระวังปกติของโรคดังกล่าว ควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ รวมถึงการพิจารณาขยายการดำเนินการไปในพื้นที่อื่นๆของจังหวัด

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร นายแพทย์ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ สมาคมนักระบาดวิทยาภาคสนามประเทศไทย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ องค์การสวนสัตว์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่าและพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา(USCDC) USAID RESPOND กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ศูนย์วิจัยโรคเมลิออยโดสิส คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์วิจัยและพัฒนาการสัตว์แพทย์ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาทุกคน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาทวี และอำเภอเมืองสงขลา

เอกสารอ้างอิง

1. Raja NS, et al. Melioidosis: an emerging infectious disease. **J Postgrad Med**. 2005(51) : 140-145.
2. Cheng AC and Currie BJ. Melioidosis: epidemiology, pathophysiology, and management. **Clin Microbiol Rev**. 2005(18) : 383-416.
3. Dance DA. Melioidosis: the top of the iceberg?. **Clin Microbiol Rev**. 1991 (4) : 52-60.
4. Sprague LD and Neubauer H. Melioidosis in animals: a review of epizootiology, diagnosis and clinical presentation. **J Vet Med**. 2004 (51) : 305-320.
5. Heymann DL (editor). **Control of communicable diseases manual.** 19th edition. The American Public Health Association Washington, DC, 2008.
6. Wiersinga WJ, et al. Melioidosis. **N Engl J Med**. 2012 (367) : 1035–44.
7. Pang L, et al. Melioidosos, Singapore 2003–2014. **Emerging Infectious Disease**. 2018 (24) : 140-143.

8. Soawapak Hinjoy, et al. Melioidosis in Thailand: present and future. **Trop Med Infect Dis**. 2018 (38) : 2-16. doi:10.3390/tropicalmed3020038, www.mdpi.com/journal/tropicalmed.

9. Direk Limmathurotsakul, et al. Increasing incidence of human melioidosis in Northeast Thailand. **Am. J. Trop. Med. Hyg**. 2010 (82) : 1113–1117.

10. World Health Organization, Food and Agriculture Organization for the United Nations, World Organization for Animal Health. **Brucellosis in humans and animals**. World Health Organization, Geneva, 2006.

11. Khan MZ and Zahoor M. An overview of brucellosis in cattle and humans, and its serological and molecular diagnosis in control strategies. **Trop Med Infect Dis**. 2018(65) : 1-14. doi:10.3390/tropicalmed3020065 www.mdpi.com/journal/tropicalmed.

12. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2558**. http://www.boe.moph.go.th/ สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2561.

13. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือแนวทางการควบคุมป้องกันโรคบรูเซลโลสิส.** พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, นนทบุรี, 2557.

14. World Health Organization. **One health**. http://www.who.int/features/qa/one-health/en/ สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2562.

15. ปานเทพ รัตนากร. **One Health คืออะไร?**. http://www.vs.mahidol.ac.th/Th/index.php/onehealth สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2562.

16. Gibbs EPJ. The evolution of one health: a decade of progress and challenges for the future. **Veterinary Record**. 2014 : 85-91. http://veterinaryrecord.bmj.com/.

17. Destoumieux-Garzón D, et al. The one health concept: 10 years old and a long road ahead. **Front Vet Sci**. 2018(5) : 14. doi: 10.3389/fvets.2018.00014.

18. สถาบันสุขภาพสัตว์แห่งชาติ กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. http://www.dld.go.th สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2556.

19. Samruam Danprachankul, et al. Brucellosis as an emerging disease in Thailand: a report of three cases with review of literatures. **Journal of Health Science**. 2009(18) : 643-649.

20. วัชรพงษ์ สุดดี และคณะ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการพบผลบวกทางซีรัมต่อโรคบรูเซลโลซีสในแพะเนื้อของจังหวัดชัยนาท. **วารสารสัตวแพทย์**. 2554(21) : 42-50.

21. กิติภัทท์ สุจิต และคณะ. การสำรวจประชากรแพะและความชุกของโรคแท้งติดต่อในแพะ จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ. 2552. **รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**. 2552(40) : 821-825.

22. พรทิพย์ ชูเมฆ และอรรถพร จีนพันธ์. **การศึกษาทางซีรัมวิทยาของโรคบรูเซลโลสิสและเมลิออยโดสิสในแพะที่เลี้ยงในภาคใต้ของประเทศไทย**. เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 50; 2555 31 มกราคม – 2 กุมภาพันธ์; กรุงเทพมหานคร; 2555 หน้า 329-338.

23. นริศร นางาม. **ระบาดวิทยาของการพบเชื้อ B.pseudomallei ในสัตว์และในสิ่งแวดล้อมในบริเวณที่มีผู้ป่วย และสัตว์ที่เป็นโรคเมลิออยโดสิสที่จังหวัดขอนแก่น: การศึกษาเบื้องต้น**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) 2552.

24. ประสบพร ทองนุ่น และคณะ. การสำรวจแอนติบอดีต่อเชื้อ Burkholderia pseudomallei ในแพะและแกะในพื้นที่ปศุสัตว์เขต 9. **วารสารสัตว์แพทย์**. 2544 (11) : 20-26.

25. กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. **โรคมงคล่อเทียม (melioidosis)**. http://dcontrol.dld.go.th/dcontrol/images/km/AnimalDisease/Melioidosis.pdf สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2562

26. Meisser A, et al. One health in Switzerland: a visionary concept at a crossroad?. **Swiss Med Wkly**. 2011(141) : w13201.

27. American Veterinary Medical Association. **One health: a new professional imperative.** One health initiative tool: final report. July 15; 2008. http://www.avma.org/KB/Resources/Reports/Documents/onehealth_final.pdf สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2562.

การศึกษาความหลากหลายและการปลูกพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

THE STUDY ON DIVERSITY AND PLANTING OF THE HERBAL PLANTS OF COMMUNITY IN BONGOEN SUB-DISTRICT, LAT LUM KAEW DISTRICT, PATHUMTHANI PROVINCE

สุนทรี จีนธรรม[1]

Soontaree Cheentam[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหลากหลายและการปลูกพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ (Qualitative and Quantitative Research) ซึ่งใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวนำและใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นตัวยืนยัน ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนในตำบลบ่อเงิน จำนวน 4,421 คน กลุ่มเป้าหมาย คือ ปราชญ์ท้องถิ่น ได้แก่ ผู้ปลูกสมุนไพร จำนวน 5 คน หมอพื้นบ้าน จำนวน 15 คน จำนวน 5 คน ผู้รู้ด้านสมุนไพร จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสำรวจ รวบรวมข้อมูลเชิงลึกที่เน้นกลุ่มเป้าหมายที่ถูกเจาะจงให้เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญและสะท้อนข้อมูลผ่านการเป็นตัวแทนกลุ่มและตัวแทนชุมชนที่ศึกษา โดยสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย และแบบสำรวจความหลากหลายของพืชสมุนไพร ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสำรวจความหลากหลายของพืชสมุนไพรในตำบลบ่อเงิน โดยใช้แบบสำรวจความหลากหลายพรรณพืชสมุนไพร บันทึกข้อมูล ถ่ายภาพพืชสมุนไพร และสัมภาษณ์ปราชญ์ท้องถิ่นถึงสรรพคุณ ประโยชน์ และการขยายพันธุ์พืชสมุนไพร จากนั้นจึงจัดทำฐานข้อมูลความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพร และสรุปผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิเคราะห์ทางสถิติหาค่าร้อยละ (Percentage) จากผลการวิจัยพบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจพบในชุมชนตำบลบ่อเงินมีจำนวน 145 ชนิด แบ่งเป็นไม้ต้น 52 ชนิด (ร้อยละ 35.86) ไม้ล้มลุก 43 ชนิด (ร้อยละ 29.66) ไม้พุ่ม 30 ชนิด (ร้อยละ 20.69) ไม้เลื้อย 16 ชนิด (ร้อยละ 11.03) และไม้น้ำ 4 ชนิด (ร้อยละ 2.76) ตามลำดับ พืชสมุนไพรที่สำรวจมีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 110 ชนิด (ร้อยละ 75.86) รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 50 ชนิด (ร้อยละ 34.48) การตอน จำนวน 29 ชนิด (ร้อยละ 20.00) การแยกหน่อ จำนวน 16 ชนิด (ร้อยละ 11.03) การใช้เหง้าหรือหัว จำนวน 15 ชนิด (ร้อยละ 10.35) และการใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 10 ชนิด (ร้อยละ 6.90) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความหลากหลายทางชีวภาพ, พืชสมุนไพร

ABSTRACT

The objectives of this research are to study on diversity and planting of the herbal plant of community in Bongoen sub-district, Lat Lum Kaew district, Pathumthani province. The research methodology is surveying herbal plant diversity in Bongoen sub-district by applying qualitative and quantitive research for confirmation. The population is 4,421 people living in Bongoen sub-district. The target group is 25 local philosophers comprising 5 herbal plant growers, 15 traditional doctors, 5 herbal philosophers. Research tools are questionnaires for herbal plant diversity data and interviewing of key informants for using and reproduction of herbal plants. Then, the collected data were analyzed by content analysis for qualitative data and percentage for quantitative data. The results found that there were 145 species of herbs found in Bongoen sub-district categorized in 52 species of trees (35.86 percent), 43 species of annual plants (29.66 percent), 30 species of shrubs (20.69 percent), 16 species of climbers (11.03 percent) and 4 species of water plants (2.67 percent), respectively. The herbal plant propagation of 145 species could be classified as follows; 110 species by seeding (75.86 percent), 50 species by cuttings (34.48 percent), 29 species by layering (20.00 percent), 16 species by budding (11.03 percent), 15 species by rhizomes/ corms (10.35 percent) and 10 species by other methods (6.90 percent), respectively.

Keywords: Biodiversity, Herb Medicine

[1] อาจารย์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานวัตกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

บทนำ

ความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งความหลากหลายของระบบนิเวศ ความหลากหลายของชนิดพันธุ์ และความหลากหลายทางพันธุกรรม นับเป็นทรัพยากรธรรมชาติที่มีความสำคัญ มีคุณค่ามากเกินกว่าจะประเมินได้ ผู้คนในอดีตได้รับประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความหลากหลายของพรรณไม้ เช่น การนำมาเป็นอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ตลอดจนการนำมาประยุกต์เป็นศิลปวัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามของท้องถิ่นที่สืบสานกันมายาวนาน ในรูปลักษณ์ของภูมิปัญญาท้องถิ่นและปราชญ์ชาวบ้าน นอกจากนี้ยังช่วยทำให้โลกมีบรรยากาศ ดิน น้ำ อุณหภูมิและความชื้นอย่างสมดุล (วิสุทธิ์ ใบไม้, 2553) ดังนั้นมนุษย์จึงควรให้ความสำคัญกับธรรมชาติอย่างจริงจัง และเรียนรู้ธรรมชาติให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ธรรมชาติเป็นปัญหาที่เกิดจากมนุษย์ไม่เข้าใจธรรมชาติ ไม่เรียนรู้ธรรมชาติ และขาดจิตสำนึกรักธรรมชาติ จึงทำให้มนุษย์ทำลายธรรมชาติ (วินัย วีระวัฒนานนท์, 2546) พืชสมุนไพรเป็นผลผลิตจากธรรมชาติที่มนุษย์รู้จักนำมาใช้เป็นประโยชน์ เพื่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่โบราณกาลแล้ว สามารถรักษาโรคบางชนิดได้โดยไม่ต้องใช้ยาแผนปัจจุบันซึ่งบางชนิดอาจมีราคาแพง และต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก อีกทั้งยังอาจหาซื้อได้ยากในท้องถิ่นซึ่งแตกต่างจากสมุนไพรที่สามารถหาได้ง่ายในท้องถิ่นเพราะส่วนใหญ่ได้จากพืชซึ่งมีอยู่ทั่วไปทั้งในเมืองและชนบท ใช้เป็นยาบำรุงรักษาให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง ใช้เป็นยาฆ่าแมลงในสวนผัก ใช้ปรุงแต่ง กลิ่น สี รส ของอาหาร เป็นการอนุรักษ์มรดกไทยให้ประชาชนในแต่ละท้องถิ่น รู้จักช่วยตนเองในการนำพืชสมุนไพรในท้องถิ่นของตนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ตามแบบแผนโบราณ ทำให้คนเห็นคุณค่าและกลับมาดำเนินชีวิตใกล้ชิดธรรมชาติยิ่งขึ้นทำให้เกิดความภูมิใจในวัฒนธรรมและคุณค่าของความเป็นไทย (เฉลิมเกียรติ โภคาวัฒนา, 2542) ความหลากหลายของพืชสมุนไพรในประเทศไทยมีการกระจายตัวอยู่ทั่วทุกภาค มีทั้งการอนุรักษ์อยู่ในป่าธรรมชาติ และการปลูกขยายพันธุ์เพิ่มเติม เพื่อให้เพียงพอต่อการบริโภค ซึ่งมีทั้งสมุนไพรพื้นบ้าน สมุนไพรในครัวเรือน จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ชุมชนตำบลบ่อเงินตั้งอยู่ในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี มีพื้นที่จำนวน 16,016 ไร่ เป็นชุมชนเก่าแก่มีวิถีชีวิตในการทำการเกษตร ได้แก่ การทำนา การปลูกผัก การทำสวนผลไม้ และการปลูกพืชสมุนไพร โดยปลูกตามบ้านเรือน บริเวณวัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตามหัวไร่ปลายนา นอกจากนี้ชุมชนยังมีการอนุรักษ์พืชสมุนไพรที่สวนสมุนไพรว่านยา วัดเจดีย์หอย ซึ่งมีการปลูกพืชสมุนไพรจำนวนมาก เช่น พิกุล สารภี ดอกบัว ดอกมะลิ กระดังงา จำปา จำปี ไพล ขมิ้น และว่านต่างๆ มีการทำยาสมุนไพร เช่น น้ำมันแก้ปวดเมื่อย สมุนไพรอบ ลูกประคบ เป็นต้น และที่ชีวะโกโอสถ โดยมีหมอเทียนชัย ศิริเสน ได้รวบรวมพืชสมุนไพรมาปลูก เช่น ทุเรียนเทศ ยอป่า กระเบา กล้วยน้ำไท ข่อยดำ ไพล เป็นต้น และได้ผลิตยาสมุนไพร เช่น ยาหม่องไพล ชาชงทุเรียนเทศ ยาขับปัสสาวะ เป็นต้น นอกจากนี้ชุมชนตำบลบ่อเงินมีหมอพื้นบ้านปราชญ์ท้องถิ่น ที่ยังเห็นความสำคัญของพืชสมุนไพร มีการอนุรักษ์พืชสมุนไพร และยังนำมาใช้ประโยชน์ในการรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วยให้กับสมาชิกในชุมชน โดยสืบสานภูมิปัญญาด้านยาสมุนไพรมาจากบรรพบุรุษ แต่ปัจจุบันความหลากหลายของพืชสมุนไพรลดลงเนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้พื้นที่เกษตรกรรมลดลง และพืชสมุนไพรก็ลดลงตามไปด้วย จากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนถึงปัญหาด้านความหลากหลายของพืชสมุนไพรในตำบลบ่อเงิน พบว่า ชุมชนยังไม่มีการสำรวจข้อมูลด้านพืชสมุนไพร

และยังไม่ได้ศึกษาสรรพคุณและการใช้ประโยชน์ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี โดยสำรวจความหลากหลายของพืชสมุนไพรเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร และจัดทำฐานข้อมูลสมุนไพรเพื่อเผยแพร่ความรู้และอนุรักษ์ความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพรสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความหลากหลายและการปลูกพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ (Qualitative and Quantitative Research) ซึ่งใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวนำและใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นตัวยืนยัน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการวิจัยโดยสำรวจความหลากหลายของพืชสมุนไพรตำบลบ่อเงิน โดยใช้แบบสำรวจ ถ่ายภาพ พืชสมุนไพร สัมภาษณ์ปราชญ์ท้องถิ่น และสรุปผลการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนในตำบลบ่อเงิน จำนวน 4,421 คน โดยเจาะจงเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปราชญ์ท้องถิ่นด้านสมุนไพร ได้แก่ ผู้ปลูกสมุนไพร จำนวน 5 คน หมอพื้นบ้าน จำนวน 15 คน ผู้รู้ด้านสมุนไพร จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 25 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวกับสรรพคุณของพืชสมุนไพร การใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรและวิธีการขยายพันธ์ เพื่อใช้สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย และรวบรวมข้อมูลเชิงลึก และ 2) แบบสำรวจความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพรเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) โดยมีรายการสำรวจเกี่ยวกับชื่อพืชสมุนไพร ลักษณะพืช ได้แก่ ไม้ต้น ไม้ล้มลุก ไม้พุ่ม ไม้เลื้อย และไม้น้ำ

วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 สำรวจความหลากหลายและการปลูกพืชสมุนไพรตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี โดยใช้แบบสำรวจความหลากหลายของพืชสมุนไพร ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยใช้วิธีเดินสำรวจในชุมชนตามหัวไร่ปลายนา ที่สาธารณะ วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงงานผลิตยาชีวโกโอสถและตามบ้านเรือนของหมอพื้นบ้าน ผู้ปลูกสมุนไพร และประชาชน หลังจากนั้นถ่ายภาพพืชสมุนไพรทั้งลำต้น ใบ ดอก ผล และสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายคือ ปราชญ์ท้องถิ่นที่มีความรู้เรื่องพืชสมุนไพรโดยจดบันทึกชื่อพืชสมุนไพร สรรพคุณและการขยายพันธุ์ โดยรวบรวมข้อมูลเชิงลึกที่เน้นกลุ่มเป้าหมายที่ถูกเจาะจงเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญและสะท้อนข้อมูลผ่านการเป็นตัวแทนชุมชนที่ศึกษา

ภาพที่ 1 วัดเจดีย์หอย ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ภาพที่ 2 สวนสมุนไพรว่านยา วัดเจดีย์หอย ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ภาพที่ 3 สัมภาษณ์พระภิกษุผู้รู้ด้านสมุนไพร ณ วัดเจดีย์หอย ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ภาพที่ 4 สัมภาษณ์ปราชญ์ท้องถิ่นด้านสมุนไพร ณ วัดเจดีย์หอย ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ภาพที่ 5 สัมภาษณ์ผู้ปลูกสมุนไพร ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ภาพที่ 6 สัมภาษณ์หมอเทียนชัย ศิริเสน หมอพื้นบ้าน ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ภาพที่ 7 ชีวะโกโอสถแหล่งปลูกพืชสมุนไพรและผลิตยาสมุนไพร ต.บ่อเงิน อ.ลาดหลุมแก้ว จ.ปทุมธานี

ระยะที่ 2 จัดทำฐานข้อมูลความหลากหลายของพืชสมุนไพรโดยนำข้อมูลจากการสำรวจในระยะที่ 1 นำมาจัดระบบข้อมูลโดยการบันทึกชื่อพืชสมุนไพร นำภาพถ่ายพืชสมุนไพรมาจัดวางในฐานข้อมูล ศึกษาชื่อวิทยาศาสตร์ ชื่ออื่นๆ ชื่อวงศ์ ลักษณะวิสัยของพืช สรรพคุณและการใช้ประโยชน์ทางยาและการขยายพันธุ์โดยนักวิจัยศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangularation) จากปราชญ์ท้องถิ่น จากตำราและจากผู้เชี่ยวชาญด้านพืชสมุนไพร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

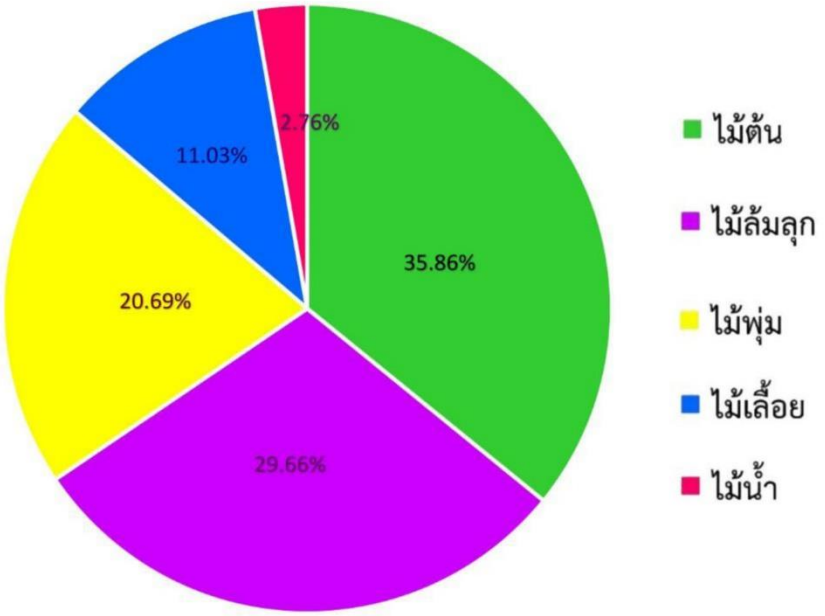
ระยะที่ 3 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงจัดทำรูปเล่มรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิเคราะห์ทางสถิติหาค่าร้อยละ (Percentage)

ผลการวิจัย

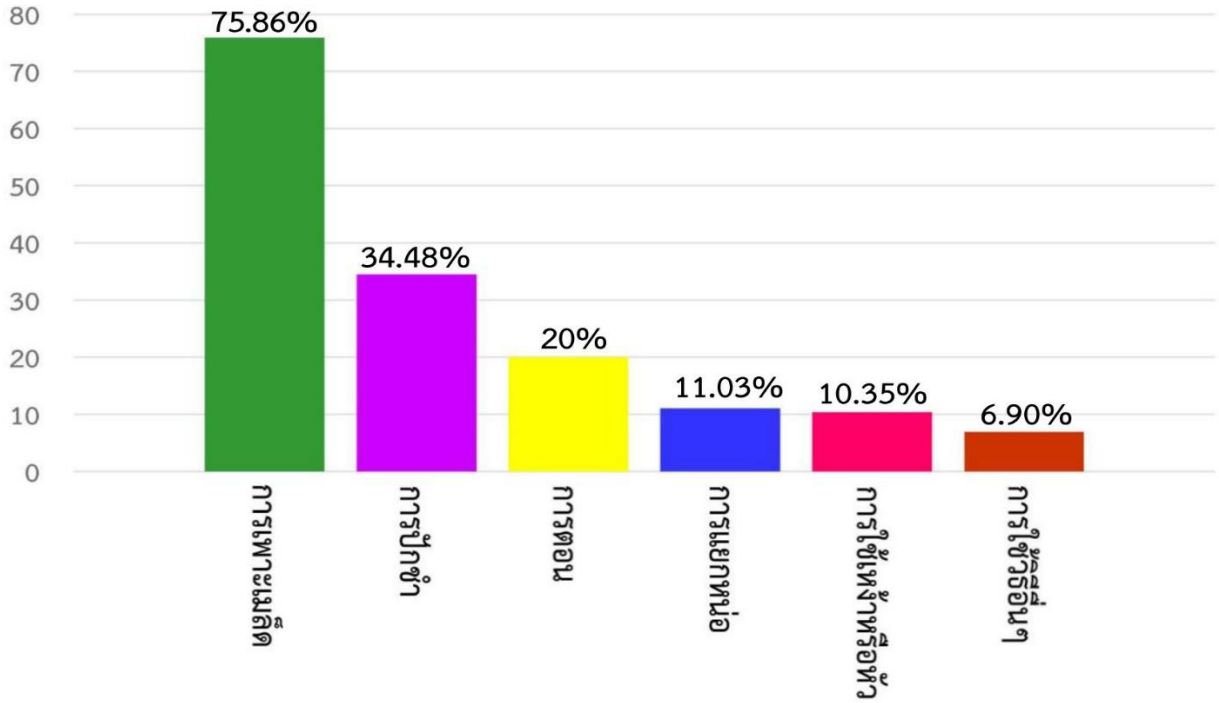
ผลการศึกษาความหลากหลายและการปลูกพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ชุมชนตำบลบ่อเงิน มีพืชสมุนไพรทั้งหมด จำนวน 145 ชนิด โดยสามารถจำแนกพืชสมุนไพรตามลักษณะพืชได้ 5 ลักษณะ พบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจมีลักษณะเป็นไม้ต้นมากที่สุด มีจำนวน 52 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 35.86 รองลงมา คือ ไม้ล้มลุก จำนวน 43 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 29.66 ไม้พุ่ม จำนวน 30 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 20.69 ไม้เลื้อย จำนวน 16 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 11.03 และไม้น้ำ จำนวน 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 2.76 ตามลำดับ (ภาพที่ 8)



ภาพที่ 8 การจำแนกพืชสมุนไพรตามลักษณะวิสัยของพืช

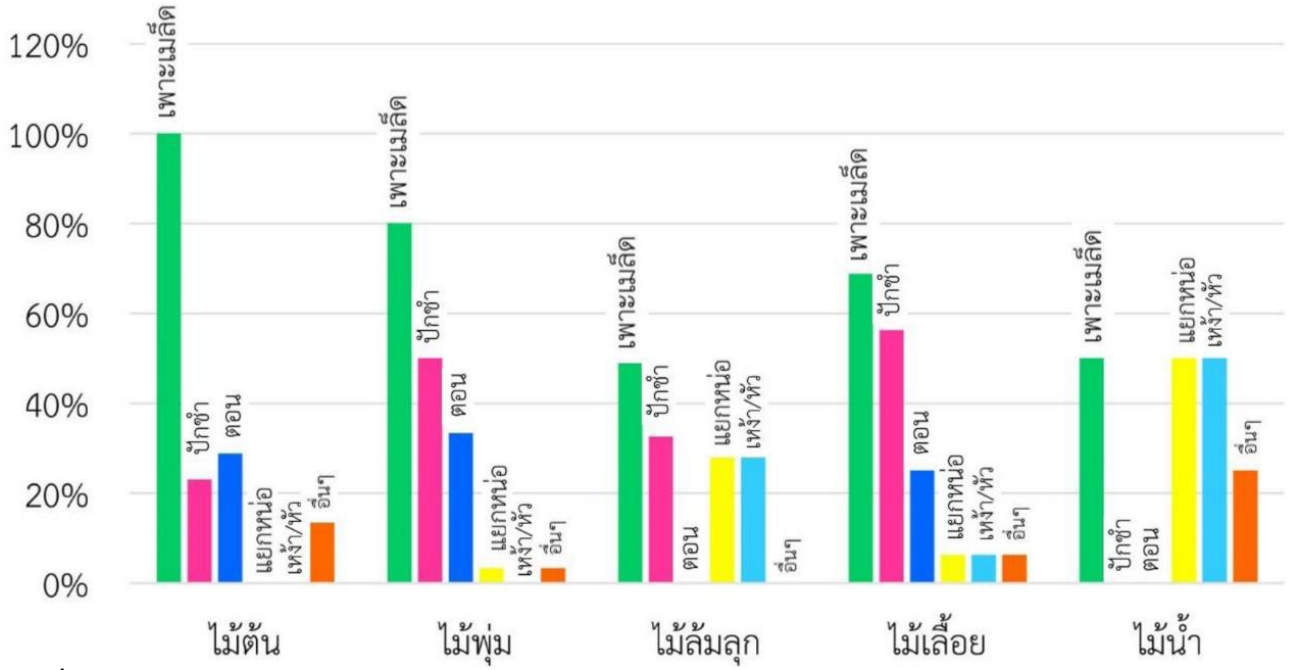
และจำแนกตามวิธีการขยายพันธุ์ จำนวน 6 วิธี พบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจมีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 110 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 75.86 รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 50 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 34.48 การตอน จำนวน 29 ชนิด คิด

เป็นร้อยละ 20.00 การแยกหน่อ จำนวน 16 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 11.03 การใช้เหง้าหรือหัว จำนวน 15 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 10.35 และการใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 10 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 6.90 ตามลำดับ (ภาพที่ 9)



ภาพที่ 9 การจำแนกพืชสมุนไพรตามตามวิธีการขยายพันธุ์

จากการสำรวจพืชสมุนไพรชุมชนตำบลบ่อเงิน โดยจำแนกตามลักษณะพืชและวิธีการขยายพันธุ์ พบว่า พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้ต้น จำนวนทั้งหมด 52 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 52 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ การตอน จำนวน 15 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 28.85 การปักชำ จำนวน 12 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 23.08 การใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 7 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 13.46 ตามลำดับ และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการแยกหน่อ และการใช้เหง้าหรือหัว พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้พุ่ม จำนวนทั้งหมด 30 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 24 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 15 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 50.00 การตอน จำนวน 10 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 33.33 การแยกหน่อ จำนวน 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 3.33 การใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตามลำดับ และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการใช้เหง้าหรือหัว พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้ล้มลุก จำนวนทั้งหมด จำนวน 43 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 21 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 48.84 รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 14 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 32.56 การแยกหน่อและการใช้เหง้าหรือหัว จำนวน 12 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 27.91 ตามลำดับ และไม่พบการตอน และการใช้วิธีอื่นๆ พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้เลื้อย จำนวนทั้งหมด 16 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 11 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 68.75 รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 9 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 56.25 การตอน จำนวน 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 25.00 การแยกหน่อ การใช้เหง้าหรือหัว และวิธีอื่นๆ จำนวน 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 6.25 ตามลำดับ พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้น้ำ จำนวนทั้งหมด 4 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ด การแยกหน่อ และการใช้เหง้าหรือหัวมากที่สุด จำนวน 2 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา คือ วิธีการอื่นๆ จำนวน 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 25.00 และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการตอนและการปักชำ (ภาพที่ 10)



ภาพที่ 10 การจำแนกพืชสมุนไพรตามลักษณะพืชและวิธีการขยายพันธุ์

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

1. จากการสำรวจพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน จำนวน 145 ชนิด โดยจำแนกตามลักษณะพืช 5 ลักษณะ พบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจมีลักษณะเป็นไม้ต้นมากที่สุด จำนวน 52 ชนิด (ร้อยละ 35.86) รองลงมา คือ ไม้ล้มลุก จำนวน 43 ชนิด (ร้อยละ 29.66) ไม้พุ่ม จำนวน 30 ชนิด (ร้อยละ 20.69) ไม้เลื้อย จำนวน 16 ชนิด (ร้อยละ 11.03) และไม้น้ำ จำนวน 4 ชนิด (ร้อยละ 2.76) ตามลำดับ

2. จากการสำรวจพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน จำนวน 145 ชนิด โดยจำแนกตามวิธีการขยายพันธุ์ พบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจมีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 110 ชนิด (ร้อยละ 75.86) รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 50 ชนิด (ร้อยละ 34.48) การตอน จำนวน 29 ชนิด (ร้อยละ 20.00) การแยกหน่อ จำนวน 16 ชนิด (ร้อยละ 11.03) การใช้เหง้าหรือหัว จำนวน 15 ชนิด (ร้อยละ 10.35) และการใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 10 ชนิด (ร้อยละ 6.90) ตามลำดับ

3. จากการสำรวจพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน จำนวน 145 ชนิด โดยจำแนกตามลักษณะพืชและวิธีการขยายพันธุ์ พบว่า พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้ต้น จำนวนทั้งหมด 52 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 52 ชนิด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ การตอน จำนวน 15 ชนิด (ร้อยละ 28.85) การปักชำ จำนวน 12 ชนิด (ร้อยละ 23.08) การใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 7 ชนิด (ร้อยละ 13.46) ตามลำดับ และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการแยกหน่อ และการใช้เหง้าหรือหัว พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้พุ่ม จำนวนทั้งหมด 30 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 24 ชนิด (ร้อยละ 80.00) รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 15 ชนิด (ร้อยละ 50.00) การตอน จำนวน 10 ชนิด (ร้อยละ 33.33) การแยกหน่อ จำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 3.33) การใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 3.33) ตามลำดับ และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการใช้เหง้าหรือหัว พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้ล้มลุก จำนวนทั้งหมด จำนวน 43 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 21 ชนิด (ร้อยละ 48.84) รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 14

ชนิด (ร้อยละ 32.56) การแยกหน่อ และการใช้เหง้าหรือหัว จำนวน 12 ชนิด (ร้อยละ 27.91) ตามลำดับ และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการตอน และการใช้วิธีอื่นๆ พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้เลื้อย จำนวนทั้งหมด 16 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุด จำนวน 11 ชนิด (ร้อยละ 68.75) รองลงมา คือ การปักชำ จำนวน 9 ชนิด (ร้อยละ 56.25) การตอน จำนวน 4 ชนิด (ร้อยละ 25.00) การแยกหน่อ การใช้เหง้าหรือหัว และการใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 6.25) ตามลำดับ พืชสมุนไพรที่มีลักษณะเป็นไม้น้ำ จำนวนทั้งหมด 4 ชนิด มีวิธีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ด การแยกหน่อ และการใช้เหง้าหรือหัวมากที่สุด จำนวน 2 ชนิด (ร้อยละ 50.00) รองลงมา คือ การใช้วิธีการอื่นๆ จำนวน 1 ชนิด (ร้อยละ 25.00) และไม่พบการขยายพันธุ์โดยการตอนและการปักชำ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความหลากหลายและการปลูกพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ชุมชนตำบลบ่อเงินมีพรรณพืชสมุนไพรมากถึง 145 ชนิด และสามารถจำแนกพืชสมุนไพร ตามลักษณะพืช และวิธีการขยายพันธุ์ จำแนกตามลักษณะพืช 5 ลักษณะ พบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจมีลักษณะเป็นไม้ต้นมากที่สุด มีจำนวน 52 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 35.86 รองลงมา คือ ไม้ล้มลุก จำนวน 43 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 29.66 ไม้พุ่ม จำนวน 30 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 20.69 ไม้เลื้อย จำนวน 16 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 11.03 และไม้น้ำ จำนวน 4 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 2.76 ตามลำดับ ซึ่งพบกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชน ทั้งบริเวณรอบหมู่บ้าน โรงเรียน วัด และสถานีอนามัย โดยเฉพาะที่วัดเจดีย์หอย ปลูกเป็นสวนสมุนไพรเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และสืบสานภูมิปัญญา โดยมีการนำพืชสมุนไพรทำยา เช่น น้ำมันว่าน 108 แก้อาการปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก และที่ชีวะโกโอสถได้ปลูกพืชสมุนไพรไว้เป็นจำนวนมากเพื่อนำมาผลิตเป็นยาสมุนไพร เช่น ทุเรียนเทศ ยอป่า กล้วยน้ำไท มะขามป้อม ไพล ขมิ้น ข่อยดำ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าในชุมชนมีหมอพื้นบ้าน ปราชญ์ท้องถิ่นที่เห็นความสำคัญของพืชสมุนไพร จึงได้มีการอนุรักษ์โดยปลูกพืชสมุนไพรที่มีความหลากหลายของชนิดพันธุ์ถึง 145 ชนิด อีกทั้งมีการนำมาใช้ประโยชน์โดยการทำยาสมุนไพรสำหรับใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยให้กับสมาชิกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิวรณ์ วงศ์อรุณ และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง โครงการความหลากหลายของพืชสมุนไพรในทุ่งสามร้อยยอด ผลการวิจัยพบพืชสมุนไพร จำนวน 163 ชนิด สามารถระบุชื่อวิทยาศาสตร์ได้ 157 ชนิด 77 วงศ์ ไม่สามารถระบุชื่อได้ 6 ชนิด แบ่งออกเป็นพืชสมุนไพรประเภทต้น 81 ชนิด ประกอบด้วย ไม้ต้น ไม้พุ่ม ไม้ล้มลุก ประเภทเถา-เครือ 42 ชนิด ประเภทหัวเหง้า 14 ชนิด ประเภทผัก 8 ชนิด และประเภทหญ้า 19 ชนิด และสอดคล้องกับงานวิจัยของนภากุล นิละโคตร (2553) ที่ได้ทำการศึกษา เรื่องความหลากหลายชนิด และการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรในพื้นที่ชุ่มน้ำกุดทิง อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย พบว่า มีพรรณไม้ทั้งหมด 36 วงศ์ 66 ชนิด โดยจำแนกเป็นไม้ต้น 21 วงศ์ 29 ชนิด ไม้พุ่ม 27 วงศ์ 42 ชนิด และไม้พื้นล่าง 32 วงศ์ 56 ชนิด และมีเพียง 15 ชนิด ที่นำมาใช้เป็นประจำ สอดคล้องกับงานวิจัยของเลอศักดิ์ ประจวบอารีย์ (2551) ได้ทำการศึกษาสมุนไพรพื้นบ้านของชนเผ่ากะหร่างที่หมู่บ้านโป่งลึก อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี โดยการสัมภาษณ์ชาวบ้านผู้มีความรู้และประสบการณ์การใช้สมุนไพรเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้ชื่อพื้นเมือง ส่วนที่ใช้เป็นยา รวมทั้งสรรพคุณและวิธีใช้เก็บตัวอย่างสมุนไพรจัดทำเป็นตัวอย่างพืชแห้ง สามารถจัดแบ่งสมุนไพรที่ชนเผ่ากะหร่างบ้านโป่งลึกใช้ประโยชน์ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ใช้เป็นสมุนไพรรักษาโรค จำนวน 97 ชนิด ใช้เป็นอาหาร จำนวน 83 ชนิด และพืชพิษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จำนวน 10 ชนิด และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุนทรี จีนธรรม ปัณณ์รภัส ถกลภักดี จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท (2558) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความหลากหลายของพรรณพืช

สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดงบัง ตำบลดงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า มีความหลากหลายของพืชสมุนไพรที่สำรวจพบในชุมชนบ้านดงบังมีจำนวน 150 ชนิด แบ่งเป็นไม้ยืนต้น 51 ชนิด (ร้อยละ 34.00) ไม้ล้มลุก 42 ชนิด (ร้อยละ 28.00) ไม้พุ่ม 31 ชนิด (ร้อยละ 20.67) ไม้เลื้อย 23 ชนิด (ร้อยละ 15.33) และไม้น้ำ 3 ชนิด (ร้อยละ 2.00) ตามลำดับ พืชสมุนไพรที่สำรวจพบมีการขยายพันธุ์โดยการเพาะเมล็ดมากที่สุดจำนวน 119 ชนิด (ร้อยละ79.33) รองลงมาคือ การปักชำ จำนวน 51ชนิด (ร้อยละ 34.00) การตอนจำนวน 26ชนิด (ร้อยละ 17.33) การใช้เหง้าหัว จำนวน 18 ชนิด (ร้อยละ 12.00) การแยกหน่อจำนวน 17 ชนิด (ร้อยละ 11.33)และการใช้วิธีอื่นๆ จำนวน 14 ชนิด (ร้อยละ 9.33) ตามลำดับ จากการศึกษาภูมิปัญญาการใช้ประโยชน์ทางยาจากพืชสมุนไพร พบว่า พืชสมุนไพรที่สำรวจที่มีส่วนใบ/ยอดเป็นส่วนที่นำมาใช้ประโยชน์มากที่สุด จำนวน 45 ชนิด (ร้อยละ 30.00) รองลงมาคือ สำต้น/เปลือก จำนวน 44 ชนิด (ร้อยละ 29.33) ราก/หัว/เหง้า จำนวน 39 ชนิด (ร้อยละ 26.00) ผล/เมล็ด จำนวน 32 ชนิด (ร้อยละ 21.33) ดอก จำนวน 22 ชนิด (ร้อยละ 14.67) และทุกส่วนที่นำมาใช้เป็นยาได้ จำนวน 13 ชนิด (ร้อยละ 8.67) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1. ทุกภาคส่วนควรร่วมมือกันอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี โดยช่วยกันปลูกในครัวเรือน วัด โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและที่สาธารณประโยชน์และส่งเสริมการใช้พืชสมุนไพรในการรักษาโรคให้กับประชาชนในชุมชน

2. ชุมชนตำบลบ่อเงิน ควรสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการอนุรักษ์พืชสมุนไพรร่วมกันกับชุมชนข้างเคียงหรือชุมชนอื่นๆ ที่มีแนวคิดคล้ายคลึงกันเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละชุมชน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้านภูมิปัญญาพืชสมุนไพรของหมอพื้นบ้านในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

2. ควรศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาศูนย์เรียนรู้พืชสมุนไพรในชุมชนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณท่านพระครูสุนทรคุณธาดา (หลวงพ่อทอง กลึง สุนทโร) วัดเจดีย์หอย หมอเทียนชัย ศิริเสน องค์การบริหารส่วนตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี และปราชญ์ท้องถิ่นทุกท่านที่เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาวิจัยและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนให้ความรู้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

บรรณานุกรม

เฉลิมเกียรติ โภคาวัฒนา. คู่มือสมุนไพรและเครื่องเทศ ชุดที่ 1 การปลูกสมุนไพร. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการเกษตร กองส่งเสริมพืชสวน กลุ่มพืชสมุนไพรและเครื่องเทศ; 2542.

นภากุล นิลโคตร. ความหลากหลายชนิดและการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรในพื้นที่ชุ่มน้ำกุดทิง อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [มหาสารคาม]: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.

เลอศักดิ์ ประจวบอารีย์. สมุนไพรพื้นบ้านของชนเผ่ากะหร่าง บ้านโป่งลึก อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2551.

วินัย วีระวัฒนานนท์. สิ่งแวดล้อมศึกษา. [กรุงเทพฯ]: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์; 2546.

วิวรณ์ วงศ์อรุณ และคณะ. โครงการความหลากหลายของพืชสมุนไพรในทุ่งสามร้อยยอด. ประจวบคีรีขันธ์: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์; 2557.

วิสุทธ์ ใบไม้. บทสรุปความหลากหลายทางชีวภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไทย สวทช; 2553. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2559]. จาก http://www.sa.ac.th/biodiversity/contents/body_introduction.html

สุนทรี จีนธรรม ปัณณ์รภัส ถกลภักดี จีรภัทร์ อัฐฐิศิลป์เวท. การศึกษาความหลากหลายของพรรณพืชสมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดงบัง ตำบลดงขี้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์; 2558.

ต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

Costs and outcomes of Tuberculosis Care at Huai Mek Hospital Kalasin Province

ชัชวาลย์ นิราราช [1] สุรัชดา ชนโสภณ[2]

Chatchawan Nirarach[1] , Suratchada Chanasopon[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการดูแลปกติและการเยี่ยมบ้านที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรายงานต้นทุนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ให้บริการ และรายงานปัญหาเกี่ยวกับยาจากการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนการรักษาที่โรงพยาบาล ห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุระหว่าง 15-90 ปี แบ่งเป็นกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล จำนวน 100 คน และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 34 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560 รวม 24 เดือน ข้อมูลต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการรวบรวมจากฐานข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลและแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนรวมทั้งหมด (Total Cost) ซึ่งประกอบไปด้วยต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล ต้นทุนรวมทั้งหมดเฉลี่ยต่อคน 31178.83 ± S.D. 14312.96 ค่าต่ำสุด 16020.11 และค่าสูงสุด 100339.90 และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้นทุนรวมทั้งหมดเฉลี่ยต่อคน 33008.62 ± S.D. 11908.03 ค่าต่ำสุด 17620.42 และค่าสูงสุด 71664.38 เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนรวมทั้งหมด (Total Cost) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ระหว่างกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ($p = 0.23$) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 92.00 และ 94.12 ตามลำดับ ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems) ศึกษาประเด็นการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะตับอักเสบจากการใช้ยาวัณโรค และความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) เช่น การขาดยา โดยในกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล พบภาวะตับอักเสบจากการรักษาด้วยยาวัณโรค ร้อยละ 9 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ไม่พบภาวะตับอักเสบจากการรักษาด้วยยาวัณโรค ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) เช่น ขาดยา พบว่ากลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลมีผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ร้อยละ 1.1 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพบผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ร้อยละ 5.88

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน , การดูแลผู้ป่วยวัณโรค , ต้นทุน , ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค , ปัญหาเกี่ยวกับยา

Abstract

This study aimed to study cost and outcome of usual care and usual care with Home healthcare in Tuberculosis patients at Huai Mek Hospital, Kalasin Province. Costs were collected in term of provider perspective and report drug related problems in Tuberculosis patients. The target population is the tuberculosis patient who registered the treatment at Huai Mek Hospital, Kalasin Province tuberculosis patients aged 15 to 90 years, the study included 100 patients from usual care group and 34 patients from usual care with Home healthcare group. The 24 months retrospective cohort study from 1 October 2015 to 30 September 2017 was designed to measure outcomes of tuberculosis treatment. The provider costs data was collected from database in HosXP program and medical record.

The result showed that the total cost, which consists of labour costs , material costs and capital costs in usual care group at the hospital. The average total cost per person is 31178.83 Baht, the lowest cost per person is 16020.11 Baht and the highest cost per person is 100339.90 Baht and the usual care with Home healthcare group by multidisciplinary teams average total cost per person 33008.62 Baht, lowest cost per person is 17620.42 Baht and highest cost per person is 71664.38 Baht. When considering the total cost, it was show that there was no significant difference at the level of 0.05 between usual care group and usual care with Home healthcare group. ($p = 0.23$) The clinical outcome showed that success rate of treatment for tuberculosis patients, Usual care group at hospitals and usual care with Home healthcare group by multidisciplinary teams were 92.00% and 94.12% respectively. According to Drug related problems study following adverse reactions such as hepatitis from tuberculosis drug use and non-compliance such as loss to follow-up, in usual care group at the hospital found 9% of hepatitis

[1] เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (ภ.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

2. อาจารย์ ดร. สาขาวิชา เภสัชกรรมปฐมภูมิ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

from tuberculosis treatment, while those usual care with Home healthcare group by multidisciplinary teams not found hepatitis from tuberculosis treatment. Non-compliance such as loss to follow-up found that the usual care group at the hospital had 1.1%, while those usual care with Home healthcare group by multidisciplinary teams found 5.88%

Keywords: Home healthcare, Costs, Drug related problems, outcome of usual care, multidisciplinary teams

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยกว่า 120,000 รายต่อปี และการตายกว่า 12,000 รายต่อปี ที่สำคัญยังก่อให้เกิดเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่คาดว่าอาจมีมากถึง 2,200 รายในประเทศไทย [(1)] หรือคิดเป็น 172 ต่อประชากรแสนคน[(2)] จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ.2560 (global tuberculosis report 2017) ขององค์การอนามัยโลก รายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคของโลกประมาณ 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) วัณโรคเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB คาดว่าจะมี 6 แสนคน โดยพบได้ร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยรายใหม่และร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน

สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยยังเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยองค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง สำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี พ.ศ.2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9[(3)]

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) 2) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) มีวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวมา ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ.2578 (ค.ศ.2035) การจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้น ประเทศไทยต้องมีอัตราลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีอัตราลดลงของอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี ดังนั้นต้องเร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้ครอบคลุมร้อยละ 90 สนับสนุนการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรคให้ครอบคลุมร้อยละ 90 ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

ในด้านการศึกษาต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ ศูนย์วัณโรคเขต[(4)] ในมุมมองของผู้ให้บริการได้เก็บข้อมูลต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนค่าลงทุน ในช่วงเดือนมกราคม ถึง กันยายน พ.ศ.2539 และใช้การจัดสรรต้นทุนแบบสมการเส้นตรง โดยอาศัยการแบ่งหน่วยงานออกเป็น 3 กลุ่มต้นทุน คือ หน่วยต้นทุนที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ หน่วยต้นทุนที่ก่อให้เกิดรายได้ และหน่วยต้นทุนที่ให้บริการผู้ป่วย พบว่า ต้นทุนต่อครั้งของการตรวจรักษาผู้ป่วยเป็น 1,069.89 บาท การเอกซเรย์ปอดเป็น 153.74 บาท การตรวจเสมหะเป็น 157.37 บาท และการจ่ายยาเป็น 180.84 บาท การรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยามีต้นทุนสูงที่สุด คือ 92,884.40 บาท ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ 16,236.50 บาท ผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับเอดส์ 15,615.46 บาท ต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีการดำเนินโรคตามปกติเป็น 12,498.30 บาท และต้นทุนของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่แพร่เชื้อเป็น 7,889.78 บาท ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเชื้อดื้อยาจะมีต้นทุนการรักษาสูงที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการศึกษาถึงต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการดูแลปกติ

และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสามารถนำมาใช้วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหานี้มาโดยตลอด จึงได้ดำเนินงานควบคุมวัณโรคโดยต้องอาศัยเครือข่ายการประสานความร่วมมือของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนในการมีส่วนร่วมในการควบคุมวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงานวัณโรค ได้แก่ การค้นหาการรักษา การส่งต่อ การรายงานข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคสู่ประชาชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมวัณโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล การดำเนินงานวัณโรคนอกจากจะเร่งรัดให้หน่วยบริการสาธารณสุขมีบริการที่เป็นมาตรฐานแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องดำเนินการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้และตระหนักถึงการป้องกัน การรักษา และสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนของตนเอง ครอบครัว ตลอดจนในชุมชนให้ปลอดภัยจากวัณโรค[5]

การเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพราะทำให้ทราบข้อมูลและนำไปวางแผนดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฬาวรรณ จิตดอนและคณะ[6] พบว่าการเยี่ยมบ้านที่ให้ผู้ป่วยกำหนดและปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองโดยครอบครัวช่วยเหลือช่วยเพิ่มอัตราการหายของวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญ และการพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดแบบมีส่วนร่วมด้วยการนำผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดมาร่วมกันค้นหาปัจจัยของผู้ป่วย ปัจจัยที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง แล้ววิเคราะห์สาเหตุทั้งหมดเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้านรายบุคคลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรักษาโรคต่อเนื่อง จัดการอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งจะส่งผลให้หายขาดจากโรค ลดการแพร่เชื้อ ลดอัตราดื้อยา และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เช่น การคัดกรองผู้ป่วย ระบบบริการแบบรวดเดียวจบ การพัฒนาระบบแยกผู้ป่วยในหอรักษา การรักษาผู้ป่วยรายใหม่เสมหะบวกในโรงพยาบาลอย่างน้อย 14 วัน นอกจากนี้แนวทางของการเลือกผู้ป่วยที่จะเยี่ยมบ้าน ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลห้วยเม็กซึ่งประกอบไปด้วย เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ จะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อนอนพักรักษาตัวครบ 14 วัน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคนั้นทีมจะลงเยี่ยมในผู้ป่วยที่มีผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ เช่น ค่าเอนไซม์ตับผิดปกติ มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง เป็นต้น หรือได้รับการประสานงานจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ลงติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการดูแลโดยครอบครัวและพี่เลี้ยงที่กำกับการรับประทานยาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) ซึ่งการรายงานผลการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร รายงานในรูปแบบจำนวนปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบและการแก้ไขปัญหา พบว่ายังมีการศึกษาวิจัยไม่มากที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรเปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติ[7]

ดังนั้นจากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าหากจะดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ให้ได้ผลจริงจัง จำเป็นต้องศึกษาหาวิธีการดำเนินงานที่คาดว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ โดยดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่ให้สอดคล้องกับปัญหาและภายใต้บริบทของพื้นที่ ให้สามารถดำเนินการด้านควบคุมวัณโรคได้ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งสู่การลดโรควัณโรค ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการดูแลปกติและการเยี่ยมบ้าน

2. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในการดูแลปกติและการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับเภสัชกร

3. เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems) จากการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็น Retrospective cohort study แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการดูแลปกติและการเยี่ยมบ้าน เพื่อรายงานต้นทุนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด และศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems) จากการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดและได้รับการขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลห้วยเม็กที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกวัณโรค และแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติที่โรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกวัณโรค และมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับเภสัชกรของโรงพยาบาลห้วยเม็ก เป็นผู้ติดตามดูแลด้านการรักษาและการกินยาตลอดระยะเวลาที่รักษาหรือจนเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560

กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกวัณโรค และพบปัญหาจากการรักษาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาวัณโรค โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับเภสัชกรของโรงพยาบาลห้วยเม็ก เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้านดูแลด้านการรักษาและการกินยาตลอดระยะเวลาที่รักษาหรือจนเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกของการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนการรักษาที่ โรงพยาบาลห้วยเม็กว่าเป็นวัณโรคปอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560 2) ผู้ป่วยวัณโรคปอดอายุ 15-90 ปี ที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้งหรือมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกอย่างน้อย 1 ครั้ง และผลการตรวจเอกซเรย์ปอดเข้าได้กับวัณโรค 3) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีสถานะติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคเกาท์ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะตับอักเสบ และโรคไตเรื้อรัง 4) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่แพทย์พิจารณารับการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยชายและหอผู้ป่วยหญิง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายยังติดตามผลการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลห้วยเม็ก 5) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มาติดตามดูแลที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลห้วยเม็ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกประวัติการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560

2. แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนค่ายาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงทั้งในส่วนของผู้วิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการติดตามเยี่ยมบ้าน โดย ผู้วิจัยขอความร่วมมือ และขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก เพื่อเก็บข้อมูลที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2560 เป็นระยะเวลา 2 ปีจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ เอกสารข้อมูลที่เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและการรักษาที่คลินิกวัณโรค เก็บรวบรวมข้อมูลจาก

เวชระเบียน ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB Register : TB03) และบัตรประวัติการรักษา (Tuberculosis Treatment card : TB01) ส่วนข้อมูลด้านต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในมุมมองของผู้ให้บริการ (ต้นทุนทางการแพทย์ในการติดตามเยี่ยมบ้าน) เก็บรวบรวมข้อมูลต้นทุนค่าแรงและค่าใช้จ่ายในการติดตามเยี่ยมบ้านจากฝ่ายการเงิน ผู้วิจัยบอกผู้ให้ข้อมูลทราบว่าสามารถปฏิเสธหรือออกจากการให้ข้อมูลได้ หากไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยเม็ก เพื่อขออนุญาตนำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งสองรูปแบบในภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับการตอบรับจากผู้อำนวยการด้วยหนังสือทางราชการหรือด้วยวาจา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา แสดงข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของข้อมูลทั่วไป ผลการรักษาทางคลินิก และต้นทุนทั้งหมด สถิติอนุมาน ใช้ Chi-square test หรือ Fisher exact test ทดสอบความแตกต่างข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ อาชีพ วุฒิการศึกษา การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ส่วนความแตกต่างของอายุใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติความเจ็บป่วยวัณโรค

กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.00 มีช่วงอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 20 ระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 43 และช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37 อายุเฉลี่ย 55.21 (S.D. ± 1.45) น้ำหนักเฉลี่ย 51.52 (S.D. ± 0.89) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 93 ข้อมูลโรคประจำตัว พบว่ามีโรคร่วมดังนี้ โรคเบาหวาน ร้อยละ 29 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22 การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 6 โรคหืด ร้อยละ 2 โรคเกาท์ ร้อยละ 4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 5 ภาวะตับอักเสบ ร้อยละ 9 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 4 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.76 มีช่วงอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 17.65 ระหว่าง 45-60 ปี ร้อยละ 20.59 และช่วงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.76 อายุเฉลี่ย 62.21 (S.D. ± 2.87) น้ำหนักเฉลี่ย 48.88 (S.D. ± 1.58) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 97.06 ข้อมูลโรคประจำตัว พบว่ามีโรคร่วมดังนี้ โรคเบาหวาน ร้อยละ -32.35 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.71 การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.94 โรคหืด ร้อยละ 2.94 โรคเกาท์ ร้อยละ 2.94 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 5.88 ภาวะตับอักเสบ ร้อยละ 8.82 และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 2.94

การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งได้แก่ เพศ ($p = 0.316$) น้ำหนัก ($p = 0.140$) สิทธิการรักษา ($p = 0.565$) และโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ($p = 0.720$) โรคความดันโลหิตสูง ($p = 0.360$) การติดเชื้อเอชไอวี ($p = 0.490$) โรคหืด ($p = 0.750$) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p = 0.840$) ภาวะตับอักเสบ (0.980) และโรคไตเรื้อรัง ($p = 0.760$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะข้อมูลด้านอายุ ($p = 0.023$)

กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยครั้งแรกที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคเฉลี่ย 9 วัน และจำนวนครั้งเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1.1 ครั้ง สูตรยาวัณโรคที่ใช้ครั้งแรก ส่วนใหญ่เป็นสูตรมาตรฐานของการรักษาวัณโรคปอด 2IRZE/4IR ร้อยละ 74.00 และสูตรอื่นๆ รวมร้อยละ 26 ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการเป็นวัณโรคและภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในด้านการเปลี่ยนสูตรยาหากพบภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบว่า กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลไม่มีการเปลี่ยนสูตรยาไปใช้สูตรอื่นจนครบการรักษา คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ครั้งแรกหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ร้อยละ 94.12 และพบการเปลี่ยนสูตรยาเป็นสูตรอื่นหลังการรักษาไปแล้ว 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88 ในด้านอัตราการกลับเป็นซ้ำ พบว่า กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 4

และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.88

จากการเปรียบเทียบประวัติความเจ็บป่วยวัณโรคระหว่างกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งได้แก่ จำสวนวันเฉลี่ยครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ($p = 0.82$) จำนวนครั้งเฉลี่ยในการรักษาแบบผู้ป่วยใน ($p = 0.19$) สูตรยาที่ใช้ครั้งแรก ($p = 0.10$) และอัตราการกลับเป็นซ้ำ ($p = 0.65$) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะข้อมูลด้านการเปลี่ยนสูตรยา ($p = 0.02$)

2. ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

จากข้อมูลผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค พบว่าผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ จำนวน 100 คน สามารถรักษาสำเร็จ 92 คน คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 92 รักษาล้มเหลว 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1 และตาย 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 34 คน สามารถรักษาสำเร็จ 32 คน คิดเป็นอัตราความสำเร็จของการรักษาร้อยละ 94.12 รักษาล้มเหลว 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 และตาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 จะเห็นได้ว่า จากผลการศึกษาวิจัยผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละกลุ่มมีประสิทธิผลการรักษาดี ไม่มีความแตกต่างกันในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก โดยในแต่ละกลุ่มมีอัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 85 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3. ผลการวิเคราะห์ต้นทุน

3.1 **ต้นทุนของกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลในมุมมองของผู้ให้บริการ** ประกอบไปด้วยต้นทุนค่าแรง ได้แก่ ค่าตอบแทนของแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคในบริบทของโรงพยาบาลห้วยเม็กตามอายุการทำงาน ค่าแรงแพทย์ ได้รับค่าตอบแทนรวม 46785.38 บาท ซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าแรงแพทย์ทั้งกรณีการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ค่าแรงเภสัชกร ได้รับค่าตอบแทนรวม 87171.80 บาท ซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าแรงของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ค่าแรงพยาบาล ได้รับค่าตอบแทนรวม 95381 บาท ซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าแรงของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ค่าแรงนักโภชนาการ ได้รับค่าตอบแทนรวม 24961.60 บาท ซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าแรงของนักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ค่าแรงนักกายภาพบำบัด ได้รับค่าตอบแทนรวม 20905.90 บาท ซึ่งคำนวณจากต้นทุนค่าแรงของนักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคิดเฉพาะแบบผู้ป่วยนอก ต้นทุนค่าวัสดุ ได้แก่ ค่ายา ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ค่ายา ผู้ป่วยกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล 100 คน คิดเป็นเงิน 198,660.30 บาท เฉลี่ย 1986.60 บาทต่อคน ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนผู้ป่วยกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล 100 คน คิดเป็นเงิน 99,595 บาท เฉลี่ย 995.95 บาทต่อคน และค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ สรุปค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในรวมทุกจำนวนครั้งนอนโรงพยาบาล กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล 100 คน คิดเป็นเงิน 1,203,203 บาท เฉลี่ย 12032.03 บาทต่อคน

3.2 ต้นทุนของกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในมุมมองของผู้ให้บริการ ประกอบไปด้วยต้นทุนค่าแรง ได้แก่ ค่าตอบแทนของเภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และพนักงานขับรถที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคในบริบทของโรงพยาบาลห้วยเม็กตามอายุการทำงาน ค่าแรงเภสัชกร จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 34 ราย ได้รับค่าตอบแทนรวมเป็นเงิน 2967.59 บาท เฉลี่ย 87.28 บาทต่อคน ค่าแรงพยาบาล จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 34 ราย ได้รับค่าตอบแทนรวมเป็นเงิน 2205.16 บาท เฉลี่ย 64.86 บาทต่อคน ค่าแรงนักโภชนาการ จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 34 ราย ได้รับค่าตอบแทนรวมเป็นเงิน 1291.56 บาท เฉลี่ย 37.99 บาทต่อคน ค่าแรงนักกายภาพบำบัด จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 34 ราย ได้รับค่าตอบแทนรวมเป็นเงิน 704.08 บาท เฉลี่ย 20.71 บาทต่อคนและพนักงานขับรถ จากจำนวน

ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านทั้งหมด 34 ราย ได้รับค่าตอบแทนรวมเป็นเงิน 4531.20 บาท เฉลี่ย 133.27 บาทต่อคน ต้นทุนค่าวัสดุ ได้แก่ ค่ายา ค่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ค่ายา จำนวน 34 คน คิดเป็นเงิน 72,692.06 บาท เฉลี่ย 2138 บาทต่อคน ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 34 คน คิดเป็นเงิน 46,060 บาท เฉลี่ย 1,354.71 บาทต่อคน

ต้นทุนรวมทั้งหมด (Total Cost) ซึ่งประกอบไปด้วยต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าลงทุน กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล ต้นทุนรวมทั้งหมดเฉลี่ยต่อคน 31178.83 ± S.D. 14312.96 ค่าต่ำสุด 16020.11 และค่าสูงสุด 100339.90 และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้นทุนรวมทั้งหมดเฉลี่ยต่อคน 33008.62 ± S.D. 11908.03 ค่าต่ำสุด 17620.42 และค่าสูงสุด 71664.38

เมื่อพิจารณาด้านต้นทุนรวมทั้งหมด (Total Cost) พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ระหว่างกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ($p = 0.23$)

4. ปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug related problems) จากการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลจากจำนวนทั้งหมด 100 คน ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับยาเลย ตลอดระยะเวลาการรักษามีจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 98.90 พบภาวะตับอักเสบจากการรักษาด้วยยาวัณโรค จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9 พบผู้ป่วยขาดยา จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.1 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากจำนวนทั้งหมด 34 คน ไม่พบปัญหาเกี่ยวกับยาเลย ตลอดระยะเวลาการรักษามีจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 94.12 พบผู้ป่วยวัณโรคขาดยา จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.88 ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.12$)

สรุปและอภิปรายผล

ด้านต้นทุน ต้นทุนรวมเฉลี่ยต่อรายในมุมมองของผู้ให้บริการของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล มีต้นทุนรวมทั้งหมดเฉลี่ยต่อคน 31178.83 บาท และกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้นทุนรวมทั้งหมดเฉลี่ยต่อคน 33008.62 บาท เมื่อพิจารณาตามรายการประเภทต้นทุน พบว่า ต้นทุนค่าแรง กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสูงกว่ากลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล เนื่องจาก กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีค่าใช้จ่ายด้านต้นทุนเพิ่มขึ้นจากกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาล ในส่วนของค่าแรงเชิงรุกและจำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของนักขัต เสาร์ทอง ที่พบว่าต้นทุนค่าแรงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงดูแลในชุมชนสูงกว่าการดูแลแบบปกติในโรงพยาบาล เนื่องจากมีส่วนเพิ่มคือต้นทุนค่าแรงของพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นค่าใช้จ่ายจูงใจประชาชนผู้ซึ่งถูกว่าจ้างให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา ถึงแม้ว่ารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านจะมีบริบทที่แตกต่างกันก็ตาม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Moalosi และคณะ[25] ที่การดูแลผู้ป่วยแบบ Home-based care มีความคุ้มค่าด้านต้นทุน-ประสิทธิผลมากกว่ารูปแบบ hospital-based care อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เน้นการประเมินต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการ (provider perspective) แต่ยังมีมุมมองอื่นๆที่สำคัญ ได้แก่ มุมมองของผู้รับบริการ (patient perspective) มุมมองของระบบสุขภาพ (Health care system) มุมมองของบุคคลที่สามที่เป็นผู้จ่ายเงิน (Third party payers) เป็นต้น

ด้านประสิทธิผล จากรูปแบบการดำเนินงานของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ในโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ แบ่งออกเป็นกลุ่มดูแลโดยปกติที่โรงพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ในทั้งสองกลุ่มแบ่งออกเป็น กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพหลังจากที่ได้รับการประสานให้ทีมลงไปดูแล จะมีการลงไปดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ทั้งด้านการปฏิบัติตัวเองในขณะอยู่ที่บ้านและการเข้าไปในชุมชน โดยจะมีการบันทึกข้อมูลทั่วไป มีการประเมินความร่วมมือในการรักษา ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดย

เภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบการดูแลโดยปกติที่โรงพยาบาล จะมีเพียงตัวผู้ป่วย ญาติ หรือ อสม. เป็นผู้กำกับการกินยาที่บ้านเท่านั้น ผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มดูแลปกติที่โรงพยาบาลและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 92 และ 94.12 ตามลำดับ เห็นได้ว่า จากการวิจัยผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละกลุ่มมีประสิทธิผลการรักษาดีและใกล้เคียงกัน มีอัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 85 ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา และคณะ[18] ได้ศึกษาการจัดการและผลการดำเนินงานรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ มีระบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่ขาดการติดต่อหรือไม่มาพบแพทย์ตามนัดและมีอัตราการรักษาสำเร็จร้อยละ 90.3

ด้านปัญหาจากการใช้ยา จากการติดตามผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 134 คน พบว่าส่วนใหญ่ไม่พบปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายจะได้พบเภสัชกรก่อนพบแพทย์เพื่อคำนวณขนาดยาตามน้ำหนักตัว และให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งได้ทำการบันทึกการคำนวณขนาดยาและการให้คำแนะนำลงในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์หรือสหวิชาชีพท่านอื่นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสารัตน์ และคณะ[18]ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาและสามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้มากขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงพบปัญหาจากการใช้ยา เพียงผลข้างเคียงจากการใช้ยา คือ ภาวะตับอักเสบ (Hepatitis) และปัญหาเกี่ยวกับยาในประเด็นความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Non-compliance) โดยที่ทั้งสองกลุ่มมีปัญหาจากการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การวิจัยในครั้งนี้ ไม่ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีน้อย อาจทำให้เกิดอคติจากปัจจัยดังกล่าวได้

2. การวิจัยในครั้งนี้ ไม่ได้ประเมินต้นทุนในมุมมองของผู้รับบริการ และไม่ได้ประเมินต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียรายได้จากความพิการ การตายก่อนวัยอันควร เพราะเป็นข้อมูลจากการศึกษาย้อนหลัง จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

3. การวิเคราะห์ประสิทธิผล ในงานวิจัยนี้มุ่งเน้นผลลัพธ์ของการรักษาทางคลินิกเพียงอย่างเดียว แต่ไม่ได้มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์ในประเด็นด้านอื่น ๆ

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง อาจทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นค่าประมาณเท่านั้น เช่น ระยะเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการเสนอการศึกษาต้นทุนและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถใช้เป็นแนวทางการศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์เบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้แก่ผู้ที่สนใจได้

2. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีการติดตามเยี่ยมบ้าน มีอัตราความสำเร็จของการรักษา (% Success rate) ที่ดีกว่า สามารถนำไปเป็นทางเลือกในการวางแผนการรักษาวัณโรคร่วมกับการดูแลแบบปกติที่โรงพยาบาล

3. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ครบทุกมิติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการใส่ใจดูแลของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาวัณโรค

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบด้านต้นทุน-ประสิทธิผล ต้นทุน-ผลได้ หรือต้นทุน-อรรถประโยชน์ที่ผลลัพธ์สามารถวัดออกมาเป็นคุณภาพชีวิตที่ยืนยาว ของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั้งในรูปแบบปกติและการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อที่จะได้ประเมินถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

5. ควรทำการศึกษาในรูปแบบของ RCT เพื่อให้เห็นผลของการวิจัยในภาพที่กว้างขึ้น ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

6. ควรมีการศึกษาประเด็นต้นทุนให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่นต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียรายได้ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุขกลุ่มยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักวัณโรค. สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย [Internet]. [cited 2018 Feb 13]. p. 1–2. Available from: https://www.tbthailand.org/download/สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย 10 พย. 60 final 1.pdf

2.World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017: Leave no one behind - Unite to end TB [Internet]. 2016. 146 p. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_main_text.pdf?ua=1

3.กรมควบคุมโรค. สำนักวัณโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย. 2561.

4.นฤมล สิงห์ดง. การวิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาวัณโรคปอด ณ ศูนย์วัณโรคเขต. 2539.

5.สำนักวัณโรค. วันวัณโรคสากล ประจำปี 2559(World TB Day 2016) [Internet]. [cited 2017 Feb 9]. Available from: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=80840

6.จุฬาวรรณ จิตดอนและคณะ. การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. 2560;20(40):1–12.

7.พุทธชาด มากชุมนุม. ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ. 2558.

8.ปรียา สินธุระวิทย์. การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนของโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555;3(30):87–94.

9.กรมควบคุมโรค สำนักวัณโรค. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564.

10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ต้นทุนโรงพยาบาลชุมชน. 2017;1–9.

11.นักขัต เสาร์ทอง นุศราพร เกษสมบูรณ์. ต้นทุน-ประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงในชุมชนกับแบบในโรงพยาบาล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554;5(1):47–57.

12.การิมาน มะยิและคณะ. การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบมีพี่เลี้ยงเป็นญาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในจังหวัดนราธิวาส. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2554;6(2):20–9.

13.Wandwalo E, Robberstad B, Odd M. Cost and cost-effectiveness of community based and health facility based directly observed treatment of tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania. 2005;3:1–9.

14.LOPES ARV, MIRANDA SS DE, CECCATO MDGB, SILVEIRA MR, RESENDE NH DE, CARVALHO WS. Evaluation of the impact of pharmaceutical care for tuberculosis patients in a Secondary Referral Outpatient Clinic, Minas Gerais, Brazil. An Acad Bras Cienc [Internet]. 2017;89(4):2911–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-37652017000602911&lng=en&tlng=en

15.วิชชุดา เทียนเจษฎาเชิดชัย สุนทรภาส. การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด. 2012;8(2):41–52.

16.Pongvong C, Ph PS, Ph KT, Health P, Health P. Factors associated with patient ' s delay of treatment among new smear positive pulmonary tuberculosis patients in North-Eastern Thailand เสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เก็ดจากตัวผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. :36–46.

17.Zhang H, Ehiri J, Yang H, Tang S, Li Y. Impact of community-based DOT on tuberculosis treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2016;11(2):1–19.

18.Khamduang N, Pongpattanawut S. Outcomes of Pharmaceutical Care in Patients with Pulmonary Tuberculosis. Thai J Pharm Pract. 2018;10(2):345–55.

19.Reechaipichitkul W, So-Ngern A, Chaimanee P. Treatment outcomes of new and previously-treated smear positive pulmonary tuberculosis at Srinagarind Hospital, a tertiary care center in Northeast Thailand. J Med Assoc Thail. 2014;97(5):490–9.

20.Manosuthi W, Kawkitinarong K, Suwanpimolkul G, Chokbumrungsuk C, Jirawattanapisal T, Ruxrungtham K, et al. Clinical Characteristics and Treatment Outcomes Among Patients With Tuberculosis in Bangkok and Nonthaburi, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2012;43(6):1426–36.

21.พยอม สุขเอนกนันท์และคณะ. โครงการการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรชุมชน (ความดันโลหิตสูงและวัณโรคปอด). 2548.

22.Anunnatsiri S, Chetchotisakd P, Wanke C. Factors associated with treatment outcomes in pulmonary tuberculosis in northeastern Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health [Internet]. 2005;36(2):324–30. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15916037

23.เปรมชัย เม่นสิน. ต้นทุน-ประสิทธิผลของกระบวนการที่เภสัชกรร่วมดำเนินการในการประสานรายการยาผู้ป่วยในศัลยกรรมที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ. 2553.

24.มงคล ศิริเทพทวี. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิกับระบบบริการปกติ. 2018;41(2).

25.Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J, Moeti T, Binkin N, Kenyon T. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2003;7(1027–3719 (Print)):S80–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12971658%5CnPM:12971658

26.Wade VA, Karnon J, Eliott JA, Hiller JE. Home Videophones Improve Direct Observation in Tuberculosis Treatment: A Mixed Methods Evaluation. PLoS One. 2012;7(11):1–13.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น

Development of Mild Traumatic Brain Injury Care of Registered Nurse and First Responder in Kranuan Health Network,Khonkaen province

สุกัญญา โคตรศรีวงศ์[1] และคณะ

Sukanya Kotsriwong[1] and others

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2559- มีนาคม 2562 ดำเนินการ 3 วงรอบ เลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบการดูแล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพรพ. รพ.สต. ตัวแทน อปท.กู้ชีพ รวม 23 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ปี 2559-2562 จำนวน 805 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม และประชุมระดมสมอง, แบบบันทึก AAR, แบบประเมินการปฏิบัติตามCNPG, ทะเบียนเก็บรวบรวมข้อมูล, แบบทบทวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ,แบบรายงาน Risk report การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา:ค่าเฉลี่ยร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) ของพยาบาลวิชาชีพ และเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน ที่เหมาะสมกับบริบท ได้แก่ 1) ด้านคณะกรรมการดำเนินงานผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรพ.และ รพ.สต.ทุกแห่ง รวมถึงเครือข่ายกู้ชีพเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน 2) ด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนของพยาบาลและกู้ชีพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ และร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย 3) ด้านแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 3.1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) 3.2) แนวปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) 3.3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม 3.4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก (Post concussive symptoms: acute problem) 3.5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย 4)การนิเทศติดตามประเมินผล โดยการนิเทศรายบุคคล และรายกลุ่มโดยพยาบาลหัวหน้างาน และพยาบาลตรวจการ โดยเฉพาะประเด็นการประเมินผู้ป่วยและการบันทึกทางการพยาบาลประเมินผล คะแนนการปฏิบัติตาม CNPG เพิ่มขึ้นทุกข้อ ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน จากข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ปี 2559-2562 พบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ไม่พบอัตราการ re-visit ภายใน 48 ชม เครือข่ายสามารถดูแลตามระดับความรุนแรงและเหมาะสมกับศักยภาพของโรงพยาบาลทำให้รักษาและส่งต่อได้ทันเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราเสียชีวิต

คำสำคัญ : บาดเจ็บ,สมอง,เครือข่าย

Abstract

This action Research aims to develop a model and evaluation of the Mild Traumatic Brain Injury care model of of Registered Nurse and First Responder in Kranuan Health Network,Khonkaen province. Based on the concept of Kemmis & Mc Taggart ; consisting of 4 steps: Plan-Act-Observe-Reflect. Duration of research October 2016 - March 2019 conducted in 3 cycles development process by purposive sampling that can provide deep and relevant information, divided into 2 groups 1) The group that developed the care model : Registered Nurse in hospital,primary care unit and first responder ; 23 people. 2) The group of mild traumatic brain injury in the period of study 2016-2019(202,253,206 and 144 case respectively, Research tools were included with questionnaire for interview, group discussion ,brainstorming , After Action Review (AAR) , CNPG assessment form, data collection registration form, Review of patients care for, risk report form. Data Analysis by quantitative data are descriptive statistics such as mean and percent,qualitative data are content analysis.

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น

The results showed that Mild Traumatic Brain Injury care model of of Registered Nurse and First Responder in Kranuan Health Network in the context of the area available 1) The Committee brain trauma injury consisting including Registered Nurse in hospital and primary care unit,first responder network. 2) Human resource development including knowledge, skills, BLS, jointly to develop guidelines and CNPG 3) CNPG consist of 3.1) Guidelines for Pre-Hospital Care 3.2) Mild traumatic brain injury risk assessment guideline 3.3) Nursing practice guideline for increased intracranial pressure 3.4) Nursing management practice for symptoms management post concussive symptoms : acute problems 3.5) Nursing practice guidelines for discharge planning 4) Supervision, monitoring and evaluation by individual supervision and group by nurse supervisor nurse ; especially the issues of patient assessment and nursing notes.Evaluation showed that every CNPG compliance score increased no incidence of complaints from patient, Data from 2016-2019, it is found that patients have increased access to services. The re-visit rate was not found within 48 hours. The network was able care of level severity and appropriate to the hospital's potential, allowing timely treatment and referral, result of safe patients and reduced mortality.

Keywords: Injury, Brain,Network

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง หรือพยาธิสภาพของสมองอันเนื่องมาจากมีแรงจากภายนอกสมองมากระทบทำให้มีอัตราตายสูงและมีจำนวนมากที่ต้องพิการตลอดชีวิต ส่งผลให้สูญเสียแรงงานและงบประมาณจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งทางตรง และทางอ้อม ในประเทศไทยพบการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสองรองจากโรคมะเร็ง ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 52 รายต่อประชากร 100,000 คน โดยสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมีภาวะคุกคามชีวิตพบจากการประเมินขั้นต้นและการช่วยชีวิตถึงร้อยละ 20 การตรวจร่างกายและตรวจวินิจฉัยร้อยละ 14 หากในภาวะวิกฤตผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณทรวงอกและช่องท้องหรือบาดเจ็บหลายระบบไม่ได้รับการประเมินและช่วยเหลืออย่างถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ ระยะเริ่มแรกและเข้าถึงบริการที่ห้องผ่าตัดล่าช้าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองบาดเจ็บจะต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระยะแรกเป็นกระบวนการสำคัญที่จะลดความสูญเสีย ความพิการหรือตายได้ ซึ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความสำคัญตั้งแต่แรกรับ ณ จุดเกิดเหตุ การประเมินอาการ การดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การส่งต่อที่ทันเวลา จะทำให้ผู้ป่วยลดความพิการและการเสียชีวิตได้ [1]

การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นการบริการผู้ป่วยหลากหลายในสถานการณ์ที่เร่งด่วนผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องคัดแยกประเภทผู้ป่วย การดูแลระยะแรก (ABCDE) การช่วยชีวิตและการดูแลระยะต่อมา (SAMPLE) อย่างถูกต้องรวดเร็ว เหมาะสม รวมทั้งมีการสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย การดูแลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของการบาดเจ็บอย่างต่อเนื่องทันเวลา หากการช่วยชีวิตไม่ถูกต้อง การสื่อสารไม่ชัดเจนจะทำให้การบาดเจ็บรุนแรงขึ้น[1]

สถานการณ์การปฏิบัติที่กล่าวมาอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เกิดความเครียดในสภาวะที่ต้องเผชิญกับการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีความรุนแรง อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนตั้งแต่การประเมิน การดูแลที่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ที่สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถตัดสินใจและเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วย

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับ M2 ขนาด 90 เตียง รักษา มีแพทย์เฉพาะทาง 4 สาขาหลัก ได้แก่สาขาสูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น และเขตรอยต่ออำเภอใกล้เคียงได้แก่ อำเภอท่าคันโท อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ และอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ห่างจากตัวจังหวัด 70 กิโลเมตร ระยะห่างจากอำเภอถึงพื้นที่ที่ไกลสุด 22 กิโลเมตร บางตำบลห่างไกลจากอำเภอเป็นถนนลูกรัง ผิวถนนเป็นหลุมใช้เวลาในการเดินทางโดยเฉพาะหน้าฝน

จากสถิติผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2557-2558 พบว่า มีผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ จำนวน 219 รายและ 190 ราย ตามลำดับ แบ่งเป็นบาดเจ็บศีรษะแบบรุนแรงจำนวน 16, 8 ราย บาดเจ็บปานกลาง จำนวน 4, 8 ราย บาดเจ็บเล็กน้อย จำนวน 199,174ราย ผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury มาด้วย EMS ร้อยละ 8.80,37.50 อัตราการเสียชีวิตด้วย Moderate/Severe Traumatic Brain Injury ภายใน 24 ชม. ร้อยละ 0,6.25 อัตราการ re-visit ของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองภายใน 48 ชม 0, 0.43[2] ซึ่งความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการประเมินแยกระดับการบาดเจ็บรวมถึงการดูแลเบื้องต้นที่ถูกต้องเพราะนั่นหมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาระดับการบาดเจ็บทางสมองนั่นเอง โดยการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Moderate /Severe Traumatic Brain Injury นั้นหากประเมินได้ว่ามีภาวะดังกล่าวจะส่งต่อไปยังรพ.แม่ข่าย แต่ในกลุ่มผู้ป่วย Mild Traumatic Brain Injury (Mild TBI) จะทำการดูแลรักษาที่รพ.จนกระทั่งจำหน่าย สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การประเมินอาการและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เพื่อจะทำการรักษาได้ทันเวลา

จากสถานการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลได้มีการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการดูแล พบว่า 1) ด้านบุคลากร องค์ความรู้ในการประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง 2) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ อุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นได้แก่ Hard collar Spinal broad ไม้ดาม ไม่เพียงพอ 3) ด้านแนวทางการดูแล ยังขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบท 4) การมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.และกู้ชีพในเครือข่ายยังมีน้อย เช่น การประเมินผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุ เนื่องจากผู้ป่วย Mild TBI ต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่ Pre hospital จนถึง In hospital นั่นหมายถึงว่าเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งผลถึงการฟื้นหายของผู้ป่วย การดำเนินงานที่ผ่านมาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกระนวนยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ชัดเจน จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งเป็น Nurse Manager ในการดูแลผู้ป่วย Traumatic Brain Injury จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury)ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น

2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น

วิธีการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research))[3][4][5] โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการประเมินผล ระยะเวลาวิจัย เดือน ตุลาคม 2559 - มีนาคม 2562 ดำเนินการ 3 วงรอบ (วงรอบที่ 1 ต.ค.2559-ก.ย.2560,วงรอบที่ 2 ต.ค.2560-ก.ย.2561,วงรอบที่ 2 ต.ค.2561-มี.ค.2562)

2. การเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินกระบวนการวิจัยเป็นไปด้วยดี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง :เลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ที่สามารถให้ข้อมูลได้ลึกและตรงประเด็น แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพในรพ. 63 คน พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.12 คน กู้ชีพ 46 คน ตัวแทน อปท.9 คน รวม 130 คน และ2) กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ปี 2559-2562 จำนวน 202,253,206 และ144 ราย รวม 805 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากกการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. **เครื่องมือเชิงคุณภาพ** ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นแบบสัมภาษณ์คำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมการประชุมระดมสมองทุกครั้ง โดย
เครื่องมือเชิงคุณภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง

2. **เครื่องมือเชิงปริมาณ** ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการปฏิบัติตาม CNPG ซึ่งเป็นแบบประเมิน การปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติ ที่ตรงตามการปฏิบัติในรายการประเมิน หรือ NA กรณีรายการประเมินข้อใดที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ ซึ่งแบบประเมินแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนอกโรงพยาบาล (Pre- Hospital Care), การพยาบาลการประเมินระดับความเสี่ยงของการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย, การพยาบาลการจัดการกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก, การพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น, การพยาบาลการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ, การพยาบาลการวางแผนจำหน่าย

โดยในการประเมินแนวปฏิบัติในแต่ละเรื่องจะมีคะแนนเต็ม 100 หากตอบปฏิบัติทุกข้อรายการจะได้คะแนนเต็ม (ร้อยละ 100) กรณีที่ตอบปฏิบัติในบางข้อและไม่ปฏิบัติในบางข้อ จะนำคะแนนมาคิดร้อยละจากจำนวนข้อทั้งหมด

ในการการแปลผล คะแนนร้อยละ 90-100 เท่ากับระดับดีเยี่ยม, คะแนนร้อยละ 80-89 เท่ากับระดับดี, คะแนนร้อยละ 70-79 เท่ากับระดับปานกลาง, คะแนนร้อยละ 60-69 เท่ากับระดับน้อย, คะแนนร้อยละ 0-59 เท่ากับระดับน้อยมาก

2.2 แบบรายงาน Risk report

2.3 แบบบันทึกทะเบียน ผู้ป่วย TBI (Trauma brain injury) ตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับบ้าน ประกอบด้วย ข้อมูล การเข้าถึงบริการผู้ป่วย,ข้อมูลให้บริการที่ ER,การจำแนกความเสี่ยง,การดูแลที่ Ward, Discharge plan, ข้อมูลRe-visitและRe-Admit

โดยเครื่องมือเชิงปริมาณผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 หลังจากนั้นปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ,ก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนการวิจัย ในวงรอบที่ 1 เดือน ต.ค.2559-ก.ย.2560 มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน (Plan) ผู้วิจัยได้ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาตามรายละเอียดดังนี้

1.1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยสถิติผู้มารับบริการข้อมูลการส่งต่อจากรพ.สต.มายังรพ.และจากรพ.ไปยังรพ.ขอนแก่นทั้งกรณีทรุดลงส่งต่อ และการส่งต่อกรณีปกติ รวมถึงระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย การจัดกิจกรรมโครงการที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลการพัฒนาบุคลากร การรายงานจาก Risk report/ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงจากรายงานการประชุมทบทวนของทีมสหวิชาชีพ เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

1.2 ประชุมระดมสมองร่วมกับบุคลากรทางการพยาบาลในรพ. ได้แก่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน เพื่อทราบความต้องการในการจัดบริการและปัญหาอุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การประเมิน การดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนองค์ความรู้ด้านต่างๆ การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระยะนี้ทำให้เกิดคณะกรรมการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในรพ.

1.3 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การคัดแยกประเภท การดูแลระยะแรก (ABCDE) การดูแลระยะต่อมา (SAMPLE) การเตรียมจำหน่าย การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย[6]

หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา (ACT)

2.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ระยะเวลา 1 วัน) ร่วมกับคณะกรรมการดำเนินงานการผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้นำพยาบาลวิชาชีพรพ.สต.ทุกแห่งเข้าร่วมเป็นคณะทำงานด้วย และร่วมระดมสมองออกแบบแนวทางการ

ดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิด กิจกรรม โครงการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย โครงการการพัฒนาทักษะบุคลากร เรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง โครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

2.2 ดำเนินงานตามกิจกรรมโครงการ ได้แก่

2.2.1 พัฒนาบุคลากร ตามโครงการการพัฒนาทักษะบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บ ที่สมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ จัดเป็น 2 รุ่นๆละ 1 วัน มีผู้เข้าร่วม 83 คน จัดอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการแบ่งเป็นฐานฝึกทักษะการดูแล

2.2.2 จัดทำโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทาง
สมอง โดยการให้ความรู้แก่บุคลากรในห้องประชุมครึ่งวัน และร่วมกันปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจนได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) [7] โดยปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล โดยเพิ่มคำนิยามศัพท์ : ความเสี่ยงต่ำ (Low risk) หมายถึง ผู้ป่วย ที่มี GCS 15 คะแนน ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทหลังอุบัติเหตุมีปวดแผลที่ศีรษะหรือปวดศีรษะบริเวณที่ถูกกระแทก อาจมีหนังศีรษะช้ำบวมหรือมีแผลฉีกขาดได้ ซึ่งประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนอกโรงพยาบาล (Pre- Hospital Care) 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลการประเมินระดับความเสี่ยงของการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลการจัดการกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก (Post concussive symptoms: acute problem) 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลการ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 6) แนวปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย และกำหนดตัวชี้วัด In-hospital Care ได้แก่ 1) ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยได้รับการจำแนกระดับความเสี่ยงได้ถูกต้อง 2) ร้อยละการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง 3) อัตราการพลัดตกหกล้ม Discharge Plan ได้แก่ 1) อัตราการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติและการมาติดตามการรักษา 2) อัตราการ Re-Visit ของ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใน 48 ชั่วโมง 3) อัตราการ Re-admitted ภายใน 28 วัน

ระยะที่ 3 สังเกตการณ์ (Observe) ติดตามสังเกตการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย (Mild TBI moderate Risk) จำนวน 7 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 ประเมินผล (Reflect) พบประเด็นที่ยังเป็นโอกาสพัฒนา ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยนอกโรงพยาบาล (Pre- Hospital Care) สำหรับกู้ชีพและพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. เรื่อง การแจ้งอาการผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย 2) การพยาบาลการประเมินระดับความเสี่ยงของการบาดเจ็บสมอง เรื่อง การตรวจระบบประสาท: Level of conscious, Glasgow Coma Scale รูม่านตา (ขนาดรูปร่าง และการตอบสนองต่อแสง) กำลังกล้ามเนื้อ และอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ 3) การพยาบาลการจัดการกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก เรื่อง การประเมิน :อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง,ปัญหาการนอนหลับ, ปัญหาการทรงตัว 4) การพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เรื่องการบันทึกอาการ 5) การพยาบาลการวางแผนจำหน่าย เรื่อง ข้อมูลการติดต่อของผู้ป่วย

การพัฒนาในวงรอบที่ 2 (ต.ค.2560-ก.ย.2561) ได้มีการประชุมระดมสมอง ร่วมกับบุคลากรทั้งในรพ.และรพ.สต. และเครือข่ายกู้ชีพอำเภอกระนวนเพื่อคืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดแนวปฏิบัติ เพิ่มเติมได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อยนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) และแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มตัวชี้วัด **Pre-hospital ได้แก่** ร้อยละของผู้ป่วยผู้บาดเจ็บระดับ Mild TBI มาด้วยรถ EMS จัดทำ Flow chart การดูแล พร้อมทั้งสื่อสารให้บุคลากรทางการพยาบาลและเครือข่ายรับทราบและนำไปปฏิบัติ และปรับการนิเทศเป็นการนิเทศรายบุคคลและรายกลุ่มโดยพยาบาลหัวหน้างานและพยาบาลตรวจการพบว่ายังเป็นโอกาสพัฒนา ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองนอกโรงพยาบาล (Pre- Hospital Care) เรื่อง การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ โดยการให้ O_2 2) การบันทึกทางการพยาบาล เรื่องการประเมินระดับความเสี่ยง,การเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 3) การพยาบาลการจัดการกลุ่มอาการ

หลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก เรื่อง การจัดการปัญหาเรื่องการทรงตัว 4) การพยาบาลการวางแผนจำหน่าย เรื่อง เอกสารคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่าย

และเกิดโครงการพัฒนาทักษะกู้ชีพในการช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากอปท.ทุกแห่ง

การพัฒนาในวงรอบที่ 3 (ต.ค.2561-มี.ค.2562) ได้มีการประชุมระดมสมอง ร่วมกับบุคลากรทั้งในรพ.และรพ.สต. และเครือข่ายกู้ชีพ ตัวแทนอปท.อำเภอกระนวนเพื่อคืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการให้ O_2 ครอบคลุมทุกแห่ง และปรับการนิเทศเป็นการนิเทศรายบุคคล(เน้นการบันทึกทางการพยาบาล)โดยพยาบาลหัวหน้างานและพยาบาลตรวจการและจัดทำเอกสารคำแนะนำที่ให้ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่าย

หลังจากนั้นทำการสังเกตการณ์ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล การสังเกต การเสวนากลุ่มย่อย การบันทึกข้อมูลและปัญหาอุปสรรคข้อค้นพบแล้วนำมาระดมสมองร่วมกันเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานหาแนวทางแก้ไขขณะดำเนินการและประเมินผลจากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นของบุคลากรทางการพยาบาลและจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา : จำนวน ร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา(Contentanalysis)โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เลขที่ 04 /2559 ลงวันที่ 8 กันยายน 2559 โดยในการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทีมวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก

ผลการวิจัย ผู้วิจัยขอสรุปผลการศึกษา ตามรายละเอียด ดังนี้

1.ด้านสถานการณ์ปัญหา

1.1ด้านบริบทพื้นที่ : พื้นที่บางตำบลห่างไกลจากโรงพยาบาล ถนนเป็นลูกรัง ผิวถนนเป็นหลุมใช้เวลานานในการเดินทางโดยเฉพาะหน้าฝน

1.2 ด้านบุคลากร :

1.2.1 เจ้าหน้าที่พยาบาลองค์ความรู้ในการประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม /แพทย์จบใหม่ทักษะในการดูแลและการทำหัตถการไม่ครอบคลุม

1.2.2 เจ้าหน้าที่ รพ.สต.การประเมินและการดูแลเบื้องต้นไม่ครอบคลุม

1.2.3 พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

1.2.4 ภาคีเครือข่ายชุมชนยังใช้บริการ 1669 น้อย

1.3 ด้านแนวทางการดูแล : ไม่ชัดเจนทั้งเครือข่าย/ การชี้แจงการใช้แนวทางปฏิบัติไม่ครอบคลุม ขาดเครื่องมือที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

1.4 ด้านการนิเทศทางการพยาบาล : ไม่มีแผนการนิเทศที่ชัดเจน การนิเทศไม่ต่อเนื่อง

2. ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย(Mild Traumatic Brain Injury)ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

2.1 ด้านคณะกรรมการดำเนินงานผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรพ. ได้แก่ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยในและพยาบาล รพ.สต.ทุกแห่ง ตัวแทนกู้ชีพเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน รวม 25 คน

2.2 ด้านการพัฒนาบุคลากร โดยการพัฒนาทักษะบุคลากรภายใต้โครงการพัฒนา

ทักษะบุคลากร เรื่อง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ ในรูปแบบจัดอบรมให้ความรู้และแบ่งเป็นฐานฝึกทักษะการดูแล และโครงการพัฒนาแนวทางการดูแลและแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยการให้ความรู้แก่บุคลากรในห้องประชุมครึ่งวัน และร่วมกันปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและได้ปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง สามารถการช่วยเหลือเบื้องต้นได้ และสามารถให้การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น รวมถึงการพัฒนาทักษะกู้ชีพในการช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพโดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากอปท.ทุกแห่ง ส่งผลให้เครือข่ายกู้ชีพสามารถดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้ถูกต้อง

2.3 ด้านกระบวนการดูแลทางการพยาบาล ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ**พยาบาล ประกอบด้วย**

1)แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย(Mildtraumatic brain injury) 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม(IICP) 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก (Post concussive symptoms: acute problem) 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายซึ่รายละเอียดประกอบด้วย

1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care)
ประกอบด้วย การแจ้งเหตุให้ซักประวัติตามแบบฟอร์มรับแจ้งเหตุ (FM-ACC-041) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และการประเมินสภาพผู้บาดเจ็บเบื้องต้นในระยะเริ่มแรก (Primary Survey)

2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (Mild traumatic
brain injury) ประกอบด้วย 1) การซักประวัติ : สาเหตุการบาดเจ็บ ระยะเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ อาการ อาการแสดงหลังเกิดอุบัติเหตุ การดื่มแอลกอฮอล์ อายุ โรคประจำตัวและการผ่าตัดสมอง การใช้ยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านการแข็งตัวของเลือด 2) การตรวจร่างกาย: รอยฟกช้ำรอบดวงตาหรือหลังใบหู เลือดหรือน้ำไขสันหลังไหลออกทางจมูกหรือหู รอยยุบหรือการแตกแบบเปิดของกะโหลกศีรษะ 3) การตรวจระบบประสาท: Level of conscious, Glasgow Coma Scale ,pupil (ขนาด รูปร่าง และการตอบสนองต่อแสง) Motor power และอาการผิดปกติทางระบบประสาทเฉพาะที่ ได้แก่ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน ชาครึ่งซีก เดินเซ 4) การตรวจวินิจฉัยทางรังสีตามแผนการรักษา และติดตามผลตรวจวินิจฉัยทางรังสีและรายงานแพทย์ภายใน 30 นาทีหลังส่งตรวจ 5) บันทึกและส่งต่อระดับความเสี่ยงของการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยอย่างครบถ้วนและสมบูรณ์

3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม(IICP) ประกอบด้วย 1) การประเมินและบันทึกอาการทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย 2) การ ประเมินและบันทึกอาการ และอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการบาดเจ็บสมองเฉพาะที่ (Focal neurological signs) 3) การดูแลตามแผนการรักษาเช่น ให้ออกซิเจนทาง Canular หรือ Mask NPO จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (กรณีไม่มีข้อห้าม) ให้ Bed rest 4) การส่งตรวจและติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 5) เกณฑ์การรายงานแพทย์

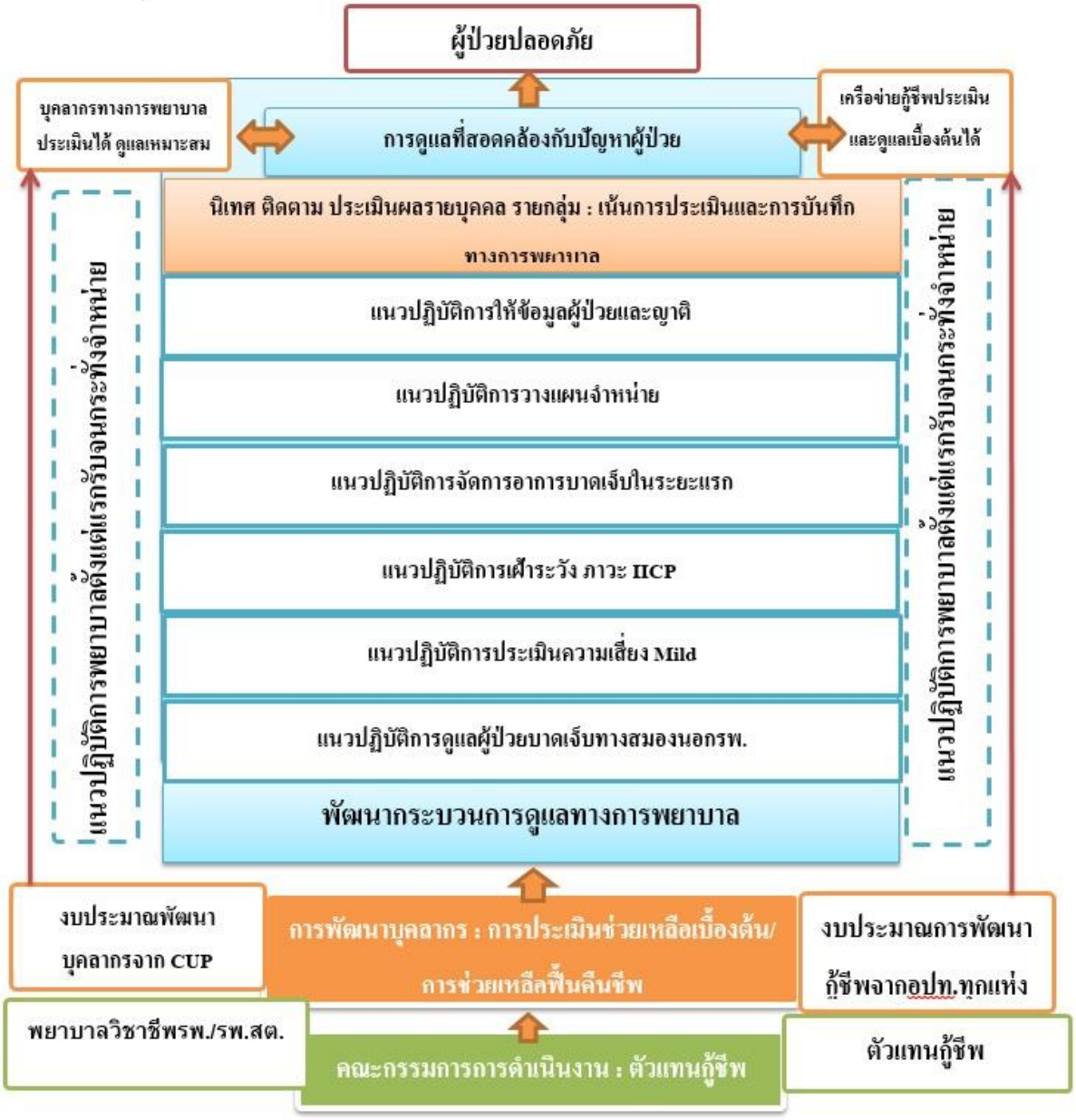
4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก
(Post concussive symptoms: acute problem) ประกอบด้วย การประเมินและการดูแลในกรณีผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย นอนไม่หลับและการทรงตัวจนกระทั่งจำหน่าย

5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย ประกอบด้วย 1) การประเมิน
Level of conscious, Glasgow coma scale, vital signs อาการปวดศีรษะและการทรงตัวก่อนจำหน่าย 2) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การสังเกตอาการ อาการผิดปกติ กลุ่มอาการภายหลังการบาดเจ็บสมองและการฟื้นตัว 3) ข้อมูลการติดต่อสอบถามหรือขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน เร่งด่วน 4) แจกแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 5)ให้ผู้ป่วยหรือญาติที่รับคำแนะนำลงนามการได้รับคำแนะนำ 6) การประเมินความรู้ก่อนจำหน่าย

2.4 การนิเทศติดตามประเมินผล พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบท ได้แก่ การนิเทศรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยพยาบาลหัวหน้างานและพยาบาลตรวจการ สิ่งที่สำคัญใน

การนิเทศคือการประเมินผู้ป่วยและการบันทึกทางการ
พยาบาล

ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย(Mild Traumatic Brain Injury)ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น สามารถอธิบายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย(Mild Traumatic Brain Injury) ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน จ.ขอนแก่น

3. ด้านการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย

เรื่อง	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)			
		2559	2560	2561	2562
ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย นอกรพ.	>80	58.30	75	79.17	83.33
ร้อยละการประเมินระดับความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย	>80	50	70	77	80%
ร้อยละการจัดการกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย ในระยะแรก	>80	62.50	68.75	72.50	75%
ร้อยละการเฝ้าระวัง IICP ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย	>80	22.22	33.33	44.44	55.55
ร้อยละการวางแผนการจำหน่าย	>80	37.5	62.50	75.00	80.00

จากตารางที่ 1 พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน

4. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของพยาบาลวิชาชีพสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของพยาบาลวิชาชีพ

เรื่อง	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)			
		2559	2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงได้ถูกต้อง	100	50	70	77	80
อัตราการพลัดตกหกล้ม	0	0	0	0	0
อัตราการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาติดตามการรักษา	>80	100	100	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยที่เกิดIICP ได้รับการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที	100	100	100	100	100
อัตรา Revisit ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยใน48ชม.	<0.02	0	0	0	0
อัตรา Readmit ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยใน28วัน	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทุกด้าน ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วย Revisit และ Readmit

5. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของเครือข่ายกู้ชีพ สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของเครือข่ายกู้ชีพ

เรื่อง	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)			
		2559	2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มาด้วย EMS	>60	32.65	48.63	69.65	75.69
ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย นอกโรงพยาบาล	>80%	58.30	75	79.17	83.33

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มาด้วย EMS มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยนอกโรงพยาบาลเครือข่ายกู้ชีพเพิ่มขึ้น

6. ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) สามารถสรุปได้ดัง ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury)

เรื่อง	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน (ร้อยละ)			
		2559	2560	2561	2562
ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อยได้รับการจำแนกระดับความเสี่ยงได้ถูกต้อง	100	100	100	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (IICP) ได้รับการรายงานแพทย์ภายใน 5 นาที	100	100	100	100	100
อัตราการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง	0%	0	0	0	0
อัตราการพลัดตกหกล้ม	0	0	0	0	0
อัตราการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติ และการมาติดตามการรักษา	≥80	100	100	100	100
อัตราการ Revisit ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใน 48 ชม.	<0.20	0	0	0	0
อัตราการ Readmit ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสมองใน 28 วัน	0	0	0	0	0

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ ได้รับการจำแนกความเสี่ยงได้ถูกต้องคลอบคลุม ไม่มีภาวะ IICP และไม่มีภาวะพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการผิดปกติและการมาติดตามการรักษา ไม่มีผู้ป่วย Revisit และ Readmit

วิจารณ์

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (Mild Traumatic Brain Injury) ของพยาบาลวิชาชีพและเครือข่ายกู้ชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.กระนวน ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ด้านคณะกรรมการดำเนินงานผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพรพ.และ รพ.สต.ทุกแห่ง รวมถึงเครือข่ายกู้ชีพเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน 2) ด้านการพัฒนาบุคลากรในส่วนของพยาบาลและกู้ชีพ ได้แก่ ความรู้ ทักษะบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ และร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย 3) การการนิเทศติดตามประเมินผล โดยการนิเทศรายบุคคลและรายกลุ่มโดยพยาบาลหัวหน้างานและพยาบาลตรวจการ โดยเฉพาะประเด็นการประเมินผู้ป่วยและการบันทึกทางการพยาบาล 4) ด้านแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บนอกโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่ม 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการอาการหลังการบาดเจ็บสมองในระยะแรก (Post concussive symptoms: acute problem) 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองเล็กน้อย ได้รับการจำแนกระดับความเสี่ยงได้ถูกต้อง เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ได้รับการดูแลรักษาทันเวลาได้รับการเฝ้าระวังอาการที่เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาการผิดปกติ และการมาติดตามการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี โสภณและคณะ(2560) ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยใช้การจัดการรายกรณี ซึ่งพบว่า การจัดทีมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับรุนแรงโดยในการจัดการรายกรณีและออกแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม จะส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลลดลงบุคลากรสหวิชาชีพมีความพึงพอใจมาก และการศึกษาของจันทิมา พรเชนศวรพงศ์และคณะ(2557) ที่ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก พบว่า ผลลัพธ์ด้านกระบวนการพยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการใช้รูปแบบการดูแลและมีการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อ การใช้รูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากกว่า เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่พัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรเหมาะสมกับบริบท ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีแนวทางการปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการคัดแยกประเภทถูกต้องตั้งแต่แรก รับเข้ามาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการดูแลระยะแรกรับ ระยะต่อมาได้รับข้อมูล เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เคลื่อนย้ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเข้ารับการรักษาต่อในแผนกศัลยกรรมในระยะ 72 ชม. แรกได้ ถูกต้อง ผลลัพธ์ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ พยาบาลสามารถ คัดแยกประเภทผู้ป่วย ให้การดูแลระยะแรกและระยะ ต่อมาได้ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยหรือญาติมีความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ความผิดพลาดระหว่างการเคลื่อน ย้ายลดลง ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ GCS 8 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการเตรียมผู้ป่วยบาดเจ็บ ส่งผ่าตัดภายใน 1 ชม. ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน นางจินตนา สุวรรณทัต หัวหน้าพยาบาล ที่ได้ให้การช่วยเหลือนักวิจัยในโครงการพร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณ และท้ายสุดนี้ขอขอบคุณบุคคลสำคัญที่สุดที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน พร้อมทั้งเครือข่ายกู้ชีพทุกแห่งที่ร่วมทุกข์ร่วมสุข ร่วมเรียนรู้ แบ่งปันประสบการณ์ ในการพัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองมาโดยตลอดระยะเวลาการวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

กรองได อณุหสตู และเครือข่ายพยาบาลอุบัติเหตุ แห่งประเทศไทย. **คู่มือการปฏิบัติงานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน**. กรุงเทพฯ : ก้องการพิมพ์ ; 2554.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน. (2558). **รายงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะ**. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน.

เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. **การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล**. ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2558.

ทธิณัฐ ประพุทธนิติสาร. **การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:แนวคิดและแนวปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนทุนวิจัย (สกว.); 2546.

ทวีศักดิ์ นพเกษร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2549

สมบัติ ชุนเฟื่องและคณะ. **คู่มือการรักษาดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาเครือข่ายบริการบาดเจ็บที่ศีรษะ**. โรงพยาบาลสระบุรี ; สระบุรี. 2554

Khiewchaum, R. (2015) . **The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent and Reduce Increased Intracranial Pressure in Patients with Traumatic Brain Injury for Nursing Students**. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. Chantaburi,26 (2), 120-134.

อัญชลี โสภณ และคณะ. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง โดยใช้การจัดการรายกรณี**. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย 2560, 29(3) : 126-138

จันทิมา พรเชนศวรพงศ์,เพ็ญศรี ละออ,กวินทร์นาฎ บุญชู. **การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557; 28(1):43-54.

ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกรรม leg lock ในการลดการเกิด Hematoma ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน

Effectiveness of leg lock to Reduce Hematoma in patients go on Coronary Angiogram and Percutaneous Coronary Intervention

จำเนียร พัฒนจักร[1], ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร [2], ชนัญญา กันก๋ง[3], ปิยะนุช โคตรสมบัตร[4],ธนา อาฤทธิ์[5]

Chamnian pattanajak, Chaiyasith wongwipaporn, Chananya kankong, Piyanut kothsombat, Thana arit

บทคัดย่อ

การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ เป็นมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนนั้นเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคดังกล่าว สามารถทำผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือหรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ทั้งนี้การทำหัตถการผ่านหลอดเลือดแดงที่ขา ทำได้ สะดวก รวดเร็ว แต่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ hematoma ได้ ในการศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของนวัตรกรรม leg lock ในการประคองขาผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจหลอดเลือดหัวใจหรือได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาเพื่อป้องกันการเกิด hematoma กลุ่มตัวอย่าง 156 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่าๆกัน ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์การเกิด hematoma มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองไม่พบการเกิด hematoma ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบ hematoma 5 ราย (กลุ่มทดลอง = 0% กลุ่มควบคุม = 6.5%, p = 0.028) โดยสรุป นวัตกรรม leg lock มีประสิทธิผลในการป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเกิด hematoma ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน

คำสำคัญ: นวัตรกรรมประคองขา, การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ, การรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน, ก้อนห้อเลือด

Abstract

Coronary angiogram (CAG) is a gold standard procedure for diagnosis of coronary artery disease (CAD) and percutaneous coronary intervention (PCI) is one of CAD treatment options. Both procedures could be accessed via either radial artery or femoral artery. Femoral artery access allows quick approach, but risk of groin hematoma is a matter to take. We conducted a clinical study to determine an effectiveness of leg lock innovation in prevention of groin hematoma after CAG or PCI via femoral artery access. One-hundred and fifty-six patients were enrolled and randomized with 1:1 ratio to either leg lock innovation or standard care. Prevalence of groin hematoma was significantly lower in leg lock innovation group compared with standard care group (0% vs 6.5%, respectively, p = 0.028). In conclusions, leg lock innovation was effective in prevention of groin hematoma after CAG or PCI.

Keywords: Leg lock innovation, Coronary angiogram, Percutaneous coronary intervention, Groin hematoma

[1] *พยาบาล งานห้องตรวจสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[3] *พยาบาล งานห้องตรวจสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[4] *พยาบาล งานห้องตรวจสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

[5] *พยาบาล งานห้องตรวจสวนหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

บทนำ

การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยสารทึบรังสี (Coronary angiography : CAG) เป็นมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ [12] การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (Percutaneous coronary Intervention : PCI) เป็นหนึ่งในวิธีรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจนอกเหนือจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ [9] ในการทำหัตถการทั้งสองชนิดนั้น สามารถทำผ่านทางหลอดเลือดแดงได้แก่ หลอดเลือดแดงที่ข้อพับแขน หลอดเลือดแดงที่ข้อมือ และหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ [8] การทำผ่านหลอดเลือดแดงที่ข้อมือพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด [5] อัตราการความสำเร็จขึ้นอยู่กับเทคนิคและประสบการณ์ของแพทย์แต่ละท่าน ส่วนการทำผ่านหลอดเลือดแดงที่ขานั้นถือว่าเป็นปกติทั่วไปที่นิยมทำเนื่องจากใช้เทคนิคที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน จากรายงานการศึกษาหลายฉบับพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการทำหัตถการผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาประมาณ 2-6% และในหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนพบภาวะแทรกซ้อน 5.4-20% ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ Hematoma, Pseudo-aneurysm arterio-venous, fistula formation, lower limp ischemia, femoral artery infection, retroperitoneal bleeding ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่าย เพิ่มโอกาสในการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ [14] สาเหตุที่ทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ 1) สาเหตุที่แก้ไขได้ ได้แก่ เทคนิคของการทำหัตถการ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการหยุด/ห้ามเลือด 2) สาเหตุที่แก้ไม่ได้ ได้แก่อายุ เพศ ผู้ป่วยน้ำหนักตัวมาก โรคความดันโลหิตสูง การทำงานของไตที่เสื่อมสภาพ [7] สาเหตุหนึ่งของการเกิดก้อนห้อเลือด หรือ hematoma ที่พบนอกเหนือจากที่กล่าวไว้ข้างต้นคือพบว่า เกิดจากการที่ผู้ป่วยงอเข่าหรือข้อสะโพกข้างที่ทำหัตถการ โดยทั่วไปในการทำหัตถการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดที่ขานั้น ภายหลังตรวจวินิจฉัยแล้วเสร็จ สามารถถอดท่อนำสายสวนได้ทันที กดห้ามเลือดด้วยมือเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที และให้นอนพักบนเตียงนอนศีรษะสูง 30 องศา [4] ภายหลังถอดท่อนำสายสวนผู้ป่วยจะต้องนอนเหยียดขาข้างที่ทำหัตถการ 6 ชั่วโมง ไม่งอเข่า ข้อสะโพกขยับได้เล็กน้อยเพื่อป้องกันการเกิด hematoma [11] ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่ายสายสวน จะคาท่อนำสายสวนไว้ 4-6 ชั่วโมงหลังได้รับยา Heparin bolus ในขณะทำหัตถการ และหลังจากถอดท่อนำสายสวนต้องเหยียดขาข้างที่ทำไว้เช่นเดียวกัน หากผู้ป่วยพลั้งเผลอ หรือลืมตัวแล้วงอเข่าหรืองอข้อสะโพกอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ [6]โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีข้อจำกัดอื่นเช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ดิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประดิษฐ์นวัตกรรมที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยงอขา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยประคองขาผู้ป่วยหลังถอดท่อนำสายสวน ลดความเสี่ยงต่อการเกิด hematoma ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ไม่ต้องคอยระมัดระวังตลอดเวลา ซึ่งผลจากการดำเนินโครงการพบว่า ก่อนและหลังถอดท่อนำสายสวนไม่พบอุบัติการณ์การเกิด hematoma ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการใช้ที่ประคองขาร้อยละ 95.41 แต่พบปัญหาขนาดของนวัตกรรมคุณประคอง(ขา) ที่ยังมีขนาดไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วน [1]และจากการวิจัยประสิทธิผลของการใช้อุปกรณ์ประคองต้นขา Siriraj leg lock ในการประคองต้นขา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ทันที หลังได้รับการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน เพื่อลดอาการปวดหลัง ผลการวิจัยพบว่า อุปกรณ์ดังกล่าวช่วยลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังทำหัตถการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า อุปกรณ์ดังกล่าวไม่ส่งผลกระทบต่อการเกิด hematoma ในผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรม [13] จะเห็นได้ว่าการใช้นวัตกรรมหรืออุปกรณ์ที่ช่วยประคองขาผู้ป่วยไม่ให้งอช่วยป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเกิด hematoma ได้ อย่างไรก็ตาม อุบัติการณ์การเกิด hematoma ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน หากไม่ได้รับการป้องกันหรือแก้ไขอาจนำไปสู่ความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อ

ผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายและความพึงพอใจต่อการบริการ ประกอบกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ที่ได้รับการทำหัตถการตรวจและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านหลอดเลือดแดงที่ขา ยังพบว่ามีอุบัติการณ์ hematoma เกิดขึ้น ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรม leg lock ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในการประคองขาผู้ป่วย ที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ภายหลังการทำหัตถการ มีทั้งหมด 3 ขนาด เพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีรูปร่างแตกต่างกัน สามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสม ได้ทำการศึกษานำร่องโดยใช้นวัตกรรม leg lock ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน จำนวน 10 ราย พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด hematoma ทั้งนี้การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น มีการกำหนดระเบียบวิธีวิจัย เพื่อทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรมจึงมีความจำเป็น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทดสอบประสิทธิผลของนวัตกรรม leg lock ในการป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเกิด hematoma ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองทางคลินิก เก็บข้อมูลเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม แบบ Prospective

ประชากร

กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (Coronary angiography and percutaneous coronary intervention) ที่มารับบริการที่ห้องตรวจสวนหัวใจ ฝ่ายปฏิบัติการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน (Coronary angiography and percutaneous coronary intervention) จำนวน 156 คน จากสูตรคำนวณการทดสอบประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน เฉพาะที่ทำผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบเท่านั้น 2) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาการศึกษา และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ที่ทำผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ แล้วเกิด hematoma ขณะทำหัตถการ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบไม่สำเร็จ 3) ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนทาง ผ่านหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบมาก่อน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE581039 โดยมีวิธีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการศึกษาโดยละเอียด รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและออกจากการศึกษาได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาล รวมถึงการวิเคราะห์หรือเผยแพร่ข้อมูลเป็นไปในภาพรวมเท่านั้น มิได้แจกแจงอันจะก่อให้เกิดการระบุเชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือนวัตกรรม leg lock ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีคุณลักษณะ 1) วัสดุทำด้วยไม้ หุ้มด้วยฟองน้ำ ด้านนอกสุดหุ้มด้วยหนัง ช่วยให้ไม่เปียกน้ำและง่ายต่อการทำความสะอาด 2) น้ำหนักเบา (ประมาณ 200 -250

กรัม) 3) หลังใช้งานทำความสะอาดด้วยผ้าชุบน้ำสบู่และผ้าแห้ง เช็ดซ้ำอีกครั้งด้วยผ้าชุบแอลกอฮอล์ 4) มีให้เลือกใช้ 3 ขนาดตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้แก่ ขนาดเล็ก กว้าง 9 เซนติเมตร ยาว 55 เซนติเมตร ขนาดกลาง กว้าง 9 เซนติเมตร ยาว 60 เซนติเมตรและขนาดใหญ่ กว้าง 9 เซนติเมตร ยาว 65 เซนติเมตร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและติดตามการเกิด hematoma

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งกลุ่มตัวอย่างใช้การจัดกลุ่มสลับกันตามลำดับการเข้ารับการทำหัตถการ โดยจะมีตารางการจัดลำดับเข้ากลุ่มให้เจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ที่ห้องรับใหม่ เริ่มที่กลุ่มทดลองก่อน เรียงสลับกันไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจจะเก็บข้อมูลการเกิด Hematoma ในเวลา 6 ชั่วโมง ภายหลังกดห้ามเลือดเสร็จเรียบร้อย ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนเก็บข้อมูลการเกิด Hematoma ในเวลา 6 ชั่วโมง ภายหลังกดห้ามเลือดเสร็จเรียบร้อย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version19 ทั้งนี้กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบผลการใช้นวัตกรรม leg lock ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ chi square

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.3) มีอายุระหว่าง 6-81 ปี โดยมีอายุ
เฉลี่ย 62.28 ปี (SD = 11.18) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.28 (SD = 4.14) มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 19.2 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.5 โรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือด ร้อยละ 6.4 และโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ร้อยละ 5.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจเพียงอย่างเดียวร้อยละ 64.10 ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผานสายสวน ร้อยละ 35.90

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.4) มีอายุระหว่าง 39-91 ปี โดยมีอายุ
เฉลี่ย 65.15 ปี (SD = 10.95) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.60 (SD = 4.14) มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 19.2 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.5 โรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการฟอกเลือด ร้อยละ 3.8 และโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด ร้อยละ 5.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจเพียงอย่างเดียวร้อยละ 62.82ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผานสายสวน ร้อยละ37.18

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบฟิชเชอร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง N= 78	กลุ่มควบคุม N= 78	p
Sex: male	44 (56.40)	47 (60.30)	0.626
AGE	65.15 (10.95)	62.28 (11.18)	0.107
BMI	23.60 (4.79)	23.28 (4.14)	0.657
DM	15 (19.20)	15 (19.20)	>0.999
HT_A	30 (38.50)	23 (29.50)	0.237
CKD	3 (3.80)	5 (6.40)	0.719
ESRD	4 (5.10)	4 (5.10)	>0.999
CAG	49 (62.82)	50 (64.10)	>0.999
PCI	29 (37.18)	28 (35.90)	0.868
SK	4 (5.1)	6 (7.7)	0.513
Heparin	74 (94.9)	75 (96.2)	>0.999
clotinab	1 (1.3)	0	>0.999
integrilin	3 (3.8)	5 (6.4)	0.719
enoxaparin	4 (5.1)	4 (5.1)	>0.999
ASA	68 (87.2)	63 (80.8)	0.275
plavix	55 (70.5)	56 (71.8)	0.860

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Hematoma

เปรียบเทียบอัตราการเกิด hematoma ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า ในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม leg lock ประคองขาภายหลังการทำหัตถการพบว่า เกิด hematoma จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 โดยแบ่งออกเป็นขนาด 5 เซนติเมตร จำนวน 3 ราย ขนาด 7 เซนติเมตร จำนวน 1 ราย ขนาด 10 เซนติเมตร จำนวน 1ราย ส่วนในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม leg lock ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด hematoma

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .028) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเกิด Hematoma ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Hematoma	กลุ่มทดลอง N= 78	กลุ่มควบคุม N= 78	p
Hematoma	0	5 (6.5)	0.028
Size			
- 5 cm	0	3 (3.8)	
- 7 cm	0	1 (1.3)	
- 10 cm	0	1 (1.3)	

จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบนั้น ไม่พบอุบัติการณ์การเกิด hematoma ในกลุ่มทดลองซึ่งใช้นวัตกรรม leg lock ในการประคองขาไม่ให้งอภายหลังการทำหัตถการและภายหลังการถอดท่อนำสายสวน ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้ใช้นวัตกรรม leg lock เกิด hematoma 6.5% (5 รายจาก 78 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ของ Rani และคณะ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน เกิด hematoma 4.4 % [10] และพบมากถึง 10.6% จากการศึกษาของ Anderson และคณะ ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่างๆได้แก่ เพศหญิง มีความดันโลหิตซีสโตลิคมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท ถูกเจาะหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบมากกว่า 1 ครั้ง ได้รับยาต้านเกร็ดเลือด ชนิด Glycoprotein IIb/IIa ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดก่อนการทำหัตถการ การขยับหรือเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยขณะและภายหลังการถอดท่อนำสายสวน [2] รวมทั้งผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือมีภาวะช็อคจากหัวใจที่ต้องทำหัตถการฉุกเฉิน [3] ในขณะเดียวกันมีข้อมูลการพัฒนานวัตกรรม ข้อมูลการวิจัยที่พบว่า การใช้อุปกรณ์ Siriraj leg lock ในการประคองขา หรือทำให้ขาไม่งอ นอกจากจะช่วยลดอาการปวดหลังในผู้ป่วยหลังทำหัตถการแล้ว ยังพบว่า ไม่ส่งผลกระทบต่อการเกิด hematoma ดังนั้นจะเห็นว่ามีกิจกรรมทางการพยาบาล ที่พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่รับการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะ hematoma โดยการดูแลไม่ให้ผู้ป่วยงอขาข้างที่ทำหัตถการตามระยะเวลาที่กำหนด ทั้งนี้การนำนวัตกรรม leg lock มาใช้เพื่อประคองไม่ให้ผู้ป่วยเผลองอขาข้างที่ทำหัตถการ สามารถป้องกันและลดอุบัติการณ์ การเกิด hematoma ได้

จากการวิจัยสรุปได้ว่านวัตกรรม leg lock ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการป้องกันและลดการเกิด hematoma ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนได้

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิด hematoma สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนได้ ทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ เจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจสวนหัวใจสามารถพิจารณานำนวัตกรรม leg lock ไปใช้ได้ทั้งในขั้นตอนการทำหัตถการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการฉุกเฉินที่ผู้ป่วยอาจดิ้น ขยับขา หรือขาดความร่วมมือมในขณะตรวจ รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องใส่อุปกรณ์เพื่อการรักษา เช่น เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intra aortic balloon pump; IABP) สามารถนำนวัตกรรม leg lock ไปใช้ประคองขาผู้ป่วยในระหว่างที่ใส่เครื่อง IABP เพื่อป้องกันสายบอลลูนไม่ให้หัก พับ งอ รวมทั้งป้องกันการเกิด hematoma ที่ขาหนีบด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ร่วมวิจัยทุกท่านและคุณอรุณศรี แสนเมือง ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.ทิตยา ธรรมพิรานนท. (2554). *โครงการนวัตกรรมเรื่องคุณประคอง(...ขา)*. Retrieved from http://www.hospital.tu.ac.th/km/admin/new/191217_141924.pdf

2.Andersen, K., Bregendahl, M., Kaestel, H., Skriver, M., & Ravkilde, J. (2005). Haematoma after Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Intervention via the Femoral Artery Frequency and Risk Factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *4*(2), 123–127. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.02.003

3.Bhatty, S., Cooke, R., Shetty, R., & Jovin, I. (2011). Femoral vascular access-site complications in the cardiac catheterization laboratory: Diagnosis and management. *Interventional Cardiology*, *3*(4), 503–514. https://doi.org/10.2217/ica.11.49

4.Cheryl J. P. Dumont, Arlene W. Keelin, Cheryl Bourguignon, Ian J. Sarembock, & Melanie Turner. (2006). Predictors of Vascular Complications Post Diagnostic Cardiac Catheterization and Percutaneous Coronary Interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *25*(3), 137–142.

5.Anjum, I., Khan, M. A., Aadil, M., Faraz, A., Farooqui, M., & Hashmi, A. (2017). Transradial vs. Transfemoral Approach in Cardiac Catheterization: A Literature Review. *Cureus*, *9*(6), e1309–e1309. https://doi.org/10.7759/cureus.1309

6.Augustin, A. C., Quadros, A. S. de, & Sarmento-Leite, R. E. (2010). Early sheath removal and ambulation in patients submitted to percutaneous coronary intervention: A randomised clinical trial. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(8), 939–945. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.01.004

7.Merriweather, N., & Sulzbach-Hoke, L. M. (2012a). Managing Risk of Complications at Femoral Vascular Access Sites in Percutaneous Coronary Intervention. *Critical Care Nurse*, *32*(5), 16–29. https://doi.org/10.4037/ccn2012123

8.Moton, J. Kern. (2011). *Introduction to the catheterization laboratory.* (5th ed.). 2011.

9.Levine Glenn N., Bates Eric R., Blankenship James C., Bailey Steven R., Bittl John A., Cercek Bojan, … Ting Henry H. (2011). 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: Executive Summary. *Circulation*, *124*(23), 2574–2609. https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31823a5596

10.Rani, S., Lakshmi, R., Pillai, A., & Nisha, S. (2016). The risk factors associated with complications of coronary angiogram: A cross-sectional observational study. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*, *3*(1), 11–15.

11.Sajnani, N., & Bogart, D. B. (2013). Retroperitoneal hemorrhage as a complication of percutaneous intervention: report of 2 cases and review of the literature. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, *7*, 16–22. https://doi.org/10.2174/1874192401307010016

12.Scanlon, P. J., Faxon, D. P., Audet, A. M., Carabello, B., Dehmer, G. J., Eagle, K. A., … Smith, S. C. (1999). ACC/AHA guidelines for coronary angiography. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (Committee on Coronary Angiography). Developed in collaboration with the Society for Cardiac Angiography and Interventions. *Journal of the American College of Cardiology*, *33*(6), 1756–1824.

13.Suwatchai Pornratanarangsi, Sudarat Boonlert, Anuwat Duangprateep, Pitchuda Wiratpintu, Wiriya Waree, Damras Tresukosol, & Pradit Panchavinnin. (2010). The Effectiveness of “Siriraj Leg Lock” Brace on Back Pain after Percutaneous Coronary Intervention: PCI. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *93*(1), 535–542.

14.Wong, E. M. L., Wu, E. B., Chan, W. W. M., & Yu, C. M. (2006). A review of the management of patients after percutaneous coronary intervention. *International Journal of Clinical Practice*, *60*(5), 582–589. https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2006.00824.x

ผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน

Effects of Music on Pain and Pain Coping Among Laboring Women Receiving Oxytocin

ศิริวรรณ บุตรหิน[1], บังอร ศุภวิทิตพัฒนา[22], นงลักษณ์ เฉลิมสุข[2]

Siriwan Buthin , Bangon Suphawitpattana , Nonglak Chalermsuk

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดใน ผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน ณ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 44 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) ดนตรีบรรเลงของรัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559)[4] 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข และ 4) แบบสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของสเตอร์รอค (Sturrock Labor Coping Scale) ฉบับภาษาไทยโดย ฉวี เบาทรวง (2526)[1] วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .01$) 2. กลุ่มทดลองมีคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้การฟังดนตรีเป็นแนวทางในการบรรเทาความเจ็บปวดและสนับสนุนการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน

คำสำคัญ: ดนตรี, ความเจ็บปวดในผู้คลอด, การเผชิญความเจ็บปวดในการคลอด, ผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of music on pain and pain coping among women in labor receiving oxytocin. The sample included 44 parturients receiving oxytocin admitted to the labor unit at the Kumpawapi Hospital in Udonthani Province between March and May 2019. The participants were purposively selected and assigned into an experimental group and a control group with twenty-two in each group. The experimental group listened to music while receiving routine nursing care and the control group received routine nursing care only. The research instruments consisted of: 1) Instrumental music used by Rattana Permpech and Benjamaporn Butsripoom (2016), 2) a Demographic Data Record Form, 3) a Numeric Pain Rating Scale, and 4) the Thai version of the Sturrock Labor Coping Scale by Chavee Baosoung (1983). Data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test.

The results revealed that:1. The experimental group had significantly lower labor pain score than that of the control group ($p < .05$, $p < .01$). 2. The experimental group had significantly higher pain coping score than that of the control group ($p < .01$, $p < .001$). The findings of this study suggest that nurse-midwives should use music listening to relieve labor pain and support pain coping among laboring women receiving oxytocin.

Key words: music, pain, pain coping, laboring women receiving oxytocin

บทนำ

ยาออกซิโทซินนิยมนำมาใช้ในการเร่งคลอด เพื่อให้มดลูกมีการหดรัดตัวที่เหมาะสม โดยยาออกซิโทซินจะกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก ทำให้ความแรงและความถี่ของการหดรัดตัวของมดลูกเพิ่มมากขึ้นกว่าการหดรัดตัวตามปกติ [6] ซึ่งผู้คลอดที่มีการเจ็บครรภ์คลอดตามปกติจะมีความแรงของการหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 100 ถึง 250 มอนเตวิเดโอ (Montevideo unit) [10] แต่ผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินในการเร่งคลอดจะมีความแรงของการหดรัดตัวของมดลูกอยู่ระหว่าง 200 ถึงมากกว่าหรือเท่ากับ 300 มอนเตวิเดโอ [17] ซึ่งผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินในการเร่งคลอดจะทำให้มดลูกหดรัด

1 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

2 อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตัวถี่ รุนแรงและมีความเจ็บปวดมากกว่าการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติ [18] ความเจ็บปวดในการคลอดนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ซึ่งทางด้านร่างกายอาจส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดยาวนานและทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด [21] สำหรับทางด้านจิตใจทำให้เกิดประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดในด้านลบ มีความกลัว ความวิตกกังวล และเกิดความต้องการในการผ่าตัดคลอด [30]ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นจากความต้องการของผู้คลอด [13] และการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอดที่รุนแรงจะยิ่งส่งผลให้ผู้คลอดเกิดการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดที่ไม่เหมาะสมตามมาได้ [27]การบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอด เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้คลอด ซึ่งการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดพบว่ามีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการบรรเทาความเจ็บปวดแบบใช้ยาสามารถบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้ แต่พบว่ามีรายงานอาการข้างเคียงจากการได้รับยาทั้งต่อผู้คลอดและทารกแรกเกิด [8] สำหรับการบรรเทาความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยาพบว่ามีหลากหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพ สามารถจัดกลุ่มได้เป็น ดังนี้ 1) วิธีการกระตุ้นประสาทส่วนปลาย ได้แก่ การประคบด้วยความร้อน [29] การกดจุด [32] ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้เนื่องจากวิธีการดังกล่าวมีความจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญหรือมีบุคลากรที่ให้การดูแลที่เพียงพอ 2) วิธีการยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังในระดับสมอง ได้แก่ ดนตรี [14] การใช้น้ำมันหอมระเหย [16] การใช้ไนตรัสออกไซด์ (N_2O) [12] ซึ่งการใช้น้ำมันหอมระเหยอาจมีข้อจำกัด คือผู้คลอดบางรายอาจมีอาการแพ้กลิ่น นอกจากนี้ประเทศไทยยังไม่มีการใช้ไนตรัสออกไซด์เพื่อการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดอย่างแพร่หลาย และ 3) วิธีอื่นๆ ได้แก่ โปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติ [7] โยคะ (Jahdi et al., 2017) ซึ่งการนำมาใช้อาจมีข้อจำกัดคือจำเป็นต้องใช้บุคลากรในการดูแลที่เพียงพอและบางพื้นที่อาจจำกัดด้วยบริบทของห้องคลอดที่ไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปอยู่ด้วยในระยะคลอด ดังนั้นการใช้ดนตรีจึงเป็นอีกทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับใช้บรรเทาความเจ็บปวดในการคลอด ซึ่งการฟังดนตรีนั้นมีความปลอดภัย ไม่แพง และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ที่สามารถกระทำได้ในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้คลอด [11] ดนตรีหมายถึง เสียงเพลงที่มีจังหวะช้าประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที ไม่มีเนื้อร้อง ความดังของเสียงระดับ 60 เดซิเบล ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในการบรรเทาความเจ็บปวด ตามแนวคิดของสถาบันโจแอนนาบริกส์ [19] โดยการฟังดนตรีในระยะคลอดเป็นวิธีการที่ปลอดภัย ใช้ง่าย และสะดวก สามารถช่วยเหลือในการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดได้ดี [28] นอกจากนี้ยังช่วยให้มีการเผชิญความเจ็บปวดในการคลอดอย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถอธิบายกลไกของดนตรีในการบรรเทาความเจ็บปวดในการคลอดโดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (gate control theory) [23,24] การฟังดนตรีจะไปกระตุ้นเรติคูลาร์ฟอร์เมชั่น (reticular formation) ที่ก้านสมองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทที่จะส่งต่อกระแสประสาทความเจ็บปวด ทำให้เกิดการปิดประตูความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง ไม่มีการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดไปที่สมอง จึงส่งผลให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงและทำให้การกระตุ้นทางอารมณ์ลดน้อยลง ความตึงเครียดลดลง นอกจากนี้การฟังดนตรียังส่งผ่านไปยังออดิทอรีคอร์เทกซ์ (auditory cortex) และส่งต่อไปยังลิมบิค (limbic) ทำให้มีการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์ ความรู้สึก เกิดอารมณ์ด้านบวก ส่งผลกระตุ้นให้มีการหลั่งเอนดอร์ฟิน (endorphine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย [31] และสารเอนดอร์ฟินยังสามารถออกฤทธิ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ด้วย นอกจากนี้การฟังดนตรีมีผลในการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ทำให้เปลี่ยนความสนใจจากความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญมามุ่งจุดสนใจอยู่ที่ดนตรี จึงส่งผลให้มีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง และทำให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น [9]

การนำดนตรีมาใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศ จากการศึกษาของคายา และ โคเมอร์คู [20] ศึกษาผลของการให้ความรู้และการฟังดนตรีในระยะเจ็บครรภ์คลอดต่อกระบวนการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่

ได้รับการชักนำการคลอด จำนวน 80 ราย ที่ประเทศตุรกี พบว่าการให้ความรู้และการฟังดนตรีทำให้ความรู้สึกและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในการคลอดลดลง และกลุ่มทดลองร้อยละ 92.5 กล่าวว่าการฟังดนตรีส่งผลด้านบวกต่อความเจ็บปวด โดยทำให้รู้สึกผ่อนคลายร้อยละ 30.2 รู้สึกสงบและมีความมั่นใจร้อยละ 26.9 และลดความเจ็บปวดร้อยละ 23.8 สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินในประเทศไทย พบการศึกษาของวรินทร์ธร สุขกาย[5], ฉวี เบาทรวง, และ นันทพร แสนศิริพันธ์ (2561)[1] ศึกษาผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน พบว่ากลุ่มทดลองมีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีการเผชิญความเจ็บปวดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมานั้นอาจมีความจำกัดเกี่ยวกับจำนวนบุคลากรในการดูแลผู้คลอดและบางพื้นที่อาจจำกัดด้วยบริบทของห้องคลอดที่ไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปอยู่ด้วยในระยะคลอด นอกจากนี้ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของดนตรีในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินดังกล่าวเป็นการศึกษาในต่างประเทศและเพลงที่ใช้เป็นดนตรีรีฮาไวมาแคม (Rehavi maqam music) ที่ประเทศตุรกี [20] จึงอาจจะยังไม่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการเลือกเพลงที่เข้ากับวัฒนธรรมของผู้ฟังมีความสำคัญต่อการลดความเจ็บปวด [14] ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการช่วยเหลือ ผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินในบริบทของประเทศไทย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน ซึ่งการฟังดนตรีมีความปลอดภัย ไม่แพง และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ที่สามารถกระทำได้ในการให้การพยาบาลแก่ผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน [11] โดยเพลงที่ใช้เป็นเพลงบรรเลง ไม่มีเนื้อร้อง จังหวะช้าสม่ำเสมอ ประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที ฟังนาน 15 นาที เป็นดนตรีบรรเลงของรัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559) [4] ที่ดัดแปลงมาจากเพลงบรรเลงของจำรัส เศวตาภรณ์ ในชุดนิพพาน ซึ่งยังไม่พบว่ามีการนำมาศึกษาในการบรรเทาความเจ็บปวดในกลุ่มผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ผดุงครรภ์แผนกห้องคลอดที่สามารถนำไปให้การดูแลผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินเพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เปรียบเทียบการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฟังดนตรีร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design) ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง) หลังจากนั้นได้รับการติดตามประเมินอีก 3 ครั้ง คือ เมื่อเวลาผ่านไป 15 นาที, ชั่วโมงที่ 1 และชั่วโมงที่ 2 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มทดลองได้รับการประเมินความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง) หลังจากนั้นได้รับการติดตามประเมินภายหลังการฟังดนตรีบรรเลงอีก 3 ครั้ง คือ ภายหลังฟัง 15 นาที, ชั่วโมงที่ 1 และชั่วโมงที่ 2 ตามลำดับ โดยฟังดนตรีบรรเลงแต่ละครั้งนาน 15 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ราย ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้คลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลและได้รับยาออกซิโทซิน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้คลอดที่มาคลอดในแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี และได้รับยาออกซิโทซิน คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างเข้าศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ อายุ 20 ปี หรือมากกว่า ครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และทารกในครรภ์อยู่ในท่าปกติ ปากมดลูกเปิดขยาย 4 เซนติเมตรขึ้นไปแต่ไม่เกิน 7 เซนติเมตร มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ ความถี่ทุก 2-3 นาที นาน 45-60 วินาที ความแรงของการหดรัดตัวของมดลูกปานกลางถึงแรง (moderate to strong) หรือมดลูกหดรัดตัว 3-4 ครั้งใน 10 นาที ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมและสูติกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีคะแนนความเจ็บปวดก่อนการทดลอง 4 คะแนนขึ้นไป สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดลองที่สองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบที่ระดับ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 [15] กำหนดค่าขนาดอิทธิพลการทดสอบขนาดกลาง ที่ .50 และนำมาเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย รวมทั้งหมด 44 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้วิธีจับคู่รายบุคคลให้มีลักษณะเหมือนกันเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และคะแนนความเจ็บปวดก่อนการทดลองแตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการศึกษา ได้แก่ ดนตรี ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดนตรีบรรเลงของรัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559) ที่ดัดแปลงมาจากเพลงบรรเลงของจำรัส เศวตาภรณ์ ในชุดนิพพาน และเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการฟังดนตรี ได้แก่ เครื่องเล่น MP 3 และหูฟังชนิดครอบทั้งใบหู

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข และแบบสังเกตการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของสเตอร์รอค ฉบับภาษาไทยโดย ฉวี เบาทรวง (2526) [1] นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต ได้เท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ในส่วนข้อมูลจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ใช้สถิติทดสอบสถิติไคสแควร์ สำหรับข้อมูลปริมาณยาออกซิโทซินที่ได้รับ ระยะเวลาการได้รับยาออกซิโทซิน คะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง และคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู การเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดหลังการฟังดนตรีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 2562-018 และรหัสโครงการ 2562-FULL008 และเสนอเอกสารต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุมภวาปี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้นจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

สรุปและอภิปรายผล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ปริมาณการได้รับยาออกซิโทซิน ระยะเวลาการได้รับยาออกซิโทซิน การเตรียมคลอด คะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง คะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ	จำนวน (n = 22)	ร้อยละ	
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					1.00[ก]
ตั้งครรภ์ครั้งแรก	11	50	11	50	
ตั้งครรภ์ครั้งที่สอง	8	36.40	8	36.40	
ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม	2	9.10	2	9.10	
ครั้งครรภ์ครั้งที่สี่	1	4.50	1	4.50	
ปริมาณการได้รับยาออกซิโทซิน	พิสัย (มิลลิลิตร) 31-354 $\bar{X}$ = 85.23, SD = 90.64		33-330 $\bar{X}$ = 84.41, SD = 74.95		.311[ข]
ระยะเวลาการได้รับยาออกซิโทซิน	พิสัย (นาที) 125-520 $\bar{X}$ = 217.73, SD = 120.61		130-580 $\bar{X}$ = 223.64, SD = 112.07		.411[ข]
การเตรียมคลอด					
ได้รับ	0	0	0	0	
ไม่ได้รับ	22	100	22	100	
คะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง	พิสัย (คะแนน) 6-10 $\bar{X}$ = 7.64, SD = 1.00		6-10 $\bar{X}$ = 8.14, SD = 1.25		.114[ข]
คะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง	พิสัย (คะแนน) 5-10 $\bar{X}$ = 8.32, SD = 1.67		4-10 $\bar{X}$ = 7.77, SD = 1.74		.156[ข]

ก = Chi-square test. ข = The Mann-Whitney U test.

จากตาราง 1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 เป็นสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรก 11 ราย ปริมาณการได้รับยาออกซิโทซินเฉลี่ย 85.23 มิลลิลิตร (SD = 90.64) ระยะเวลาการได้รับยาออกซิโทซินเฉลี่ย 217.73 นาที (SD = 120.61) ร้อยละ 100 ไม่ได้รับการเตรียมคลอด ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง 7.64 (SD = 1.00) ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง 8.32 (SD = 1.67)

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 เป็นสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรก 11 ราย ปริมาณการได้รับยาออกซิโทซินเฉลี่ย 84.41 มิลลิลิตร (SD=74.95) ระยะเวลาการได้รับยาออกซิโทซินเฉลี่ย 223.64 นาที (SD = 112.07) ร้อยละ 100 ไม่ได้รับการเตรียมคลอด ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง 8.14 (SD = 1.25) ค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง 7.77 (SD = 1.74)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ปริมาณการได้รับยาออกซิโทซิน ระยะเวลาการได้รับยาออกซิโทซิน การเตรียมคลอด คะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง และคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นข้อมูลส่วนบุคคลดังที่กล่าวมาจึงไม่ส่งผลต่อการวิจัยในครั้งนี้

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	p value
	Median	IQR	Median	IQR		
ก่อนการทดลอง	8.00	1.00	8.00	2.00	-1.21	.114
หลังการทดลองครั้งที่ 1 (15 นาที)	8.00	1.00	8.50	3.00	-2.08	.019*
หลังการทดลองครั้งที่ 2 (ชั่วโมงที่ 1)	8.00	1.00	10.00	2.00	-2.73	.003**
หลังการทดลองครั้งที่ 3 (ชั่วโมงที่ 2)	9.00	2.00	10.00	0.00	-2.86	.002**

*p < .05**p < .01--------

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05, p < .01)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		z	p value
	Median	IQR	Median	IQR		
ก่อนการทดลอง	8.50	3.00	8.00	3.00	-1.01	.156
หลังการทดลองครั้งที่ 1 (15 นาที)	8.00	3.00	6.00	3.00	-3.16	.001**
หลังการทดลองครั้งที่ 2 (ชั่วโมงที่ 1)	7.00	2.00	5.00	1.00	-4.25	<.001***
หลังการทดลองครั้งที่ 3 (ชั่วโมงที่ 2)	6.00	2.00	4.00	2.00	-3.82	<.001***

**p < .01 ***p < .001

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองทั้ง 3 ครั้ง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01, p < .001)

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความเจ็บปวดหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05, p < .01) และเมื่อเปรียบเทียบการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01, p < .001) ทั้งนี้สามารถอธิบายโดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack & Wall, 1965; Melzack, 1996) คือการฟังดนตรีจะไปกระตุ้นเรติคูลาร์ฟอร์เมชั่นที่ก้านสมองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทที่จะส่งต่อกระแสประสาทความเจ็บปวด เกิดการปิดประตูความเจ็บปวดที่ไขสันหลัง ไม่มีการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดไปที่สมอง ส่งผลให้มีการรับรู้ความเจ็บปวดลดลงและทำให้การกระตุ้นทางอารมณ์ลดน้อยลง ความตึงเครียดลดลง นอกจากนี้การฟังดนตรียังส่งผ่านไปยังออดิทอรีคอร์เทกซ์ และส่งต่อไปยังลิมบิค ทำให้มีการปรับเปลี่ยนด้านอารมณ์ ความรู้สึก เกิดอารมณ์ด้านบวก

กระตุ้นการหลั่งเอนดอร์ฟินซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย [31] และสารเอนดอร์ฟินยังสามารถออกฤทธิ์ในการบรรเทาความเจ็บปวดได้ด้วย และการฟังดนตรีมีผลในการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด ทำให้ดึงความสนใจจากความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญมามุ่งจุดสนใจอยู่ที่ดนตรี จึงส่งผลให้มีการรับรู้ต่อความเจ็บปวดลดลง และทำให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น [9]

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ดนตรีบรรเลงของรัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2559) [4] ที่ดัดแปลงมาจากเพลงบรรเลงของจำรัส เศวตาภรณ์ ในชุดนิพพานไม่มีเนื้อร้อง จังหวะช้าสม่ำเสมอ ประมาณ 60-80 ครั้งต่อนาที ให้กลุ่มตัวอย่างฟังนาน 15 นาที จากเครื่องเล่น MP3 ผ่านหูฟังชนิดครอบทั้งใบหู ซึ่งเป็นไปตามที่กำหนดของสถาบันโจแอนนา บริกส์ (JBI, 2011) ได้กำหนดไว้ ซึ่งดนตรีสามารถลดความเจ็บปวดได้ และจากการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของดนตรีต่อการจัดการกับความเจ็บปวด พบว่าดนตรีที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้คือ มีจังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที ไม่มีเนื้อร้อง หรือเป็นเพลงบรรเลง [22] และการศึกษาของพาวล์เซน และโคโท [26] ศึกษาแนวปฏิบัติการนำดนตรีมาใช้ในการพยาบาลและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด พบว่าดนตรีที่ใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดควรมีลักษณะสงบ นุ่ม จังหวะ 60-80 ครั้งต่อนาที ระยะเวลาในการฟังดนตรีอย่างน้อย 15-30 นาที และการทบทวนอย่างเป็นระบบของนิลสัน [25] ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีในการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวด และให้ข้อเสนอแนะว่าการใช้หูฟังชนิดครอบทั้งใบหูช่วยในการลดเสียงรบกวนจากภายนอกได้ทำให้สนใจและจดจ่อกับดนตรีที่ฟัง

ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงผลการศึกษาของคายา และ โคเมอร์คู [20] ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้และการฟังดนตรีในระยะเจ็บครรภ์คลอดต่อกระบวนการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการชักนำการคลอด พบว่าการให้ความรู้และการฟังดนตรีทำให้ความรู้สึกและความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในการคลอดลดลง กลุ่มทดลองร้อยละ 92.50 กล่าวว่าการฟังดนตรีส่งผลกระทบด้านบวกต่อความเจ็บปวด โดยทำให้ลดความเจ็บปวดร้อยละ 23.80 นอกจากนี้ผลการศึกษายังคล้ายคลึงกับผลการศึกษาดนตรีต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มผู้คลอดกลุ่มอื่น ดังการศึกษาของพูมดวง และ กูด [14] ศึกษาผลของดนตรีต่อการลดการรับรู้ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอด พบว่าคะแนนการรับรู้ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บครรภ์คลอดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของดรรชนี ลิ้มประเสริฐ (2539) [2] ศึกษาผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้มีการศึกษานันธิดา วัดยิ้ม เอมพร รตินธร, วรรณา พาหุวัฒนกร, และ เอกชัย โควาวิสารัช (2557) [3] ศึกษาผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่านน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะปากมดลูกเปลี่ยนผ่านมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าและมีคะแนนการเผชิญความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการฟังดนตรีจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำวิธีการฟังดนตรี โดยใช้เพลงบรรเลงไปใช้ร่วมกับการดูแลตามปกติเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและสนับสนุนการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน

2. ด้านการศึกษา สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการนำวิธีการฟังดนตรี โดยใช้เพลงบรรเลงไปใช้ในการบรรเทาความเจ็บปวดและสนับสนุนการเผชิญความเจ็บปวดในผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซิน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของดนตรีต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดต่อผู้คลอดที่ได้รับยาออกซิโทซินร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวดวิธีอื่น เช่น การนวด การประคบ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางการบรรเทาความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บังอร ศุภวิทิตพัฒนา และอาจารย์ ดร. นงลักษณ์ เฉลิมสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายของห้องคลอด โรงพยาบาลกุมภวาปี และที่สำคัญยิ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ทำให้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.ฉวี เบาทรวง. *ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอด.* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก).บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2526.

2.ดรรชนี ลิ้มประเสริฐ. *ผลของดนตรีต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก*. (วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2539.

3.นันธิดา วัดยิ้ม และคณะ. “ผลของดนตรีร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก”. **Thai Journal of Nursing Council**. 29(1) : 95-107, 2557.

4.รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. “ผลของดนตรีบำบัดต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคลอด”. **Journal of The Royal Thai Army Nurses**. 17(3) : 34-43, (2559).

5.วรินทร์ธร สุขกาย และคณะ. “ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของ ผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน”. **Nursing Public Health and Education Journal**. 19(1) : 49-60, 2561.

6.สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม. “การชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์ (Induction of Labor)”. **Siriraj Medical Bulletin**. 2(1) : 21-30, 2552.

7.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ ปราณิสา กิตติปฤษฎา. “ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครรภ์แรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด”. **Journal of Nursing Science and Health.** 36(1) : 23-30, 2556.

8.Anim-Somuah, M., et al. “Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour”. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** 5(331) : 1-196, 2018.

9.Browning, C. A. “Using music during childbirth”. **Birth**. 27(4) : 272-276, 2000.

10.Caldeyro-Barcia, R., & Poseiro, J. J. “Oxytocin and contractility of the pregnant human uterus”. **Annals of the New York Academy of Sciences**. 75(2) : 813-830, 1959.

11.Cole, L. C., & Lobiondo-Wood, G. “Music as an adjuvant therapy in control of pain and symptoms in hospitalized adults: A systematic review”. **Pain Management Nursing**. 15(1) : 406-425, 2014.

12.Collins, M. “Use of nitrous oxide in maternity care: AWHONN practice brief number 6”. **Nursing for Women's Health**. 22(2) : 195-198, 2018.

13.Gao, Y., et al. “An analysis of the indications for cesarean section in a teaching hospital in China”. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**. 170(2) : 414-418, 2013.

14.Good, M., & Ahn, S. “Korean and American music reduces pain in Korean women after gynecologic surgery”. **Pain Management Nursing.** 9(3) : 96-103, 2008.

15.Gray, J. R., et al. **Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal synthesis and generation of evidence**. 8th ed. St. Louis: Elsever, 2017.

16.Hamdamian, S., et al. "Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor". **Journal of Integrative Medicine**. 16(2) : 120-125, 2018.

17.Hauth, J. C., et al. "Uterine contraction pressures with oxytocin induction/augmentation". **Obstetrics and Gynecology.** 68(3) : 305-309, 1986.

18.İsbir, G. G., & TopÇu, B. "The effects of intrapartum oxytocin induction on labor pain and fear of labor". **Journal of Education & Research in Nursing /Hemsirelikte Egitim ve Arastirma Dergisi**. 15(2) : 94–98, 2018.

19.Joanna Briggs Institute. "The Joanna Briggs Institute best practice information sheet: Music as an intervention in hospitals". **Nursing & Health Sciences**. 13(1) : 99-102, 2011.

20.Kaya, C. E., & Kömürcü, N. "Effect of education and musical therapy given during labor on the process of birth in induced primipara pregnant women". **International Journal of Medical Science and Clinical Inventions**. 4(3) : 2797-2807, 2017.

21.Lowdermilk, D. L., et al. **Maternity & Women's Health Care**. 11th ed. St.Louis, MO: Elsevier, 2016.

22.Martin-Saavedra, J. S., et al. "Music is an effective intervention for the management of pain: An umbrella review". **Complementary Therapies in Clinical Practice**. 32 : 103-114, 2018.

23.Melzack, R. & Wall P. D. "Pain mechanisms: A new theory". **Science.** 150(3699) : 971-979, 1965.

24.Melzack, R. "Gate control theory on the evolution of pain concepts". **Pain Forum**. 5(1) : 128-138, 1996.

25.Nilsson, U. "The anxiety- and pain –reducing effects of music intervention: A systematic review". **Association of Periperative Registered Nurses Journal.** 87(4) : 781-807, 2008.

26.Poulsen, M. J., & Coto, J. "Nursing music protocol and postoperative pain". **Pain Management Nursing**. 19(2) : 172-176, 2018.

27.Sauls, D. J. "Promoting a positive childbirth experience for adolescents". **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing.** 39(6) : 703-712, 2010.

28.Simavli, S., et al. "Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: A randomized controlled clinical trial". **Gynecologic and Obstetric Investigation**. 78(4) : 244-250, 2014.

29.Taavoni, S., et al. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management". **Complementary Therapies in Clinical Practice.** 24 : 99-102, 2016.

30.Taghizdeh, Z., et al. "A time for psycho-spiritual transcendence: The experiences of Iranian women of pain during childbirth". **Women and Birth**. 30(6) : 491-496, 2017.

31.Tomaino, C. M.. **Music therapy and the brain**. In Wheeler, B. L. (Ed.), Music therapy handbook. A division of Guilford Publications Inc. New York, 2015.

32.Yildirim, E., et al. "The effect of ice pressure applied on large intestinal 4 on the labor pain and labor process". **Complementary Therapies in Clinical Practice**. 32 : 25-31, 2018.

การบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส

CUP LUMP RUBBER - WASTEWATER TREATMENT BY PHOTOCATALYSIS PROCESS

ชาติชาย กุโบลา[1] , พฤกษ์ ตัญตรัยรัตน์[2]

Chatchai Kubola[1] , Puek Tantriratna[2]

(Received: August 3,2019; Accepted: September 9,2019)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เหมาะสมต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส โดยสร้างชุดทดลองในการบำบัดน้ำเสียด้วยการนำบีกเกอร์ใส่น้ำเสียยางก้อนถ้วยปริมาณ 500 มิลลิลิตรใส่ในตู้ปฏิกรณ์ที่มีแหล่งกำเนิดแสง UV ซึ่งในการทดลองได้กำหนดปัจจัยที่อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสออกเป็น 4 ปัจจัย คือ ปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ ระยะเวลาของการสัมผัสแสงUV ค่า pH น้ำเสีย และความเข้มข้นของน้ำเสีย

ส่วนแรกเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสในน้ำเสียยางก้อนถ้วย 500 มิลลิลิตร ปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ที่ใช้ในการทดลองคือ 1 3 5 7 10 และ 15 กรัม ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV คือ 1 2 4 6 8 10 และ 12 ชั่วโมง ค่า pH น้ำเสียคือ 4 5 6 7 และ 8 และความเข้มข้นของน้ำเสียคือ 1:0 1:1 1:4 และ1:8 ผลการทดลองพบว่า ปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ 5 กรัม ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV 4 ชั่วโมง ค่า pH เท่ากับ 7 และความเข้มข้นของน้ำเสีย 1:8 มีประสิทธิภาพการบำบัด COD ดีที่สุดคือร้อยละ 88.23 ผลการทดลองจากการศึกษานี้จะถูกนำไปใช้ในส่วนถัดไป และส่วนที่ 2 ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส พบว่าการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสมีประสิทธิภาพการบำบัด COD BOD SS และ Turbidity คือเฉลี่ยร้อยละ 83.33 80.13 21.42 และ 28.07 ตามลำดับ

สำคัญ :น้ำเสียยางก้อนถ้วย,โฟโตแคทตาไลสิส, ประสิทธิภาพการบำบัด

ABSTACT

This research objective was to study the factors performance of photocatalysis process in the cup lump rubber-wastwater. By creating an experiment for wastewater treatment by beaker fill 500 ml of cup lump rubber-wastwater in a reactor with a UV light source. In the experiments, the factors that could affect performance of photocatalysis process were 4 factors: initial TiO_2 dose, UV reaction time, pH and cup lump rubber-wastewater concentration

In the first part, experiments were carried out to cup lump rubber-wastwater at 500 mL of selected factor on photocatalysis process. The experiments were conducted by varying TiO2 dose at 1, 3, 5, 7, 10 and 15 g, UV reaction time at 1, 2, 4, 6, 8, 10 and 12 hours, pH at 4, 5, 6, 7 and 8 and cup lump rubber-wastewater concentration at 1:0 1:1 1:4 and 1:8. It was found that 5 g of TiO2, 4 hours UV reaction time, pH at 7 and 1:8 of cup lump rubber-wastewater concentration gave the highest COD removal efficiency of 88.23%. The results from this part were used in the next part. In the final part, experiments were carried out to evaluate investigated the performance of photocatalysis process in the cup lump rubber-wastwater. It was found that the average COD, BOD, SS and Turbidity removal efficiency of 83.33% 80.13% 21.42% and 28.07% respectively.

Keywords: Cup lump rubber-wastwater, Photocatalysis, Efficiency

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์ ดร. ภาควิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ยางพาราเป็นพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทย สามารถทำรายได้เข้าประเทศได้ปีละหลายแสนล้านบาท ในปี 2558 ประเทศไทยมีมูลค่าการส่งออกยางพารารวมทั้งสิ้น 170,418.73 ล้านบาท ในขณะที่ปี 2557 ประเทศไทยมีมูลค่าการส่งออกยางพารารวมทั้งสิ้น 193,749.21 ล้านบาท และในปี 2556 ประเทศไทยมีเนื้อที่ปลูกยางพาราประมาณ 22,176,714 ไร่ โดยชาวสวนยางทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือนิยมผลิตยางก้อนถ้วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลิตง่าย กรรมวิธีไม่ยุ่งยาก ต้นทุนต่ำกว่ายางแผ่นดิบ นอกจากนี้มีจุดรับซื้อเพื่อนำไปจำหน่ายต่อโรงงานยางแท่งซึ่งกระจายทั้งทางพื้นที่ ผลผลิตยางก้อนถ้วยทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีปริมาณ 386,173 ตัน และ 55,375 ตัน

การขายยางก้อนถ้วยของเกษตรกร มี 2 ลักษณะ คือ ขายโดยวิธีประมูลตามจุดประมูล ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสงเคราะห์กองทุนการทำสวนยาง (สกย.) หรือการรวมกลุ่มของเกษตรกร และขายให้แก่สถานประกอบกิจการรับซื้อยางก้อนหรือยางก้อนถ้วยและยางแผ่น ซึ่งสามารถขายได้ทุกวันจึงเป็นที่นิยมของเกษตร เนื่องจากไม่ต้องจัดหาสถานที่สะสมยางก้อนเพื่อรอจำหน่ายที่จุดประมูล ดังนั้นสถานประกอบกิจการรับซื้อยางก้อนถ้วยจึงมีกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางการปลูกยางพาราจากที่ผู้ประกอบกิจการฯ รับซื้อยางก้อนถ้วยทุกวัน จึงมีการสะสมยางก้อนถ้วยไว้ที่สถานประกอบกิจการเพื่อรอขนส่งไปจำหน่ายที่โรงงานครั้งละหลายตันเพื่อประหยัดต้นทุนในการขนส่ง ก่อให้เกิดเหตุรำคาญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงสถานประกอบกิจการฯอันเนื่องมาจากกลิ่นเหม็นจากก้อนยางถ้วยและน้ำเสีย น้ำเสียจากยางก้อนถ้วยประกอบไปด้วยสารหลายชนิด เช่นพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต เป็นต้น มีลักษณะเป็นของเหลว ใส สีเหลือง ที่เรียกว่าเซรุ่ม (Serum) เกิดจากการคายของเหลวออกมาจากยางก้อน ทำให้โรงรับซื้อยางก้อนถ้วย ลานประมูลยาง หรือสถานที่ที่ใช้เก็บยางก้อนถ้วย จะพบปัญหาด้านการจัดการน้ำเสียที่เกิดขึ้นจากของเหลวเหล่านั้น ซึ่งผู้ประกอบการบางรายระบายน้ำเสียลงริมคลอง บางรายระบายน้ำเสียลงบนพื้นดิน และ บางรายใช้วิธีการขุดบ่อเก็บพักน้ำเสียไว้ เมื่อน้ำเสียมีปริมาณมากจนเต็มบ่อก็ทำการถมบ่อเก่า และขุดบ่อใหม่เป็นปัญหาอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อชุมชน เช่น การปนเปื้อนของน้ำเสียบนพื้นดิน การปนเปื้อนของน้ำเสียในแหล่งน้ำ ทั้งน้ำใต้ดินและน้ำผิวดินที่เป็นแหล่งน้ำในการอุปโภคและบริโภคในชุมชน เกิดปัญหากลิ่น เหม็นรบกวน เกิดความสกปรก เป็นผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของคนในชุมชน และเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในพื้นที่นั้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในศึกษาการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยโดยใช้กระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา ซึ่งเป็นการบำบัดน้ำแบบวิธีออกซิเดชันแบบก้าวหน้า (Advanced Oxidation Process: AOPs) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการบำบัดน้ำเสีย วิธีนี้อาศัยองค์ประกอบที่มีความไวต่อการออกซิไดซ์ ได้แก่ ไฮดรอกซิลเรดิคอล ซูเปอร์ออกไซด์ และไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ในการย่อยสารอินทรีย์ กระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสอาศัยการทำงานของสารกึ่งตัวนำซึ่งก็คือไทเทเนียมไดออกไซด์กับพลังงานจากแสงพร้อมกับตัวออกซิไดซ์ที่เกิดขึ้นเองระหว่างกระบวนการ ข้อดีของกระบวนการนี้คือ สารกึ่งตัวนำมีราคาถูก ไม่เป็นพิษ และใช้ได้นานโดยไม่สูญเสียประสิทธิภาพ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา โดยผลจากทดลองทำให้ทราบสภาวะที่เหมาะสมของแต่ละปัจจัยในการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาและใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบระบบบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาหาสภาวะที่เหมาะสมในการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา ได้แก่ ปริมาณไทเทเนียมไดออกไซด์ (TiO_2) ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) และความเข้มข้นของน้ำเสีย

2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบำบัด ค่าปริมาณออกซิเจนที่สารเคมีใช้ในการย่อยสลายสารอินทรีย์ (Chemical Oxygen Demand ; COD) ค่าปริมาณออกซิเจนที่จุลชีพใช้ในการย่อยสลายสารอินทรีย์ (Biochemical Oxygen Demand ; BOD) ค่าสารแขวนลอย (Suspended Solids ; SS) และค่าความขุ่น (Turbidity) ในการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา

วิธีการวิจัย

การบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อทำการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยการเร่งปฏิกิริยาด้วยแสงโดยสารใช้ไทเทเนียมได-ออกไซด์ (TiO_2) เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา แบบ Bath ในตู้ปฏิกรณ์ที่มีแหล่งกำเนิดแสง UV และทำการวิเคราะห์คุณลักษณะของน้ำเสียก่อนและหลังทดลอง ซึ่งวิธีการดำเนินการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลทำการรวบรวมข้อมูลเรื่องการบำบัดน้ำเสียกระบวนการ โฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา

2. ตรวจวิเคราะห์คุณลักษณะของน้ำเสียจากกระบวนการผลิตยางก้อนถ้วย ทำการตรวจวิเคราะห์คุณลักษณะของน้ำเสียเพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น

3. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย ได้แก่ ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV ปริมาณไทเทเนียมไดออกไซด์ (TiO2) ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) และความเข้มข้นของน้ำเสีย

3.1 การศึกษาปัจจัยเรื่องระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV นำน้ำเสียยางก้อนถ้วยใส่ในบีกเกอร์ปริมาณ 500 มิลลิลิตร ปรับค่า pH ของน้ำเสียให้เท่ากับ 7 และเติมสาร TiO2 ปริมาณ 5 กรัม ลงไปในบีกเกอร์น้ำเสียและกวนให้เข้ากัน จากนั้นนำไปใส่ตู้แหล่งกำเนิดแสง UV เป็นเวลา 12 ชั่วโมง โดยทำการเก็บตัวอย่างน้ำเสียที่เวลา 0 1 2 4 6 8 10 และ 12 ชั่วโมง ตามลำดับ เพื่อมาวิเคราะห์หาค่า COD

3.2 การศึกษาปัจจัยเรื่องปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ (TiO2) นำน้ำเสียยางก้อนถ้วยใส่ในบีกเกอร์ปริมาณ 500 มิลลิลิตร ปรับค่า pH ของน้ำเสียให้เท่ากับ 7 และเติมสาร TiO2 ปริมาณ 1 กรัม ลงไปในบีกเกอร์น้ำเสียและกวนให้เข้ากัน จากนั้นนำไปใส่ตู้แหล่งกำเนิดแสง UV ตามระยะเวลาที่ดีที่สุดจากการลดลองในหัวข้อ 3.1 เก็บตัวอย่างน้ำเสียเพื่อมาวิเคราะห์หาค่า COD จากนั้นทำการลดลองซ้ำโดยปรับเปลี่ยนปริมาณ TiO2 ที่เติมลงไปในน้ำเสียเป็น 3 5 7 10 และ 15 กรัม ตามลำดับ

3.3 การศึกษาปัจจัยเรื่องค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) นำน้ำเสียยางก้อนถ้วยใส่ในบีกเกอร์ปริมาณ 500 มิลลิลิตร ปรับค่า pH ของน้ำเสียให้เท่ากับ 4 และเติมสาร TiO2 ตามปริมาณที่ดีที่สุดจากการทดลองในหัวข้อที่ 3.2 ลงไปในบีกเกอร์น้ำเสียและกวนให้เข้ากัน จากนั้นนำไปใส่ตู้แหล่งกำเนิดแสง UV โดยทำการเก็บตัวอย่างน้ำเสียที่ระยะเวลาที่ดีที่สุดจากการลดลองในหัวข้อ 3.1 เพื่อมาวิเคราะห์หาค่า COD จากนั้นทำการลดลองซ้ำโดยปรับเปลี่ยนค่า pH ในน้ำเสียเป็น 5 6 7 และ 8 กรัม ตามลำดับ

3.4 การศึกษาปัจจัยเรื่องความเข้มข้นของน้ำเสีย นำน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่น 1:0 ใส่ในบีกเกอร์ปริมาณ 500 มิลลิลิตร ปรับค่า pH ของน้ำเสียให้เท่ากับค่า pH ที่ดีที่สุดที่ได้จากการทดลองในหัวข้อที่ 3.3 และเติมสาร TiO2 ตามปริมาณที่ดีที่สุดจากการทดลองในหัวข้อที่ 3.2 ลงไปในบีกเกอร์น้ำเสียและกวนให้เข้ากัน

จากนั้นนำไปใส่ตู้แหล่งกำเนิดแสง UV โดยทำการเก็บตัวอย่างน้ำเสียที่ระยะเวลาที่ดีที่สุดจากการลดลองในหัวข้อ 3.1 เพื่อมาวิเคราะห์หาค่า COD จากนั้นทำการลดลองซ้ำโดยปรับเปลี่ยน อัตราส่วนน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นเป็น 1:1 1:4 และ 1:8 ตามลำดับ

4. การศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา ให้นำผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา ได้แก่ ค่า pH ปริมาณสาร TiO2 ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV และความเข้มข้นของน้ำเสีย ที่ได้มากำหนดเป็นปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย เก็บตัวอย่างน้ำเสียเมาวิเคราะห์หาค่า COD BOD SS pH และ Turbidity เพื่อคำนวณประสิทธิภาพของการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากรที่ทำการศึกษา คือ น้ำเสียยางก้อนถ้วยจากโรงรับซื้อยางก้อนถ้วย

2.กลุ่มตัวอย่างประชาชน คือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นจำนวนครั้งของการวิเคราะห์ตัวอย่าง รวม จำนวน 111 ตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การศึกษาหาสภาวะที่เหมาะสมในการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย

- ระยะเวลาสัมผัสแสง UV ที่เหมาะสม เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า COD เมื่อเวลาผ่าน 0 1 2 4 6 8 10 และ 12 ชั่วโมง อย่างละ 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ รวมเป็น 24 ตัวอย่าง

- ปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ที่เหมาะสม เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า COD เมื่อเปลี่ยนปริมาณสารที่เติมลงไป ได้แก่จำนวน 0 1 3 5 7 10 และ 15 กรัม อย่างละ 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ รวมเป็น 21 ตัวอย่าง

- ค่า pH ที่เหมาะสม เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า COD เมื่อเปลี่ยนค่า pH ของน้ำเสียได้แก่ ค่า pH 4 5 6 7 8 และค่า pH ของน้ำเสียเริ่มต้น อย่างละ 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ รวมเป็น 18 ตัวอย่าง

- ความเข้มข้นน้ำเสียที่เหมาะสม เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า COD เมื่อเปลี่ยนความเข้มข้นน้ำเสียก่อนทดลองได้แก่ 1:0 1:1 1:4 และ 1:8 อย่างละ 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 12 ตัวอย่าง และหลังการทดลอง อย่างละ 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 12 ตัวอย่าง รวมเป็น 24 ตัวอย่าง

2.2 การศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย

- เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า COD ก่อนทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 3 ตัวอย่าง และหลังการทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 3 ตัวอย่าง รวมเป็น 6 ตัวอย่าง

- เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า BOD ก่อนทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 3 ตัวอย่าง และหลังการทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 12 ตัวอย่าง รวมเป็น 6 ตัวอย่าง

- เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า SS ก่อนทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 3 ตัวอย่าง และหลังการทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 12 ตัวอย่าง รวมเป็น 6 ตัวอย่าง

- เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ค่า Turbidity ก่อนทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 3 ตัวอย่าง และหลังการทดลอง 1 ตัวอย่าง ทำ 3 ซ้ำ เป็น 12 ตัวอย่าง รวมเป็น 6 ตัวอย่าง

เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1. ตู้ปฏิกรณ์โดยใช้หลอดไฟ Blacklight เป็นแหล่งกำเนิดแสง UV ขนาด 60x60 เซนติเมตร

2.ชุดเครื่องแก้วและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ใส่สารเคมีเพื่อวิเคราะห์หาค่า COD BOD SS และ Turbidity

3. สารเคมีต่างๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาค่า COD BOD SS และ Turbidity

4. ตู้ HOT Air Oven ควบคุมอุณหภูมิ 150 องศาเซลเซียส

5. ตู้ควบคุมอุณหภูมิ (Incubator) ที่ควบคุมอุณหภูมิได้ 20 องศาเซลเซียส

6. เครื่องมือตรวจวัดค่า pH

7. เครื่องมือตรวจวัดค่า Turbidity

8. แบบบันทึกข้อมูลการเก็บตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.การเก็บตัวอย่างน้ำเพื่อทำการวิเคราะห์ นำน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ได้จากการทดลองมาพักเก็บไว้ในที่มืดทึบแสงประมาณ 30-60 นาที เพื่อให้สารไทเทเนียมไดออกไซด์ตกตะกอน จึงเก็บตัวอย่างน้ำเสียแบบจ้วง (Grab sample) โดยใช้ ปิเปตต์ดูดน้ำเสีย และทำการตรวจวิเคราะห์ทันที หากไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ได้จะเก็บไว้ที่อุณหภูมิ 4-5 องศาเซลเซียส

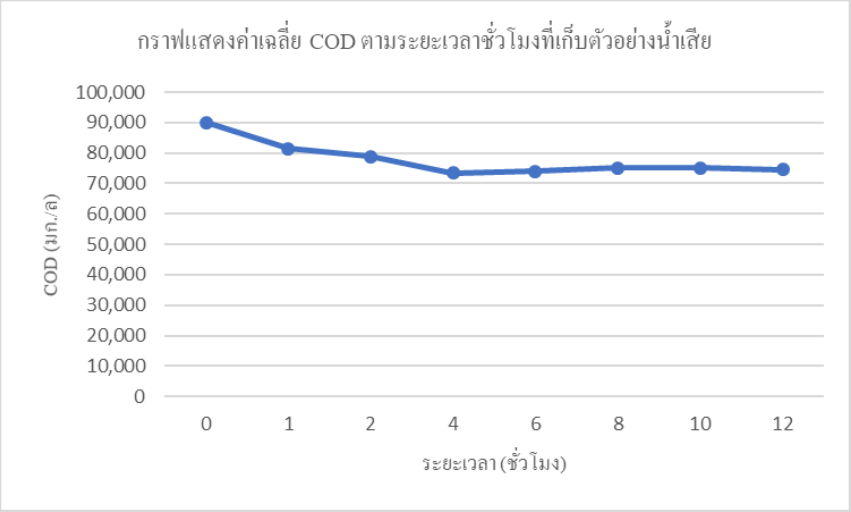
2. วิธีการตรวจวิเคราะห์ ทำการวิเคราะห์ที่ห้องปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์สำหรับการวิเคราะห์เป็นไปตามวิธีการมาตรฐานการวิเคราะห์น้ำและน้ำเสียตาม Standard Methods for the examination of water and wastewater 22th ed. (2012)

ผลการศึกษา

1. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย ด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส โดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา

1.1 ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV จากการศึกษาพบว่า ลักษณะของน้ำเสียยางก้อนถ้วยเมื่อเวลาผ่านไปตั้งแต่ชั่วโมงที่ 0-12 สีของน้ำเสียมีสีที่จางลง น้ำเสียมีลักษณะใสขึ้น น้ำเสียยางก้อนถ้วยที่นำมาทดลองมีค่าเฉลี่ย COD เริ่มต้นที่ 90,026.67 มิลลิกรัม/ลิตร เมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ย COD ลดลงมามากที่สุดเหลือเท่ากับ 73,493.33 มิลลิกรัม/ลิตร ประสิทธิภาพการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 18.36 และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 ชั่วโมง ค่า COD และประสิทธิภาพการบำบัดมีแนวโน้มที่จะคงที่ ตามที่แสดงไว้ในภาพที่ 1

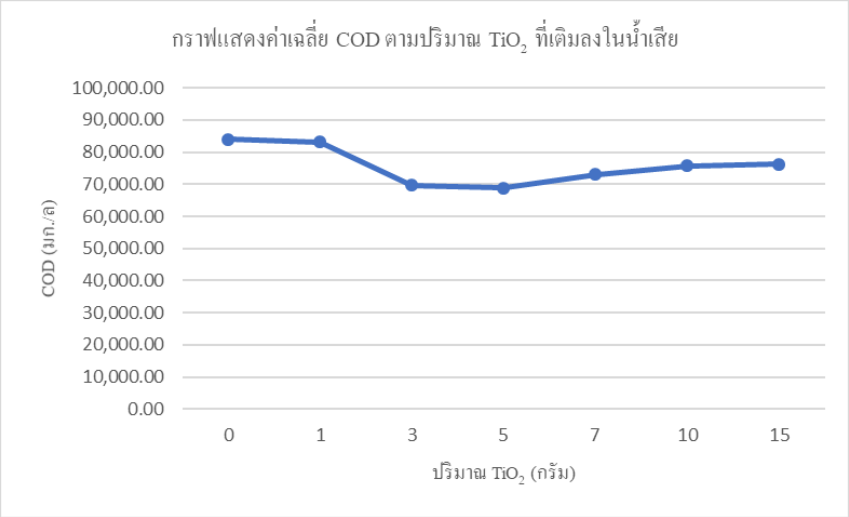
ภาพที่ 1 กราฟแสดงค่าเฉลี่ย COD ของน้ำเสียยางก้อนถ้วยตามระยะเวลาชั่วโมงที่เก็บตัวอย่างน้ำเสีย



1.2 ปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ (TiO_2) จากการศึกษาพบว่า น้ำเสียยางก้อนถ้วยที่นำมาทดลองมีค่าเฉลี่ย COD เริ่มต้นเท่ากับ 84,000 มิลลิกรัม/ลิตร ได้ทำการทดลองปรับเปลี่ยนปริมาณสาร TiO_2 ที่เติมลงในน้ำเสียตั้งแต่ปริมาณ 1 3 5 7 10 และ 15 กรัม ตามลำดับ ระยะเวลาสัมผัสแสง UV อยู่ที่ 4 ชั่วโมง พบว่าสาร TiO_2 ปริมาณ 5 กรัม ที่เติมลงไปในน้ำเสียสามารถลดค่า COD ลดลงมามากที่สุดเฉลี่ยเหลืออยู่เท่ากับ 68,800 มิลลิกรัม/ลิตร ประสิทธิภาพการบำบัดคิดเป็นร้อยละ

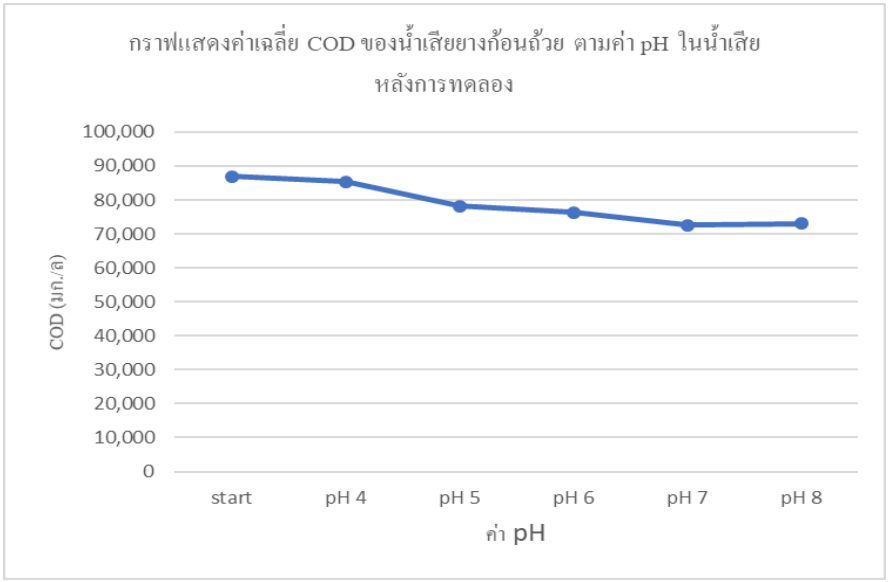
18.09 และเมื่อเพิ่มปริมาณสาร TiO_2 เป็น 7 10 และ 15 กรัม ประสิทธิภาพการบำบัดอยู่ที่ร้อยละ 12.38 12.38 และ 7.3 ตามลำดับ โดยประสิทธิภาพการบำบัดมีแนวโน้มที่ลดลง ตามที่แสดงไว้ในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กราฟแสดงค่าเฉลี่ย COD ของน้ำเสียยางก้อนถ้วยตามปริมาณ TiO_2 ที่เติมลงในน้ำเสีย



1.3 ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) จากการศึกษาพบว่า น้ำเสียยางก้อนถ้วยที่นำมาทดลองมีค่าเฉลี่ย COD เท่ากับ 86,933.33 มิลลิกรัม/ลิตร ได้ทำการทดลองปรับเปลี่ยนค่า pH ของน้ำเสียเป็น 4 5 6 7 และ 8 ตามลำดับ เติมสาร TiO2 ปริมาณ 5 กรัม และระยะเวลาสัมผัสแสง UV อยู่ที่ 4 ชั่วโมง โดยน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ปรับค่า pH เท่ากับ 7 สามารถลดค่า COD ลดลงมามากที่สุด เหลือเฉลี่ยเท่ากับ 72,533.33 มิลลิกรัม/ลิตร ตามที่แสดงไว้ในภาพที่ 3 ประสิทธิภาพการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 16.54

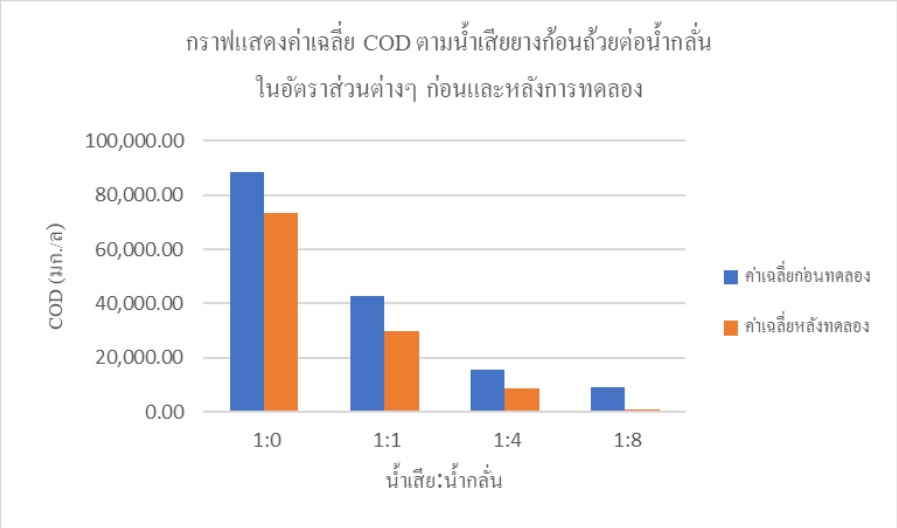
ภาพที่ 3 กราฟแสดงค่าเฉลี่ย COD ของน้ำเสียยางก้อนถ้วยตามค่า pH ในน้ำเสียหลังการทดลอง



1.4 ความเข้มข้นของน้ำเสีย จากการศึกษาพบว่า น้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:0 มีค่าเฉลี่ย COD เท่ากับ 88,533.33 มิลลิกรัม/ลิตร ได้ปรับค่า pH ของน้ำเสียเท่ากับ 7 เติมสาร TiO2 ปริมาณ 5 กรัม และระยะเวลาสัมผัสแสง UV อยู่ที่ 4 ชั่วโมง นั้น สามารถลดค่าเฉลี่ย COD ให้เหลือ เท่ากับ 73,600 มิลลิกรัม/ลิตร ประสิทธิภาพการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 16.87 น้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:1 มีค่าเฉลี่ย COD เท่ากับ 42,666.67 มิลลิกรัม/ลิตร ในปัจจัยทดลองสภาวะเดียวกันสามารถลดค่าเฉลี่ย COD ให้เหลือเท่ากับ 29,866.67 มิลลิกรัม/ลิตร ประสิทธิภาพการบำบัดคิดร้อยละ 30.00

น้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:4 มีค่าเฉลี่ย COD เท่ากับ 15,466.67 มิลลิกรัม/ลิตร ในปัจจัยทดลองสภาวะเดียวกันสามารถลดค่าเฉลี่ย COD ให้เหลือเท่ากับ 8,533.33 มิลลิกรัม/ลิตร ประสิทธิภาพการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 44.83 และน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:8 มีค่าเฉลี่ย COD เท่ากับ 9,066.66 มิลลิกรัม/ลิตร ในปัจจัยทดลองสภาวะเดียวกันสามารถลดค่าเฉลี่ย COD ให้เหลือเท่ากับ 1,066.มิลลิกรัม/ลิตร ประสิทธิภาพการบำบัดคิดเป็นร้อยละ 88.23 ตามที่แสดงไว้ในภาพที่ 4

ภาพที่ 4 กราฟแสดงค่าเฉลี่ย COD ตามน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วนต่างๆ ก่อนและหลังการทดลอง



2. การศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา จากการศึกษาพบว่า น้ำเสียที่นำมาทดลอง(น้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:8) มีค่าเฉลี่ย COD เท่ากับ 9,600 มิลลิกรัม/ลิตร มีค่าเฉลี่ย BOD เท่ากับ 5,200 มิลลิกรัม/ลิตร มีค่าเฉลี่ย SS เท่ากับ 2,333.33 มิลลิกรัม/ลิตร มีค่าเฉลี่ย Turbidity เท่ากับ 259 NTU และมีค่า pH เฉลี่ยเท่ากับ 7.01 ได้ปรับค่า pH ของน้ำเสียให้เท่ากับ 7 เติมสาร TiO_2 ปริมาณ 5 กรัม และระยะเวลาสัมผัสแสง UV อยู่ที่ 4 ชั่วโมง นั้นสามารถลดค่าเฉลี่ย COD ให้เหลือเท่ากับ 1,600 มิลลิกรัม/ลิตร มีประสิทธิภาพการบำบัดร้อยละ 83.33 ลดค่าเฉลี่ย BOD ให้เหลือเท่ากับ 1,033.33 มิลลิกรัม/ลิตร มีประสิทธิภาพการบำบัดร้อยละ 80.13 ลดค่าเฉลี่ย SS ให้เหลือเท่ากับ 1,833.33 มิลลิกรัม/ลิตร มีประสิทธิภาพการบำบัดร้อย 21.42 ลดค่าเฉลี่ย Turbidity ให้เหลือเท่ากับ 186.3 NTU มีประสิทธิภาพการบำบัดร้อยละ 28.07 และค่า pH เพิ่มขึ้นมาเท่ากับ 7.18

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย ด้วยกระบวนการโฟโตแคทาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา

1.1 ระยะเวลาของการสัมผัสแสง UV จากการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย ด้วยกระบวนการโฟโตแคทาไลสิส ตั้งแต่เวลา 0 1 2 4 6 8 10 และ 12 ชั่วโมง พบว่าระยะเวลาการสัมผัสแสง UV ที่ 4 ชั่วโมงมีประสิทธิภาพการบำบัด COD สูงสุดเท่ากับร้อยละ 18.36 และเมื่อเวลาผ่านไปประสิทธิภาพการบำบัดมีแนวโน้มที่คงที่ เนื่องมาจากเมื่อเวลาผ่านไป 4 ชั่วโมง พื้นผิวของ TiO_2 เริ่มเกิดการอิ่มตัวจึงส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการโฟโตแคทาไลสิส เพราะ TiO_2 เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาซึ่งเป็นของแข็งที่มีพื้นที่ผิวเป็นที่เกาะจับจึงเป็นตัวดูดซับ(Adsorbent) โมเลกุลหรือสารมลพิษในน้ำเสียจึงถูกดูดซับไปเกาะที่พื้นผิวของ TiO_2 และเมื่อได้รับพลังงานกระตุ้นจากแสงก็จะเกิด

กระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสและเกิดการย่อยสลายโมเลกุลหรือสารพิษในน้ำเสียที่พื้นผิวของ TiO_2 อย่างไรก็ตามเมื่อ TiO_2 ดูดซับโมเลกุลหรือสารมลพิษจนเต็มพื้นที่ผิวแล้ว ถึงจะได้รับพลังงานกระตุ้นจากแสงก็ไม่สามารถไปย่อยสลายโมเลกุลหรือมลพิษที่ยังเหลืออยู่ในน้ำเสียต่อไปได้

1.2 ปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ (TiO_2) จากการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส ตั้งแต่ TiO_2 ปริมาณ 1 3 5 7 10 และ 15 กรัมที่เติมลงไปในน้ำเสีย พบว่าปริมาณ TiO_2 5 กรัม มีประสิทธิภาพการบำบัด COD สูงสุดเท่ากับร้อยละ 18.06 โดยปริมาณสาร TiO_2 เป็นสัดส่วนโดยตรงต่อกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส อย่างไรก็ตามเมื่อปริมาณสาร TiO_2 มีปริมาณสูงกว่าระดับ Certain (จุดอิ่มตัว) กระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสก็จะมีประสิทธิภาพที่ลดลง โดยปริมาณส่วนเกินของสาร TiO_2 จะทำให้มีความทึบแสงมากขึ้น แสงที่ส่องผ่านไปยังตัวเร่งปฏิกิริยาลดจะลง ทำให้ความสามารถการเร่งปฏิกิริยาด้วยแสงลดลง จึงทำให้กระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสมีประสิทธิภาพที่ลดลงตาม โดยในการทดลองเมื่อเพิ่มปริมาณสาร TiO_2 ที่เติมลงไปในน้ำเสียยางก้อนถ้วยเป็น 7 10 และ 15 กรัม พบว่ามีประสิทธิภาพการบำบัด COD ลดลงเหลือร้อยละ 13.02 9.84 และ 9.20 ตามลำดับ

1.3 ค่าความเป็นกรดด่าง (pH) จากการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย ด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสตั้งแต่ค่า pH ของน้ำเสีย 4 5 6 7 และ 8 พบว่า ค่า pH ของน้ำเสียเท่ากับ 7 มีประสิทธิภาพการบำบัด COD สูงสุด เท่ากับร้อยละ 16.54 โดยค่า pH ของน้ำเสียมีผลต่อกระบวนการโฟโตแคทตาไล สิสอย่างมาก ค่า pH ของสารละลายมีผลต่อการเปลี่ยนค่าประจุบนพื้นผิวของตัวเร่งปฏิกิริยา ค่า pH ที่เปลี่ยนแปลงไปสามารถเพิ่มหรือลดปริมาณไฮดรอกไซด์ไอออนที่พื้นผิวซึ่งมีผลต่อการเกิดไฮดรอกซิลเรดิคอล ทั้งนี้ค่า Point of zero charge (pzc) ของ TiO_2 คือ 6.25 ดังนั้นในสภาวะที่เป็นกรด (pH<6.25) ประจุบนผิว TiO_2 ก็จะเป็นบวก แต่ถ้าสภาวะที่เป็นด่าง (pH>6.25) ประจุบนผิว TiO_2 ก็จะเป็นลบ ดังนั้น ค่า pH 7 ในการทดลองมีสภาวะที่เป็นด่าง จึงมีประสิทธิภาพการบำบัดที่ดีเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของไฮดรอกไซด์ไอออน

1.4 ความเข้มข้นของน้ำเสีย จากการศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วย ด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสตั้งแต่ค่าความเข้มข้นของน้ำเสียต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:0 1:1 1:4 และ 1:8 พบว่า ในอัตราส่วนเท่ากับ 1:8 มีประสิทธิภาพการบำบัด COD สูงสุดเท่ากับร้อยละ 88.23 เนื่องจากน้ำเสียก้อนถ้วยมีลักษณะที่ใสขึ้นทำให้แสง UV ส่องผ่านน้ำเสียยางก้อนถ้วยไปยังหน้าผิวหน้าพื้นผิวของตัวเร่งปฏิกิริยาได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลดีต่อกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส และค่า COD เริ่มต้นของน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ค่าที่ลดลงโดยอัตราการเกิดปฏิกิริยาของ TiO_2 ต่อความเข้มข้นของสารปนเปื้อนในน้ำหรือการสลายตัวของสารมลพิษบางอย่างด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสขึ้นอยู่กับลักษณะความเข้มข้นและสารประกอบอื่นๆ ที่รวมกันอยู่ในน้ำ และความเข้มข้นสูงของมลพิษในน้ำเสียจะทำให้พื้นผิวของ TiO_2 เกิดการอิ่มตัวได้เร็วจึงลดประสิทธิภาพของกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส นอกจากนี้ความเข้มข้นของสารปนเปื้อนหรือสารมลพิษในน้ำเสียแล้วโครงสร้างทางเคมีของสารประกอบเป้าหมายก็ส่งผลต่อประสิทธิภาพต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส ตัวอย่างเช่น 4-chlorophenol ต้องใช้เวลาในการรับแสงนานเนื่องจากจะย่อยสลายเป็น Intermediates compared แต่กรดออกซาลิกจะย่อยสลายเป็นสารคาร์บอนไดออกไซด์ น้ำ และธาตุที่สมบูรณ์ได้เลย

2. ประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยา จากการศึกษาพบว่า ในความเข้มข้นน้ำเสียยางก้อนถ้วยต่อน้ำกลั่นในอัตราส่วน 1:8

ปริมาณ 500 มิลลิลิตร ค่า pH เท่ากับ 7 ใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เติมลงไป 5 กรัม และระยะเวลาการสัมผัสแสง UV ที่ 4 ชั่วโมง พบว่า มีประสิทธิภาพการบำบัด COD BOD SS และ Turbidity สูงสุด เท่ากับร้อยละ 83.33 80.13 21.42 และ 28.07 ตามลำดับ ค่า pH น้ำเสีย เท่ากับ 7.18 จากการศึกประสิทธิภาพบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาจะเห็นได้ว่า เมื่อน้ำเสียยางก้อนถ้วยมีความเข้มข้นลดลงจะทำให้น้ำเสียมีลักษณะที่เปลี่ยนไปคือ น้ำเสียมีลักษณะที่ใสขึ้นและมีค่ามลพิษที่ลดลง จึงส่งผลให้มีประสิทธิภาพการบำบัดที่ดี แต่ถ้านำน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ยังไม่ได้ลดความเข้มข้นหรือหรือน้ำเสียยางก้อนถ้วยเริ่มต้นมาบำบัดด้วยวิธีนี้เลยจะได้ประสิทธิภาพการบำบัดที่ไม่ดี โดยจากทดลองมีประสิทธิภาพการบำบัด COD ร้อยละ 16.87 เท่านั้น หากจะนำน้ำเสียยางก้อนถ้วยมาบำบัดจริงด้วยกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยานั้น ไม่ควรนำน้ำเสียยางก้อนถ้วยไปเจือจางหรือผสมกับน้ำเปล่าหรือน้ำชนิดอื่นๆเข้าด้วยกันเพื่อลดความเข้มขันของน้ำเสียเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพการบำบัดที่ดี เพราะจะเป็นการเพิ่มปริมาณน้ำเสียที่เกิดขึ้น เมื่อน้ำเสียเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายในการบำบัดก็จะเพิ่มขึ้นมาเช่นเดียวกัน ดังนั้นควรเป็นน้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ผ่านการบำบัดมาแล้วในระดับหนึ่งแต่ยังมีค่าความสกปรกหรือค่า COD ที่สูงเพื่อให้ลักษณะน้ำเสียยางก้อนถ้วยนั้นมีลักษณะเหมือนหรือคล้ายกับน้ำเสียที่ถูกลดความเข้มข้นลงตามการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดน้ำเสียที่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การที่จะนำกระบวนการโฟโตแคทตาไลสิสโดยใช้ไทเทเนียมไดออกไซด์เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาไปใช้บำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยได้จริงนั้น น้ำเสียยางก้อนถ้วยควรผ่านการบำบัดมาแล้วในระดับหนึ่งหรือมีลักษณะของน้ำเสียที่ใส ความขุ่นน้อย แสงส่องไปน้ำเสียได้ ใกล้เคียงกับลักษณะน้ำเสียยางก้อนถ้วยอัตราส่วน 1:8 ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากน้ำเสียยางก้อนถ้วยเริ่มต้นจะเห็นว่าน้ำมีลักษณะของน้ำเป็นสีดำเข้ม มีความขุ่น มีตะกอนสีดำจับตัวลอยเป็นแผ่นบนผิวน้ำ น้ำมีความสกปรก มีการปนเปื้อนของสารอินทรีย์ที่สูง ซึ่งจะเห็นได้จากค่า COD และ BOD ที่ค่าเท่ากับ 88,000 และ 49,500 มิลลิลิตร ดังนั้นจึงได้เสนอการบำบัดน้ำเสียยางก้อนถ้วยควรมีขั้นตอนการบำบัดดังนี้ (ตามที่แสดงไว้ในภาพที่ 5)

1. การดักด้วยตะแกรง น้ำเสียยางก้อนถ้วยที่ไหลมาจากพื้นที่กิจกรรมต่างๆในสถานประกอบการจะมีพวกเศษไม้ ใบไม้ และเศษอื่นๆ ดังนั้นในรางน้ำเสียควรมีตะแกรงกั้นไว้ก่อนที่น้ำเสียจะไหลเข้าสู่ระบบบำบัด

2. การตกตะกอน เมื่อน้ำเสียเข้าสู่ระบบบำบัดน้ำเสียจะไหลเข้าสู่ถังตกตะกอน เพื่อทำให้ของแข็งหรือสารแขวนลอยในน้ำเสียตกตะกอน ส่งผลให้น้ำมีความขุ่น สีปรากฏ (Apparent Color) ลดลง

3. การปรับค่า pH ของน้ำเสีย เมื่อน้ำเสียไหลออกมาจากถังตกตะกอน1 จะไหลเข้าสู่ถังปรับสมดุล และปรับค่า pH ของน้ำเสียให้เท่ากับ 7 โดยการเติมน้ำปูนขาวลงไป เพื่อเตรียมสภาวะของน้ำเสียให้เหมาะสมต่อการทำงานของถังกรองไร้อากาศ และกระบวนการโฟโตแคทไตไลสิส

4. การบำบัดน้ำเสียแบบไร้อากาศ เมื่อน้ำเสียไหลออกมาจากถังปรับสมดุลจะไหลเข้ามาในถังกรองแบบไร้อากาศเพื่อทำการบำบัดมลพิษในน้ำเสียให้ลดลงและกลิ่นของน้ำเสีย และระหว่างบำบัดจะทำให้เกิดก๊าซชีวภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อได้

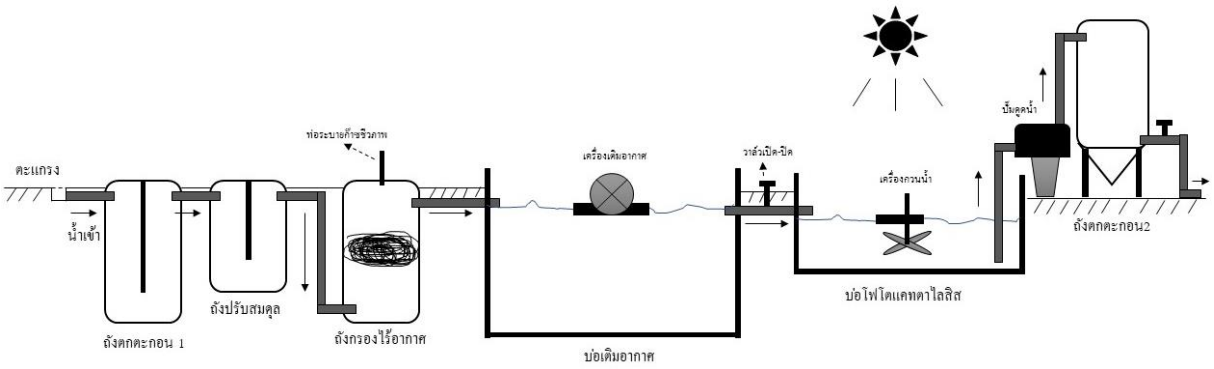
5. การบำบัดน้ำเสียแบบเติมอากาศ เมื่อน้ำเสียไหลออกมาจากถังกรองแบบไร้อากาศจะไหลเข้ามาในบ่อเติมอากาศเพื่อทำการบำบัดมลพิษในน้ำเสียให้ลดลง

6. กระบวนการโฟโตแคทตาไลสิส เมื่อน้ำเสียถูกปล่อยออกมาจากบ่อเติมอากาศ เข้าเสียจะไหลมาเข้าบ่อโฟโตแคทตาไลสิส จะเติมไทเทเนียมไดออกไซด์ลงไปเพื่อเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาโดยใช้พลังงานแสงจากดวงอาทิตย์เพื่อทำการบำบัดมลพิษในน้ำเสียให้ลดลง โดยปริมาณสารที่

เติมลงไปและระยะเวลาสัมผัสแสงควรมีการศึกษาอีกครั้ง เพื่อให้ได้สภาวะที่เหมาะสมกับลักษณะน้ำเสีย ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพกำบัดที่ดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายลง เนื่องจากปริมาณสารไทเทเนียมไดออกไซด์ที่ใช้เติมลงไปในน้ำเสียอาจจะลดลง

7. การตกตะกอน เมื่อน้ำเสียเข้าสู่ถูกสูบมาจากบ่อโฟโตแคทตาไลสิส จะไหลเข้าสู่ถังตกตะกอน2 เพื่อทำให้ไทเทเนียมไดออกไซด์ในน้ำเสียตกตะกอน แล้วจึงปล่อยน้ำทิ้งออกไป

ภาพที่ 5 การออกแบบระบบบำบัดน้ำเสีย



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านอาจารย์ ดร.พฤกษ์ ตัญตรัยรัตน์ ที่ให้ความรู้และคำแนะนำในการทำวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวกในการใช้วัสดุอุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. **ตำราระบบบำบัดมลพิษน้ำ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงาน พระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 2554.

2. การยางแห่งประเทศไทย. **หลักปฏิบัติเกษตรดีที่เหมาะสมสาหรับการผลิตยางก้อนถ้วย.** [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.raot.co.th/ewt_dl_link.php?nid=5327

3. บูรณา นวพิพัฒน์พงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียยางก้อนถ้วย. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.** 2562;12(1):477-488.

3. สถาบันวิจัยยาง การยางแห่งประเทศไทย. **สถิติยางไทย.** [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 สิงหาคม 2560] เข้าถึงได้จาก: http://www.rubberthai.com/statistic/stat_index.htm

4. Bahnemann D. Photocatalytic Water Treatment: Solar Energy Applications. **Solar Energy**. 2004;77: 445-459.

5. Chong M.N., Jin B., Chow C.W.K. & Saint C. Recent Developments in PhotocatalyticWater Treatment Technology: A Review. **Water Resources.** 2010;44:2997-3027.

6. Chong M.N., Lei S., Jin B., Saint C. & Chow C.W.K. Optimisation of an Annular PhotoreactorProcess for Degradation of Congo Red using a newly Synthesized TitaniaimPregnated Kaolinite Nano-photocatalyst. **Separation and Purification Technology**. 2009;67:355-363.

7. D.E. Meeroof, F Bloetscher, D.V. Reddy, Frane, O Gasnier, S Jain, A McBarnette, & H Hamaguchi. Application of photochemical technologies for treatment of landfill leachate. **Journal of Hazardous Materials.** 2012;209-210:199-307.

8. Gaya U.I. & Abdullah A.H. Heterogeneous Photocatalytic Degradation of Organic Contaminants over Titanium Dioxide: A Review of Fundamentals, Progress and Problems. **Journal of Photochemistry and Photobiology C Photochemistry Reviews.** 2008**;**9:1-12.

9. Kosmulski M. pH-dependent Surface Charging and Points of Zero Charge: III. Update. **Journal of Colloid Interface Science.** 2006**;**298:730-741.

10. Saquib M. & Muneer M. TiO_2-mediated Photocatalytic Degradation of a TriphenylMethane Dye (Gentian Violet), in Aqueous Suspensions. **Dyes and Pigments.** 2003;56:37-49.

11. Wang W-Y. & Ku Y. (2007). Effect of solution pH on the adsorption and photocatalytic reactionbehaviors of dyes using TiO_2 and Nafion-coated TiO_2. **Colloids and Surfaces A Physicochemical and Engineering Aspects.** 2007;302:261-268

สัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่น ๆ ของเกษตรกรในจังหวัดสุโขทัย

Proportion of income from tobacco production compared with other crops on tobacco farmers in Sukhothai.

สุนารี ทะน๊ะเป็ก[1], กษมา ภูสีสด[2]*, สาโรจน์ นาคจู[3]

Sunaree Tanapek, Kasama Pooseesod, Saroj Nakju

(Received: April 30,2019; Accepted: May 9,2019)

บทคัดย่อ

ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิต แต่ยาสูบซึ่งเป็นวัตถุดิบสำคัญในการผลิตบุหรี่นั้นยังคงเป็นหนึ่งในพืชเศรษฐกิจที่สร้างรายได้สูงในหลายประเทศ รวมถึงในหลายพื้นที่ในประเทศไทย โดยงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การเพาะปลูกยาสูบ ในด้านต้นทุนในการเพาะปลูก รายได้เฉลี่ยต่อไร่ และสัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับพืชอื่น ๆ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลและผลกระทบด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในจังหวัดสุโขทัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 280 คน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

จากการศึกษาพบว่า เกษตรกรเพาะปลูกยาสูบร่วมกับพืชอื่น ๆ ร้อยละ 71.8 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบมากกว่า 20 ปี ค่าใช้จ่ายในการเพาะปลูกพืชทุกชนิดในด้านการป้องกันการใช้สารเคมีส่วนใหญ่ คือ ซื้อถังฉีดพ่นสารเคมี เมื่อพิจารณารายได้จากการเพาะปลูกในปี พ.ศ. 2557 มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยการเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากการเกษตรอื่น ๆ 8.4 เท่า ในปี พ.ศ. 2558 มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยการเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากการเกษตรอื่น ๆ 7.3 เท่า และ ในปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยการเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากการเกษตรอื่น ๆ 6.4 เท่า ในด้านผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า คนในครอบครัวเคยมีอาการแสดงเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่มีอาการเวียนศีรษะ และอ่อนเพลีย ผลจากการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่าเกษตรกรในพื้นที่จังหวัดสุโขทัยมีรายได้ส่วนมากจากการเพาะปลูกยาสูบ ดังนั้นการรณรงค์การลดสูบบุหรี่ของภาครัฐ อาจส่งผลกระทบต่อเกษตรกรในจังหวัด ดั้งนั้นภาครัฐควรส่งเสริมการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ ที่มีผลผลิตและรายได้สูงเพื่อทดแทนการปลูกยาสูบ หรือส่งเสริมอาชีพอื่นที่มีรายได้ใกล้เคียงกับการเพาะปลูกยาสูบ เพื่อแก้ไขปัญหารายได้ที่ลดลงให้แก่เกษตรกรในพื้นที่จัดหวัดสุโขทัย

คำสำคัญ: เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ, รายได้จากการเพาะปลูกยาสูบ, สัดส่วนรายได้

ABSTRACT

Although smoking is one of reasons causing death worldwide, tobacco, raw material of cigarette, is one of economic plants in several countries including some area in Thailand. Thus, this research is the survey research that aim to study cultivation type, cost, income from cultivation, the proportion of income from tobacco cultivation compared with that of other plant cultivations , personal factors and health impact of tobacco farmer in Sukhothai province, Thailand. The sample group consists of 280 farmers. The data was collected by interview and the data was analyzed by descriptive statistics.

The study reveals that farmer grows tobacco and other plants for 71.8 percent. Mostly, famers grows the tobacco more than 20 years. In terms of cultivation cost, it is found that the cultivation cost regarding chemical protection is to buy the spray tank. When considering the income gained from the cultivation in 2014–2016, this study exhibited that the average income from tobacco cultivation was higher than from other plants. When considering the proportion of income from tobacco cultivation compared with other agricultural income of each household, they are 8.4, 7.3, and 6.4 times in 2014, 2015, and 2016 respectively. In terms of health impact, it is found that 46.4% of the family members had acute symptoms from exposing to pesticides. Most of

[1] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

[3] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

the symptoms were dizziness and exhaust. In conclusion, the major income of farmer in Sukhothai province comes from tobacco cultivation. The smoking reduction campaign from government may affect the income of farmers in this area. Then, government should promote the cultivation of other economic plants or promote high profit occupation to the farmers in this area in order to reduce the impact of low income from cultivation.

Keyword: Tobacco growers, income from tobacco cultivation, proportion of income

บทนำ

ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจที่สร้างรายได้สูงในหลายประเทศ แต่การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรโลกเสียชีวิต โดยพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้ประชากรโลกเสียชีวิตถึง 3.5 ล้านคนต่อปี โดยพบว่า ทุกๆ 9 วินาที มีผู้เสียชีวิตจากควันบุหรี่ 1 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1]

จากสถานการณ์การเพาะปลูกยาสูบ พบว่าประเทศไทยผลิตใบยาสูบได้เป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคอาเซียน คิดเป็นร้อยละ 17.82 รองจากประเทศอินโดนีเซีย ในฤดูการผลิตปี 2553/2554 ตามรายงานกรมสรรพสามิต พบว่า ประเทศไทยมีการเพาะปลูกยาสูบรวม 185,964 ไร่ มีจังหวัดที่มีการเพาะปลูก 30 จังหวัด โดยภาคเหนือมีการเพาะปลูกมากถึง 10 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ แพร่ พะเยา ลำปาง ลำพูน น่าน สุโขทัย แม่ฮ่องสอน และอุตรดิตถ์[2] จากข้อมูลสรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบว่า จังหวัดสุโขทัยมีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 2 แห่ง มีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก[2] และข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในจังหวัดสุโขทัยทั้งสิ้น 4946 ครัวเรือน ซึ่งเมื่อพิจารณารายอำเภอ พบว่า อำเภอศรีสำโรง เป็นอำเภอที่มีพื้นที่เพาะปลูกมากที่สุด คือ จำนวน 3,293 ราย[3] และจากข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2555 มีผลิตภัณฑ์ภาคเกษตรที่สำคัญของจังหวัดประกอบไปด้วย ข้าว อ้อย ส้มเขียวหวาน ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ถั่วเหลือง ยาสูบ และทุเรียน ด้านปศุสัตว์ ได้แก่ โค และสุกร เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ยาสูบเป็นพืชเศรษฐกิจที่มีความสำคัญของจังหวัดสุโขทัย

ชุมชนในอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัยปลูกยาสูบพันธุ์เบอร์เล่ย์เป็นอาชีพหลักมานานกว่า 50 ปี โดยได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากสถานีใบยาสูบซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐภายใต้การกำกับดูแลของโรงงานยาสูบ กระทรวงการคลังตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมาถึงปัจจุบัน เหตุผลสำคัญที่ชาวไร่เลือกปลูกยาสูบเป็นอาชีพหลัก คือ 1) เป็นการเกษตรในระบบพันธะสัญญาที่มีการรับประกันราคาและปริมาณการรับซื้อที่ชัดเจน 2) ยาสูบเป็นพืชที่ใช้น้ำน้อยและทนแล้ง 3) ยาสูบเป็นพืชที่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่าเมื่อเทียบกับจานวนพื้นที่ที่มีอยู่อย่างจำกัด (ประมาณ 4-10 ไร่ต่อหนึ่งครัวเรือน) และ 4) มีการส่งเสริมด้านวิชาการและเทคโนโลยีการปลูกยาสูบจากสถานีใบยาสูบโดยไม่คิดมูลค่า[4]

จากการศึกษาของสุนารี ทะนี๊ะเป็ก และ มงคล รัชชะ[5] พบว่า เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบมีรายได้จากการปลูกยาสูบเฉลี่ยต่อปี 150,319.149 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้จากการปลูกยาสูบระหว่าง 50,000 – 100,000 บาทต่อปี (ร้อยละ 27.9) ถึงแม้ว่าผู้ปลูกยาสูบจะมีรายได้สูง แต่ผลการศึกษาของ จิรวัฒน์ เจริญสถาพรกุล[6] ที่ได้ศึกษาผลตอบแทนและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์การปลูกยาสูบพันธ์เบอร์เลย์ ในตำบลทับผึ้ง อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย พบว่าการปลูกยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ในปีเพาะปลูก 2551/2552 เกษตรกรขาดทุนเฉลี่ยประมาณ 6,715.29 บาทต่อไร่ ซึ่งผู้ปลูกยาสูบมีต้นทุนแฝงด้านสุขภาพทั้งเป็นเงินสด และไม่เป็นเงินสดจากการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชประมาณ 369.19 บาทต่อไร่ สูงกว่าเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่มีต้นทุน 110.16 บาทต่อไร่ และยังพบว่าสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชที่ใช้เป็นสารเคมีที่อยู่ในกลุ่มมีพิษร้ายแรงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

จะเห็นได้ว่าการเพาะปลูกยาสูบแม้จะสร้างรายได้สูง แต่ต้องแลกเปลี่ยนกับผลกระทบทางสุขภาพทั้งต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบและประชาชนที่บริโภคยาสูบ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่น ๆ

ของเกษตรกรในจังหวัดสุโขทัย เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินสถานการณ์การเพาะปลูกยาสูบและนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการส่งเสริมการเพาะปลูกแก่เกษตรกร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเพาะปลูก ต้นทุนในการเพาะปลูก ผลกระทบด้านสุขภาพ และรายได้เฉลี่ยต่อไร่ของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในจังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อศึกษาสัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับพืชอื่น ๆ ของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในจังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ เกษตรกรที่มีอาชีพปลูกยาสูบ ตำบลทับผึ้ง อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 933 คน จากครัวเรือน 933 ครัวเรือนที่มีการเพาะปลูกยาสูบ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่าง 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านเกาะวงษ์เกียรติ์ เตว็ดนอกและเตว็ดกลาง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณด้วยวิธีของ Yamanae (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 คน โดยมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

สูตร $$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร = 933 คน

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{933}{1 + (933 \times 0.05^2)}$$

$$= 279.91$$

= 280 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการวิจัย โดยทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความเที่ยงความตรงเชิงเนื้อหา การให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจทาน และขอจริยธรรมในการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแบบสอบถามมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 7 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพในครัวเรือน การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเพาะปลูก เป็นข้อคำถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด มีจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับประเภทการเพาะปลูก พื้นที่เพาะปลูก ระยะเวลาการเพาะปลูก พันธุ์ยาสูบ ปัญหาในการเพาะปลูก การได้รับข่าวสารการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช และการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านต้นทุน เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 2 ข้อย่อย คือ ค่าใช้จ่ายในการเพาะปลูก และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 รายได้จากการเพาะปลูก เป็นข้อคำถามทั้งแบบปลายเปิดและปลายปิด มีจำนวน 2 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบและพืชอื่น ๆ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ขั้นเตรียมการ จัดทำแบบสัมภาษณ์ อบรมขั้นตอนการสัมภาษณ์แก่ผู้สัมภาษณ์ และประสานงานหน่วยงานในพื้นที่

2) ขั้นดำเนินการ ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3) ขั้นประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล เขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

คุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Face validity) ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่า Index of item objective congruence (IOC) เกิน 0.5 ทุกข้อ

2) การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทดลองใช้แบบสอบถามในเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบร่วมกับพืชอื่นๆ ในตำบลวังใหญ่ อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่าแบบสัมภาษณ์สัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่นๆ ของเกษตรกรในจังหวัดสุโขทัย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัดส่วน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนตัวแปรแต่ละตัว

สรุปและอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 61.8 และ ร้อยละ 38.2 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 52.75 ปี โดยส่วนใหญ่อายุในช่วงระหว่าง 51–60 ปี ร้อยละ 43.9 มีอายุต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 74 ปี สถานภาพในครัวเรือนของผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 82.2 การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.1 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรสหรืออยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.5 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 3.64 คน ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1–3 คน ร้อยละ 49.4 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนต่ำสุด 1 คน สูงสุด 8 คน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเพาะปลูก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเพาะปลูกยาสูบ

การเพาะปลูก	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเภทการเพาะปลูก (n=280)		
ยาสูบเท่านั้น	79	28.2
ยาสูบร่วมกับพืชอื่น ๆ ได้แก่	201	71.8
ข้าว	188	67.1
พริก	8	2.9
อื่น ๆ	4	1.4
2. จำนวนพื้นที่เพาะปลูก (ไร่) (n=280)		
1–5	62	22.1

การเพาะปลูก	จำนวน	ร้อยละ
6–10	139	49.6
10–15	50	17.9
15– 20	24	8.6
มากกว่า 20	5	1.8
รวม	**280**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**9.23 ± 4.677**	
จำนวนพื้นที่เพาะปลูกต่ำสุด–สูงสุด	**1 – 30**	
2.1 จำนวนพื้นที่เพาะปลูกยาสูบ (ไร่) (n=269)		
1–5	80	28.6
6–10	135	48.2
10–15	49	17.5
15– 20	16	5.7
รวม	**269**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**8.49 ± 3.976**	
จำนวนพื้นที่เพาะปลูกต่ำสุด–สูงสุด	**1 – 20**	
2.2 จำนวนพื้นที่เพาะปลูกพืชอื่น ๆ (ไร่) (n=180)		
1–5	74	41.1
6–10	75	41.7
10–15	17	9.4
15– 20	7	3.9
มากกว่า 20	7	3.9
รวม	**180**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**8.06 ± 6.123**	
จำนวนพื้นที่เพาะปลูกต่ำสุด–สูงสุด	**1 – 50**	
3. ระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบ		
3.1 ระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบ (ปี) (n=266)		
1–5	5	1.9
6–10	11	4.1
10–15	9	3.4
15– 20	45	16.9
มากกว่า 20	196	73.7
รวม	**266**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**28.79 ± 9.701**	
ระยะเวลาการปลูกยาสูบต่ำสุด–สูงสุด	**2 – 52**	
3.2 ระยะเวลาการเพาะปลูกในแต่ละครั้ง (เดือน)		

การเพาะปลูก	จำนวน	ร้อยละ
3.2.1 ระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบในแต่ละครั้ง (เดือน) (n=260)		
1–3	50	19.2
4–6	210	80.8
รวม	**260**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**4.99 ± 1.142**	
ระยะเวลาการปลูกยาสูบแต่ละครั้งต่ำสุด–สูงสุด	**2 – 6**	
3.2.2 ระยะเวลาการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ ในแต่ละครั้ง (เดือน) (n=184)		
1–3	48	26.1
4–6	136	73.9
รวม	**184**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**3.84 ± 0.665**	
ระยะเวลาการปลูกพืชอื่นแต่ละครั้งต่ำสุด–สูงสุด	**2 – 6**	
4. พันธุ์ยาสูบที่ปลูก (n=280)		
เบอร์เล่ย์	270	96.4
พื้นเมือง	3	1.1
อื่น ๆ	7	2.5
รวม	**280**	**100.0**
5. ปัญหาในการเพาะปลูก		
สารเคมีราคาแพง	239	85.4
สารเคมีมีให้เลือกใช้น้อย	27	9.6
สารเคมีไม่มีมาตรฐาน	66	23.6
อื่น ๆ	9	3.2
6. การได้รับข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช		
โทรทัศน์	66	23.6
ร้านจำหน่ายสารเคมี	218	77.9
หนังสือ/ แผ่นพับ/ โปสเตอร์	94	33.6
วิทยุ	69	24.6
เจ้าหน้าที่ทางการเกษตร	263	93.9
เจ้าหน้าสาธารณสุข	71	25.4
เพื่อนบ้าน	83	29.6
อื่น ๆ	39	13.9
7. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน 6 เดือน ที่ผ่านมา (n=280)		
ไม่เคย	53	18.9
เคย	227	81.1
7.1 วิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (n=227)		

การเพาะปลูก	จำนวน	ร้อยละ
ผสม	15	6.6
ฉีดพ่น	55	24.2
ทั้งผสมและฉีดพ่น	157	69.2
รวม	**227**	**100.0**
7.2 ความถี่การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ครั้ง/เดือน) (n=222)		
1 – 2	96	43.2
3 – 4	121	54.5
มากกว่า 4	5	2.3
รวม	**222**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**2.67 ± 1.186**	
คะแนนต่ำสุด–สูงสุด	**1 – 10**	
7.3 ระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ปี) (n=224)		
1–5	7	3.1
6–10	13	5.8
11–15	9	4.0
16– 20	53	23.7
มากกว่า 20	142	63.4
รวม	**224**	**100.0**
ค่าเฉลี่ย,ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	**26.84 ± 10.330**	
ระยะเวลาการใช้สารเคมีต่ำสุด–สูงสุด	**2 – 50**	
7.4 การใช้สารอื่นนอกจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*		
สารที่ผลิตจากธรรมชาติ/ สารชีวภาพ	182	65.0
ปลูกพืชหมุนเวียน	59	21.1
ใช้แมลง เช่น ตัวห้ำ ตัวเบียน	1	0.4

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 1 ในด้านการเพาะปลูกยาสูบ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เพาะปลูกยาสูบร่วมกับพืชอื่น ๆ ร้อยละ 71.8 มีพื้นที่เพาะปลูกเฉลี่ย 9.23 ไร่ โดยส่วนใหญ่มีพื้นที่เพาะปลูก จำนวน 6–10 ไร่ (ร้อยละ 49.6) มีพื้นที่เพาะปลูกยาสูบเฉลี่ย 8.49 ไร่ โดยส่วนใหญ่มีพื้นที่เพาะปลูกยาสูบ จำนวน 6–10 ไร่ (ร้อยละ 48.2) มีพื้นที่เพาะปลูกพืชอื่น ๆ เฉลี่ย 8.06 ไร่ โดยส่วนใหญ่มีพื้นที่เพาะปลูกพืชอื่น ๆ จำนวน 6–10 ไร่ (ร้อยละ 41.7) ในด้านระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบ พบว่า มีระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบเฉลี่ย 28.79 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบ มากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 73.7) ด้านระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบในแต่ละครั้ง พบว่า ในแต่ละครั้งในเวลาเฉลี่ย 4.99 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเพาะปลูกยาสูบในแต่ละครั้ง 4 – 6 เดือน (ร้อยละ 80.8) ด้านระยะเวลาการเพาะปลูกพืชอื่น ๆในแต่ละครั้ง พบว่า ในแต่ละครั้งในเวลาเฉลี่ย 3.84 เดือน โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเพาะปลูกพืชอื่น ๆในแต่ละครั้ง 4 – 6 เดือน (ร้อยละ 73.9) สำหรับพันธุ์ยาสูบที่ปลูก ส่วนใหญ่ปลูกพันธุ์เบอร์เล่ย์ ร้อยละ 96.4 ปัญหาในการเพาะปลูก ส่วนใหญ่มีปัญหาสารเคมีราคาแพง ร้อยละ 85.4

การได้รับข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ได้รับทางเจ้าหน้าที่ทางการเกษตร ร้อยละ 93.9 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน 6 เดือน ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคย ร้อยละ 81.1 วิธีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ใช้วิธีทั้งผสมและฉีดพ่น ร้อยละ 69.2 มีความถี่การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 2.67 ครั้ง/เดือน ส่วนใหญ่มีความถี่ในการใช้ 3 – 4 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 54.5 มีระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉลี่ย 26.84 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้ มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 63.4 การใช้สารอื่นนอกจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่ใช้สารที่ผลิตจากธรรมชาติ/ สารชีวภาพ ร้อยละ 65.0 สอดคล้องกับการศึกษาของสิริภัณฑ์กัญญา เรืองไชยและยรรยงค์ อินทร์ม่วง[7] ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า เกษตรกรร้อยละ 32.89 ได้รับความรู้และการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางการเกษตร และร้อยละ 11.04 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านต้นทุน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านต้นทุน

3.1 ต้นทุนในการเพาะปลูก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของต้นทุนจากการเพาะปลูกของเกษตรกรที่มีอาชีพเพาะปลูกยาสูบ

รายการ	ต้นทุนการเพาะปลูก					
	ยาสูบ (บาท/ปี)		พืชอื่น ๆ (บาท/ปี)		ไม่สามารถแยกประเภทต้นทุนได้ (บาท/ปี)	
	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D	ค่าเฉลี่ย	S.D
1.การป้องกันการใช้สารเคมี						
1.1. ซื้อหน้ากาก	92.5	57.7	141.6	128.1	127.6	103.1
1.2. ซื้อถุงมือ	79.3	73.3	136.2	110.5	203.0	207.2
1.3. ซื้อรองเท้าบู๊ต	187.6	74.5	348.0	155.7	238.4	116.9
1.4. ซื้อเสื้อแขนยาว	219.6	140.8	250.0	129.0	462.4	314.1
1.5. ซื้อกางเกงขายาว	333.8	216.9	320.0	75.8	847.6	763.5
1.6. ซื้อแว่นตา	84.5	56.4	159.0	124.1	140.0	105.1
1.7. ซื้อถังฉีดพ่นสารเคมี	2,273.6	1,668.0	2,583.3	1,701.7	4,409.2	2,302.8
1.8. ซื้อถังผสมสารเคมี	514.6	291.6	1,200.0	.	1,326.1	608.8
1.9. อื่น ๆ					1,625.0	478.7
2. การเพาะปลูก						
2.1. ค่าต้นกล้าหรือเมล็ดพันธุ์	1,326.2	1,678.0	4,182.0	3,931.7	3,316.6	4,457.3
2.2. ค่าปุ๋ย	35,134.3	24,852.9	5,510.6	11,220.4	33,424.0	13,200.5
2.3. ค่าสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช	7,689.2	5,873.3	3,518.8	7,771.3	16,527.3	10,782.8
2.4. ค่าน้ำมันเครื่องยนต์การเกษตร	5,484.6	5,213.0	3,800.8	4,621.1	5,254.5	3,079.0
2.5. ค่าน้ำมันรถเดินทางไปเพาะปลูก	3,052.9	2,803.1	1,200.0	790.4	2,385.7	3,031.5
2.6. ค่าจ้างแรงงาน	19,340.2	12,507.5	9,988.1	19,328.2	22,031.2	15,586.5

2.7. ค่าเช่าที่ดิน	17,888.9	11,997.6	9,535.2	9,188.4	15,133.3	8,886.6
2.8. ค่าเช่าเครื่องยนต์	7,787.1	4,344.3	2,930.0	1,257.3	53,000.0	60,811.1
2.9. ค่าขนส่ง	1,587.3	2,059.4	2,211.2	2,995.1	2,100.0	728.0
2.10. ค่าซ่อมแซมอุปกรณ์	3,615.6	4,872.2	8,841.6	6,349.7	6,000.0	5,399.6
2.11. อื่น ๆ	167.9	1,986.6	17.8	298.8	233.9	3,022.5
รวม	**106,859.7**	**80,767.1**	**56,874.2**	**70,177.3**	**168,785.8**	**133,985.6**

จากตารางที่ 2 ต้นทุนในการเพาะปลูก ในด้านการป้องกันการใช้สารเคมี ต้นทุนจากการเพาะปลูกยาสูบมากที่สุดคือ ซื้อถังฉีดพ่นสารเคมีเฉลี่ย 2,273.6 บาท/ปี **ต้นทุน**จากการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ มากที่สุดคือ ซื้อถังฉีดพ่นสารเคมีเฉลี่ย 2,583.3 บาท/ปี **ต้นทุน**จากการเพาะปลูกพืชที่ไม่สามารถแยกประเภทได้มากที่สุดคือ ซื้อถังฉีดพ่นสารเคมีเฉลี่ย 4,409.2 บาท/ปี ในด้านการการเพาะปลูก **ต้นทุน**จากการเพาะปลูกยาสูบมากที่สุดคือ ค่าปุ๋ยเฉลี่ย 35,134.3 บาท/ปี **ต้นทุน**จากการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ มากที่สุดคือ ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ย 9,988.1 บาท/ปี **ต้นทุน**จากการเพาะปลูกพืชที่ไม่สามารถแยกประเภทได้มากที่สุดคือ ค่าเช่าเครื่องยนต์เฉลี่ย 53,000.0 บาท/ปี สอดคล้องกับวาสนา ศิริชัย[8] ได้ศึกษาต้นทุนการผลิตยาสูบบ่มไอร้อนและผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของเกษตรกร ในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า จำนวนเงินที่ซื้ออุปกรณ์เพาะปลูกยาสูบเฉลี่ย 5,735.96 บาท และวัสดุที่ซื้อสูงสุดคือ สารควบคุมแขนงยาสูบ ปุ๋ยเคมีและสารเคมีป้องกันกำจัดโรค/แมลง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวัฒน์ เจริญสถาพรกุล[6] ได้ศึกษาผลตอบแทนและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์การปลูกยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ในตำบลทับผึ้ง อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย พบว่าต้นทุนที่สำคัญได้แก่ ค่าแรงงาน คิดเป็นร้อยละ 59.85 ซึ่งเป็นเงินสด และไม่เป็นเงินสดร้อยละ 34.87 และ 65.13 ตามลำดับ และไม่สอดคล้องกับ Brad Gross และคณะ[9] ได้ทำการศึกษาต้นทุนการผลิตยาสูบพันธุ์เบอร์เลย์ในรัฐเทนเนสซี่ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคำนวณจากต้นทุนและผลผลิตเฉลี่ยตั้งแต่ปี 2000 พบว่าค่าจ้างแรงงานเป็นต้นทุนหลักในการผลิต การเช่าโควตา โรงเรือน สารเคมี ปุ๋ยและค่าใช้จ่ายอื่นๆ เป็นปัจจัยการผลิตตามลำดับ

3.2 ผลกระทบด้านสุขภาพ

3.2.1 อาการแสดงเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของคนในครอบครัว

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของอาการแสดงเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของคนในครอบครัว (n=280)

อาการแสดงเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยมีอาการแสดง	150	53.6
เคยมีอาการแสดง	130	46.4
ระดับความรุนแรงน้อย		
ไอ	9	6.9
แสบจมูก	15	11.5
เจ็บคอ คอแห้ง	19	14.6
หายใจติดขัด	2	1.5
เวียนศีรษะ	74	56.9

อาการแสดงเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช	จำนวน	ร้อยละ
คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก	25	19.2
ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	14	10.8
ปวดแสบร้อน	1	0.8
ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	2	1.5
ปวดศีรษะ	55	42.3
นอนหลับไม่สนิท	57	43.8
น้ำมูกไหล	3	2.3
อ่อนเพลีย	74	56.9
อาการชา	5	3.8
ใจสั่น	45	34.6
เหงื่อออก	42	32.3
น้ำตาไหล	7	5.4
น้ำลายไหล	2	1.5
ระดับความรุนแรงปานกลาง		
หนังตากระตุก	2	1.5
ตาพร่ามัว	12	9.2
เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	8	6.2
ท้องเสีย	3	2.3
คลื่นไส้อาเจียน	64	49.2
ปวดท้อง	2	1.5
กล้ามเนื้ออ่อนล้า	13	10
เป็นตะคริว	9	6.9
มือสั่น	2	1.5
เดินโซเซ	3	2.3
ระดับความรุนแรงมาก		
ลมชัก	1	0.8
หมดสติ	–	–
ไม่รู้สึกตัว	–	–

* ตอบมากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 ด้านอาการแสดงเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการแสดง ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือเคยมีอาการแสดง ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่มีอาการเวียนศีรษะ และอ่อนเพลีย ร้อยละ 56.9 รองลงมาคือคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 49.2 สอดคล้องกับสิริภัณฑ์กัญญาเรืองไชยและยรรยงค์ อินทร์ม่วง[6] ได้ศึกษาผลกระทบของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ภายหลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เกษตรกรมีอาการทางสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ วิงเวียนศีรษะร้อยละ 61.82 และสอดคล้องกับณิชารีย์ ใจคาวัง[๑] ได้ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจากการใช้สารเคมีในการปลูกยาสูบของเกษตรกรตำบลปากแคว อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่า ในมิติสุขภาพทางกาย เกษตรกรส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใน 7 วันหลังการพ่นสารเคมีกาจัดศัตรูพืช ได้แก่ อาการทางระบบประสาทและการรับความรู้สึกคือที่พบมากคือ เวียนศีรษะ (ร้อยละ 90.4) อาการทางระบบหายใจ ที่พบมากคือ เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 78.4) อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบมากคือ อาการหัวใจเต้นเร็ว / ช้ากว่าปกติ ใจสั่น (ร้อยละ 46.0) อาการทางระบบทางเดินอาหารที่พบมากคือ อาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 79.2) อาการทางระบบอื่น ๆ ที่พบมากคือ ผื่นคันตามร่างกายภายหลังการพ่นสารเคมี และในช่วงการเก็บใบยาสูบ (ร้อยละ 82.4) อาการไม่สบายเนื้อไม่สบายตัว (ร้อยละ 78.4) และยังพบว่า ค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชในยาสูบมากกว่าพืชอื่น ๆ เนื่องจากยาสูบมีโรคและแมลงรบกวนมาก ทำให้ผู้ปลูกยาสูบมีค่าใช้จ่ายในการใช้สารปราบศัตรูพืชต่อไร่และสูงกว่าการปลูกพืชอื่น ๆ ทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการได้รับสารพิษอันตรายมากกว่าการปลูกพืชอื่น ๆอีกด้วย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้เกษตรกรปลูกพืชเศรษฐกิจและพืชทดแทนอื่น ๆ เพื่อเป็นทางเลือกโดยไม่ต้องเสี่ยงกับสารเคมีรุนแรง

ส่วนที่ 4 สัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูก

ตารางที่ 4 รายได้เฉลี่ยต่อไร่และสัดส่วนรายได้จากกการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับพืชอื่นๆ ปี พ.ศ. 2557 – 2559

การเพาะปลูก	รายได้เฉลี่ยต่อไร่ต่อปี (บาท)		
	ปี พ.ศ. 2557	ปี พ.ศ. 2558	ปี พ.ศ. 2559
ยาสูบ	24,916.26	24,251.97	25,952.75
พืชอื่น ๆ	2,965.95	3,315.69	4,043.29
สัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับพืชอื่นๆ	8.4	7.3	6.4

จากตารางที่ 4 เกษตรกรผู้ปลูกยาสูบที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเฉลี่ยต่อไร่ ในปี พ.ศ.2557 เท่ากับ 24,916.26 บาท ในปี พ.ศ.2558 เท่ากับ 24,251.97 บาท และ ในปี พ.ศ.2559 เท่ากับ 25,952.75 บาท ตามลำดับ และเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบมีรายได้จากการปลูกพืชอื่น ๆ เฉลี่ยต่อไร่ต่อปี ในปี พ.ศ.2557 เท่ากับ 2,965.95 บาท ในปี พ.ศ.2558 เท่ากับ 3,315.69 บาท และ ในปี พ.ศ.2559 เท่ากับ 4,043.29 บาท ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบ

เทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่น ๆ ของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยการเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากการเกษตรอื่น ๆ 8.4 เท่า ในปี พ.ศ. 2558 มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยการเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากการเกษตรอื่น ๆ 7.3 เท่า และ ในปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนรายได้เฉลี่ยการเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากการเกษตรอื่น ๆ 6.4 เท่า สอดคล้องกับวาสนา ศิริชัย[๘] ได้ศึกษาต้นทุนการผลิตยาสูบบ่มไอร้อน และผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของเกษตรกร ในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีสัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบกับรายได้จากการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ เฉลี่ย 2.3 เท่า แต่เนื่องจากจังหวัดสุโขทัย มีโรงงานผลิตยาเส้น จำนวน 2 แห่ง มีลักษณะเป็นอุตสาหกรรมครัวเรือนที่ใช้แรงงานคนเป็นหลัก[2] มีเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในจังหวัดสุโขทัยทั้งสิ้น 4,946 ครัวเรือน[3] จึงมีรายได้การเพาะปลูกยาสูบมากกว่ารายได้จากพืชอื่น ๆ หลายเท่า ซึ่งหากทางภาครัฐต้องการจะลดอัตราการผลิตควรมีการทดแทนด้วยการเพาะปลูกหรือ

อาชีพอื่น ๆ ที่ให้ผลตอบแทนใกล้เคียงกับการเพาะปลูกยาสูบ จึงจะทำให้การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ไม่ส่งผลกระทบต่อเกษตรผู้ปลูกยาสูบ และไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมาในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หากทางภาครัฐต้องการลดปริมาณการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ ควรส่งเสริมการเพาะปลูกพืชอื่น ๆ ที่มีผลผลิตและรายได้สูงเพื่อทดแทนการปลูกยาสูบ หรือส่งเสริมอาชีพอื่นที่มีรายได้ใกล้เคียงกับการเพาะปลูกยาสูบ เพื่อแก้ไขปัญหารายได้ที่ลดลงให้แก่เกษตรกร

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรเพิ่มจำนวนผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลเพื่อลดระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิจัย

2.2 ควรศึกษาเพิ่มเติมในด้านต้นทุนทางสุขภาพที่เสียไปจากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยเรื่อง สัดส่วนรายได้จากการเพาะปลูกยาสูบเทียบกับรายได้จากการเกษตรอื่น ๆ ของเกษตรกรในจังหวัดสุโขทัย ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปีงบประมาณ 2559 ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิอันได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ถาวร มาต้น อาจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ อาจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงินและอาจารย์อนุ สุราช ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยพร้อมให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการสร้างเครื่องมือและสนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณ บุคลากรจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จนงานวิจัยดำเนินการเสร็จสิ้นไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อมรรัตน์ โพธิพรรค, มณฑา เก่งการพานิช และคณะ. **แนวทางควบคุมและกำกับการระบาดของยาสูบ**. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ กรุงเทพ, 2550.

2. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์ และคณะ. **สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคนาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2555.** เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ กรุงเทพฯ, 2555.

3. สำนักงานเกษตรจังหวัดศรีสำโรง. **สถิติเพาะปลูกพืชรายเดือนพืชไร่ ประเภทยาสูบ อำเภอ ศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ช่วงเวลาการเพาะปลูกเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2558.** (วันที่เข้าถึงข้อมูล: 15 มีนาคม พ.ศ. 2558).

4. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์ และอดิเรก มีบุญ. **แนวทางการสื่อสารที่พึงประสงค์ของ (ร่าง)พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ ในมุมมองชาวไร่ยาสูบในชุมชนแห่งหนึ่งในอาเภอศรีสาโรง จังหวัดสุโขทัย.** บทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์ในรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการนเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12: วิจัยและนวัตกรรมกับการพัฒนาประเทศ วันที่ 21-22 กรกฎาคม 2559 ณ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก.

5. สุนารี ทะน๊ะเป็ก และมงคล รัชชะ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรปลูกยาสูบ ตำบลทับผึ้ง อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย**. บทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ตีพิมพ์ในรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง “การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพยุค 4.0” วันที่ 18–20 พฤษภาคม 2560 ณ โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท อำเภอพัทยา จังหวัดชลบุรี.

6. จิรวัฒน์ เจริญสถาพรกุล. **ผลตอบแทนและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์การปลูกยาสูบพันธ์เบอร์เลย์ ในตำบลทับผึ้ง อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย**. **วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร.** 2553 (18) : 37–49.

7. สิริภัณฑ์กัญญา เรืองไชย และยรรยงค์ อินทร์ม่วง. **ผลกระทบของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบในตำบลลำห้วยหลัว อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์**. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6** ขอนแก่น. 2554 (18) : 48–60.

8. วาสนา ศิริชัย. **ต้นทุนการผลิตยาสูบบ่มไอร้อน และผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของเกษตรกร ในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่**. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยแม่โจ้ ; 2552.

9. Gross, B. Mundy, D. Witcher, V. and Kenkel, P.L. **Budgeting in Burley Tobacco** [Electronic version]. The University of Tennessee, Agricultural Extension Service. 2015.

10. ฉิชารีย์ ใจคาวัง. **ผลกระทบทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจากการใช้สารเคมีในการปลูกยาสูบของเกษตรกรตำบลปากแคว อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย**. **วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต**. 2559 (4) : 401–16.

ประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นในจังหวัดลำพูน

Experience on Motherhood of Teenage Mothers in Lamphun Province

มัลลิตา กัณทาพันธุ์[1], อรุณรัตน์ ตั้งมั่นคงวรกูล[2]

Mullita Guntapan, Arunrat Tangmunkongvorakul

(Received: Augustl 28,2019; Accepted: September 6,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีในจังหวัดลำพูน จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2559 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นความคิดและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเป็นมารดา อันประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักคือ 1) การยอมรับการตั้งครรภ์ พบว่า มีการรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ในระยะที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่รับรู้ตั้งแต่แรกเกิดจากความสงสัยของการขาดหายของประจำเดือน ในกลุ่มที่รับรู้ล่าช้าพบว่าระยะแรกไม่ได้มีอาการบ่งชี้ใด ๆ จนกระทั่งร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจึงมีการตรวจครรภ์ 2) การยอมรับทารกในครรภ์ พบว่าแม่วัยรุ่นเริ่มมีความผูกพันกับทารกในครรภ์เมื่อสัมผัสได้ถึงการดิ้น และเริ่มมีความกังวลเรื่องความสมบูรณ์แข็งแรงของทารก และ 3) บทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตรพบว่า แม่วัยรุ่นจำต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันและการเลี้ยงดูบุตร โดยเรียนรู้จากการสังเกต และการสอนของคนในครอบครัวและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้เรียนรู้และเข้าใจถึงประสบการณ์ของแม่วัยรุ่น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่วัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ : ประสบการณ์การเป็นมารดา, แม่วัยรุ่น

Abstract

This is a qualitative study using in-depth interviews for data collection. The purpose is to learn the experience of motherhood of 20 teenage mothers aged under 20 years in Lamphun Province. Data collection was conducted from July to December 2016, and used content analysis for interpreting the data. Study results showed three main issues that reflected on thoughts, feelings and actions related to experience of motherhood of teenage mothers, which were 1) Acceptance of Pregnancy: teenage mothers acknowledged their pregnancies in varies of time. Those who acknowledged earlier perceived their pregnancies form the missing periods, while others perceived them from the changes of their bodies; 2) Acceptance of a Fetus: the acceptance of a fetus tended to start from the quickening period and some mothers began to worry whether their babies in the wombs were healthy or had organs deformed; and 3) Motherhood Role and Child Upbringing: teenage mothers had to take more responsibilities in their daily life and child bearing. They had to learn about how to take care of their babies from the advice of their family members and healthcare staff. The study results provide understanding on experience of motherhood of teenage mothers that will be beneficial for the development of service patterns and programs providing to teenagers.

Keyword : Experience on Motherhood, Teenage Mothers

บทนำ

การตั้งครรภ์แต่ละครั้งควรเป็นช่วงเวลาแห่งการเฉลิมฉลองกับการเกิดมาของชีวิตใหม่ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าทุกการเกิดไม่ได้นำมาซึ่งการเฉลิมฉลองเสมอไป เพราะทั่วโลกยังมีการตั้งครรภ์จำนวนหลายล้านรายที่ไม่ได้มาซึ่งการวางแผน และไม่ได้มาซึ่งความพร้อมที่จะเป็นมารดา และไม่มีอะไรน่าเสียใจไปกว่าการตั้งครรภ์นั้นเกิดขึ้นกับวัยรุ่นที่ยังไม่มีความพร้อม และผลที่ตามมามักเป็นความเศร้าสลดต่าง ๆ อาทิเช่น การทำแท้ง การเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง หรือการที่แม่วัยรุ่นต้องออกจากโรงเรียนและต้องทำงานหาเช้ากินค่ำโดยลำพัง ซึ่งปัญหา

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ทราบกันโดยทั่วไปอยู่แล้ว และเป็นปัญหาที่ไม่ควรจะเพิ่มมากขึ้นอย่างที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน[1]

สถานการณ์การคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จากข้อมูลโดยองค์การอนามัยโลกในรายงาน World Health Statistics 2018 ได้ประมาณการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ทั่วโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2559 เฉลี่ยอยู่ที่ 43.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการคลอดอยู่ที่ 33.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน[2] สำหรับในประเทศไทยสถิติสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานว่า ในรอบ 10 ปีหลัง อัตราการคลอดในวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 31.1 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 ขึ้นมาสูงถึง 53.8 ในปี พ.ศ. 2555 และถึงแม้ปัจจุบันอัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องที่ในปี พ.ศ. 2560 อยู่ที่ 39.6 แต่ก็นับว่าอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นไทยสูงกว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่มีค่าเฉลี่ยที่ 16 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยถ้าคิดเป็นจำนวนแล้วประเทศไทยมีแม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ถึงปีละ 84,578 คน และ 2,559 คนมีอายุต่ำกว่า 15 ปี[3] และพบว่ามีแม่วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีร้อยละ 16.9 ที่เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำ[4] ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน พบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 29.0 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนในปี พ.ศ. 2546 เป็น 31.7 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนในปี พ.ศ. 2557 ลดลงมาที่ 28.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนในปี พ.ศ. 2558 และในปี พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 18.18 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน และอายุ 10-14 ปีอยู่ที่ 0.66 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน[5]

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงอยู่ในประเด็นสำคัญอย่างที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันทั้งในระดับประเทศ และในระดับจังหวัด ถึงแม้จังหวัดลำพูนจะมีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลง แต่ค่าดังกล่าวยังเกินกำหนดเกณฑ์มาตรฐานจากองค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังการคลอดของแม่วัยรุ่นไว้ไม่เกินร้อยละ 10 และด้วยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่อาจไม่ได้มีการวางแผน หรือไม่ได้เตรียมพร้อมสำหรับการใช้ชีวิตครอบครัว และการเป็นมารดา ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาวิเคราะห์กรณีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเรื่องประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นโดยการปรับใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาของ N. Jayne and Nancy[6] ที่มีการแบ่งบทบาทการเป็นมารดาเป็น 3 ระยะ คือ 1) การยอมรับการตั้งครรภ์ ที่ถือเป็นภารกิจแรกของการก้าวเข้าสู่การตั้งครรภ์ในภาวะด้านจิตใจ 2) การยอมรับทารกในครรภ์ การรับรู้ ผูกพันว่าทารกในครรภ์คืออีกหนึ่งชีวิตในร่างกาย 3) ความพร้อมสำหรับการเป็นมารดา และกระบวนการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา เพื่อเป็นการสะท้อนมุมมองของแม่วัยรุ่นที่เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นในชีวิต นำไปสู่การสร้างความเข้าใจ ปรับแนวคิดที่มีต่อวัยรุ่นกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมและบุคคลรอบข้าง การเรียนรู้และทำความเข้าใจกับแม่วัยรุ่นยังอาจช่วยลดผลกระทบที่จะตามมาในหลาย ๆ ด้านทั้งตัวของแม่วัยรุ่นเองและบุตรในอนาคต ทั้งทางด้านสุขภาพ การศึกษา เศรษฐกิจ และสังคม และผลการศึกษาสามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เอื้อต่อสร้างความพร้อมให้แก่แม่สำหรับการเลี้ยงดูบุตรให้โตขึ้นอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่น ตั้งแต่ระยะการตั้งครรภ์ ถึงระยะหลังคลอดบุตร

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นในเขตพื้นที่จังหวัดลำพูนตั้งแต่ระยะการตั้งครรภ์ ถึงระยะหลังคลอดบุตรที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในรูปแบบการสนทนาแบบไม่เป็นทางการ (Informal interview)

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ แม่วัยรุ่นระยะหลังคลอดในเขตพื้นที่จังหวัดลำพูนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการลงพื้นที่ติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อคัดรายชื่อแม่วัยรุ่นหลังคลอดในพื้นที่รับผิดชอบที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดในการศึกษานี้คือ 1). เป็นแม่วัยรุ่นสัญชาติไทย อายุต่ำกว่า 20 ปี โดยนับอายุประมาณถึงวันคลอดบุตร 2). เป็นแม่วัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรกอยู่ในช่วงอายุขวบปีแรก 3). เป็นผู้ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดลำพูน 4). เป็นผู้ที่สามารถติดต่อสื่อสาร เข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้ และ5). เป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated data) นั่นคือไม่มีข้อมูล หรือแนวคิดใหม่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่วัยรุ่น แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ช่วงวัยรุ่นที่ผ่านมาและแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถูกสร้างและปรับปรุงมาจากกรอบแนวคิดการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแนวคำถามออกเป็น 3 ระยะตามแนวคิดของ N. Jayne and Nancy โดยแบ่งแนวคำถามออกเป็น 3 ระยะคือ การยอมรับการตั้งครรภ์ การยอมรับทารกในครรภ์ และบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตร โดยการสัมภาษณ์จะดำเนินการไปพร้อมกับการสังเกต โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้บันทึกคือ สมุดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง

ในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์และแนวคำถามการสัมภาษณ์ ได้ถูกสร้างและปรับปรุงมาจากกรอบแนวคิดการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงโดยผู้ศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ซึ่งมีประสบการณ์ในด้านการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนำแบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามไปทดลองใช้กับแม่วัยรุ่นจำนวน 2 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา โดยยึดคุณสมบัติเดียวกันกับอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลจริง นำผลที่ได้จากการทดลองใช้เครื่องมือมาพูดคุยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงแก้ไขสู่การจัดทำแบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามฉบับจริง ที่จะนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษา

สำหรับการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาขอหนังสือลงนามจาก สหสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำพูน และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูล และติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อขอความร่วมมือในการนำลงเยี่ยมบ้านเก็บข้อมูล จากนั้นผู้ศึกษาได้ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอน วิธีการในการเก็บข้อมูล เพื่อประกอบการพิจารณา และตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย มีการลงลายมือชื่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปีจะมีการลงลายมือชื่อของผู้ปกครองในเอกสารแสดงความยินยอมให้บุตรหรือเด็กในปกครองเข้าร่วมโครงการวิจัยร่วมด้วย และนัดหมาย วัน เวลา ในการสัมภาษณ์ จากนั้นจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามวัน โดยสถานที่คือ บ้านของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลเอง ผู้ศึกษาดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยจะมีการขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึกข้อมูล ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและบริบทแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลจนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วนตามประเด็นที่ศึกษาก็จะยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เมื่อเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้แล้วจะนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษาจากแหล่งและมุมมองที่ต่างกัน โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า

ด้านแหล่งข้อมูล (Data triangulation) จากอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลและญาติมาเปรียบเทียบและตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับการสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการบรรยายตามประเด็นสำคัญ (Principal themes) คือ การบรรยาย จัดกลุ่มตามประเด็น หรือหัวข้อสำคัญในการวิเคราะห์ เพื่อเป็นการเชื่อมโยง ร้อยเรียงเรื่องราวตามประเด็นต่าง ๆ นำไปสู่การตอบโจทย์การศึกษาที่ตั้งไว้ และจะมีการใช้คำพูดของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลมาเป็นตัวอย่างเพื่อแสดงว่าข้อมูลนั้นมีความจริง มีหลักฐานที่สามารถตรวจสอบได้ แสดงถึงความน่าเชื่อถือ และชัดเจนของข้อมูลมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสหสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบในประเด็นจริยธรรม เอกสารเลขที่ 087/2559 ลงวันที่ 19 เดือน เมษายน พ.ศ. 2559

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษา สัมภาษณ์ กระทำภายใต้ความยินยอมจากอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลจะได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และรับทราบว่ามีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาในขณะดำเนินการสัมภาษณ์ การนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปอภิปราย หรือตีพิมพ์เผยแพร่ทุก ๆ อย่าง จะกระทำในภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายในการศึกษาภายใต้ขอบเขตที่ได้รับการอนุญาติจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น โดยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ ที่อยู่อาศัย รวมถึงสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล และสำหรับแฟ้มข้อมูลต่าง ๆ ผู้ศึกษาจะเก็บรักษาข้อมูลไว้ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย และจะมีการลบ หรือทำลายข้อมูลภายหลังการเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยแล้วในระยะเวลา 3 ปี ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบได้ของข้อมูล

ผลการวิจัย

อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้มีจำนวน 20 คน ประกอบด้วย แม่วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี จำนวน 3 คน และอายุระหว่าง 16-19 ปี จำนวน 17 คน มีทั้งแม่วัยรุ่นที่ช่วงเริ่มตั้งครรภ์อยู่ในระบบการศึกษาซึ่งมีจำนวน 10 คน และนอกระบบการศึกษาจำนวน 10 คน ทั้งนี้ในแม่วัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษามีความจำเป็นที่ต้องลาออกกลางคันจำนวน 4 คน มี 5 คนพลาดโอกาสศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาและ 1 คนที่ทางโรงเรียนให้พักการเรียนชั่วคราว ด้านครอบครัวของแม่วัยรุ่นหลาย ๆ ครอบครัวอยู่ในรูปแบบครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางกัน อาศัยอยู่กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรืออาศัยอยู่กับญาติ และมี 3 ครอบครัวที่ได้สูญเสียบิดาผู้เป็นเสาหลักของครอบครัวไป ประสบการณ์ในช่วงวัยรุ่นที่ผ่านมาในเรื่องของความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกัน พบว่าการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนยังมีข้อจำกัด และยังขาดความสม่ำเสมอในการสอน จึงมีการหันมาหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงง่าย และครอบคลุมในเรื่องที่ตนอยากรู้ ในส่วนของแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา หรือเรียนถึงระดับชั้นประถมศึกษาพบว่า ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของเพศศึกษา รวมถึงไม่ได้มีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม และในเรื่องของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกพบว่า ส่วนใหญ่เริ่มมีประสบการณ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15-16 ปี และอายุน้อยสุดคือ 12 ปี โดยการป้องกัน และคุมกำเนิดส่วนใหญ่เลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และบางส่วนที่มีการใช้ยาคุมฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีแม่วัยรุ่น 2 คนที่ตั้งครรภ์ซ้ำ

ผู้ศึกษาทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พบว่าอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลได้แสดงให้เห็นความคิด ความรู้สึก การกระทำที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ผ่านการบอกเล่าข้อเท็จจริงของชีวิตผ่านประสบการณ์การเป็นมารดาตั้งแต่ระยะการตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอดบุตร โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

หลักคือ การยอมรับการตั้งครรภ์ การยอมรับทารกในครรภ์ และบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตรดังนี้

การยอมรับการตั้งครรภ์

การยอมรับการตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นการก้าวเข้าสู่การตั้งครรภ์ในช่วงระยะแรกที่แม่ตั้งครรภ์วัยรุ่นจะต้องเผชิญกับภาวะจิตใจ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ และความรู้สึกทั้งด้านบวก และด้านลบ ทั้งในเรื่องของการรับรู้การตั้งครรภ์ ความรู้สึกแรกที่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ การยอมรับการตั้งครรภ์ของตนเอง ครอบครัว และการจัดการกับการตั้งครรภ์เพื่อเข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งในการรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่นอยู่ในระยะที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีการรับรู้ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ระยะแรก จากความสงสัยของการขาดหายของประจำเดือน จึงตัดสินใจตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง และเข้ารับการตรวจยืนยันซ้ำที่สถานบริการทางการแพทย์ ในกลุ่มที่รับรู้การตั้งครรภ์ล่าช้าพบว่าระยะแรกไม่ได้มีอาการแสดงที่บ่งชี้ว่ากำลังตั้งครรภ์ จนต่อมาร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรู้สึกได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จึงเข้ารับการตรวจการตั้งครรภ์ในระยะต่อมา ดังคำบอกเล่าของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล

"ตอนนั้นอายุครรภ์ประมาณ 2 เดือน ประจำเดือนไม่มา ตัดสินใจซื้อชุดตรวจครรภ์มาตรวจเอง ประจำเดือนไม่มา ช่วงเดือนมกรา แล้วน้องลองตรวจช่วงเดือนกุมภา ตรวจแล้วก็ยังบ่าแน่ใจ๋ ก็เลยไปตรวจซ้ำที่คลินิกแล้วก็กลับมาฝากครรภ์ที่ รพ.สต. แล้วทาง รพ.สต. ก็ส่งต่อไปรับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลจ้าว" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"ตอนเริ่มตั้งครรภ์ยังเรียนบ่าจบอยู่ประมาณเทอม 2 ก็ไปเรียนตามปกติ บ่าสู้เลยว่าตัวเองท้องจนเรียนจบ มาสู้ว่าท้อง ตอนเดือนมิถุนา ตอนนั้นท้องได้ประมาณ 6 เดือน เพราะประจำเดือนทุกครั้งก็มาไม่ปกติอยู่แล้ว มาเดือนเว้นเดือน เลยไม่ได้สงสัย ท้องก็ไม่ใหญ่ยังใส่เอวลอยได้ จนหลัง ๆ สู้สึกอืดท้องแปลก ๆ เลยซื้อที่ตรวจครรภ์มาตรวจเอง" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11, 18 ปี)

เมื่อรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นเกิดความรู้สึกทั้งด้านบวก และด้านลบ ในแม่วัยรุ่นที่มีความพร้อม ความต้องการที่จะมีบุตร และได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์ที่ดีจากครอบครัวทั้ง 2 ฝ่าย มาพร้อมกับความรู้สึกดีใจ ยินดีกับการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ในส่วนของการตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อม และไม่ได้รับการยอมรับตั้งแต่แรกที่รับรู้ทั้งจากครอบครัว และตัวของแม่วัยรุ่นเอง จึงต้องเผชิญกับภาวะเครียด เสียใจ ตกใจ สับสน และมีความคิดช่วงขณะหนึ่งที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ และในการฝากครรภ์ครั้งแรกของแม่วัยรุ่นยังพบปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์ มีความละเลยในการที่จะเริ่มต้นฝากครรภ์ครั้งแรก รวมถึงการรับรู้การตั้งครรภ์ที่ล่าช้า ดังคำบอกเล่าของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล

"ก่อมีทั้งดีใจ๋ และเสียใจ๋นะ ดีใจ๋คือ น้องกับแฟนตั้งใจ๋อยากจะมีอยู่ล่ะ แฟนก่อดีใจ๋ ทางพ่อ-แม่ แฟนก็อยากมีหลาน ทุก ๆ ฝ่ายยอมรับ ทางคนใหญ่มาอู้กันก่อหื้อแต่งงานกัน แต่ยังบ่ได้จดทะเบียน แต่เสียใจ๋ที่ตรงกับตอนจะกลับไปเรียน ทำไมไม่ท้องตอนที่แม่ทำงาน" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

"ทางบ้านแฟนสู้ว่าท้อง ก็บอกหื้อเอาเด็กออก บอกทางนี้ยังบ่พร้อมที่จะเลี้ยง รู้สึกไม่ดีเลยเหมือนถูกกดดันเดิมจากที่ เครียดอยู่แล้วยิ่งเครียดไปอีก แฟนก็บอกว่าให้เอาเด็กออก โกรธ เครียดจะทำจะใดดี จะเอาเด็กออกก่อ? พอแม่บอกว่า จะช่วยเลี้ยงก่อสู้สึกดีขึ้น ตัดสินใจเก็บเด็กไว้" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"ตอนรู้ว่าตั้งครรภ์อายุครรภ์ประมาณ 6 เดือนแล้ว (...) พอตรวจครรภ์แล้วสู้ว่าท้อง ก่อเว้นสักประมาณ 3 วันก็ไป ตรวจที่อนามัย ตอนแรกหมอก็ถามว่าทำไมบ่ามาตรวจตั้งแต่เนิ่น ๆ ก็บอกว่ากะลังมาสู้ว่าท้องเดือนนี้จ้าว หมอก็ แนะนำให้บำรุงเยอะ ๆ เพราะกลัวลูกน้ำหนักบ่าถึง 2,500 กรัม" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

การยอมรับทารกในครรภ์

การยอมรับทารกในครรภ์คือการรับรู้ถึงอีกชีวิตหนึ่งที่เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย รู้สึกผูกพันกับทารกในครรภ์ ใส่ใจดูแลสุขภาพ พร้อมปรับตัว ปรับพฤติกรรมรับกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเข้ารับการตรวจสุขภาพครรภ์ในแต่ละครั้ง ในส่วนของความผูกพันระหว่างแม่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ แม่วัยรุ่นหลายคนเริ่มมีความผูกพันกับ

ทารกในครรภ์เมื่อสัมผัสได้ถึงการดิ้น การขยับตัวของทารก และเมื่อได้ยินเสียงคลื่นหัวใจ รู้สึกมีความสุข มีความตื่นเต้น ดีใจกับสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ที่อยู่ในครรภ์ และเริ่มมีความห่วงกังวลเรื่องความสมบูรณ์ ความแข็งแรงของทารกในครรภ์ มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ ช่วงไตรมาตรที่ 2 เริ่มมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย น้ำหนักตัวเริ่มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แขนขาบวม รวมถึงมีอาการอืดแน่นท้อง แม่วัยรุ่นมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงโดยเน้นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์บำรุงครรภ์ และปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน เลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายกับทารกในครรภ์ มีความสนใจในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และทารกในครรภ์มากขึ้น ดังคำบอกเล่าของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล

“เริ่มมีอาการตอนอายุครรภ์ประมาณ 4 - 5 เดือนที่เริ่มมีอาการจะอ้วก มีความรู้สึกเหม็นไปหมด เหนื่อยง่าย น้ำหนัก ขึ้นประมาณ 19 กิโลจ้าว การปรับตัวตอนแรก ๆ ก็ยากเหมือนกัน อาหารก็จะกิ๋นอาหารที่มีรสชาติจืด ๆ”
(อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ปรับตัวเรื่องการกิ๋น อาหารบางอย่างก่อกิ๋นบ่าได้ ช่วงที่แพ้ท้องหนัก ๆ ระยะเวลาประมาณสัก 3 เดือนจะกิ๋นได้น้อย กิ๋นได้เป็นบางอย่าง(...) พออายุครรภ์เยอะ ๆ ใกล้จะคลอดก่อระมัดระวังเรื่องการขับรถมากขึ้น กลัวเกิดอันตราย กลัว รถล้ม ถ้าจะไปไหนก็ให้แม่ไปส่งจ้าว”
(อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

และในการเข้ารับการฝากครรภ์แต่ละครั้ง ในส่วนของการให้บริการสาธารณสุข แม่วัยรุ่นจะได้รับข้อมูลในเรื่องของการเลือกรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพทั้งตัวคุณแม่ตั้งครรภ์เอง และทารกในครรภ์ แนะนำวิธีการสังเกต การนับลูกดิ้น และมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่แม่ตั้งครรภ์ แต่ในการจัดอบรมยังขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้แม่วัยรุ่นบางคนขาดโอกาสในการเข้ารับการอบรม และในส่วนของการเข้ารับบริการฝากครรภ์กับคลินิกเอกชนกลับพบว่า ทางสถานบริการเน้นการให้บริการตรวจครรภ์เท่านั้น โดยไม่ได้มีการแนะนำอะไรเพิ่มเติม ในส่วนของการดูแลสุขภาพ ดังคำบอกเล่าของแม่วัยรุ่น

“ไปแต่ละครั้งก็จะถามว่าเด็กเป็นยังไง ถ้าช่วง 5 เดือนก็ให้สังเกตว่าเด็กดิ้นดีมั้ย มีการอบรมให้ความรู้ ห้ามเรื่องการมี เพศสัมพันธ์ ช่วง 3 เดือนแรก 3 เดือนสุดท้าย ห้ามสูบบุหรี่ ดื่มน้ำอัดลม โดยจะจัดอบรมเป็นกลุ่ม ถ้าอย่างว่านัด 7 เดือน คนที่ท้อง 7 เดือนก็จะต้องเข้าอบรมหมด โรงพยาบาลจะนัดเดือนละครั้ง จะนัดไปเจาะเลือดและอัตราซาวด์” (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ฝากครรภ์ที่คลินิก ก็จะให้ยามากิน ตอนแรกก่อจะนัดห่าง ๆ หน่อย พอใกล้คลอดก่อนัดถี่ ๆ อาทิตย์ละครั้งตอนอายุ ครรภ์ 4 เดือน คลินิกก็ส่งตัวไปตรวจอัลตราซาวน์ กับตรวจน้ำตาลที่คลินิกในเมือง เพื่อดูความสมบูรณ์ แค่ไปนั่ง ตรวจ ทำๆ แล้วก่อจ่ายเงินกลับบ้านจ้าว บ่าได้มีการแนะนำเพิ่มเติม” (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

อย่างไรก็ตามการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอในการเข้ารับการตรวจครรภ์แต่ละครั้ง สำหรับแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจจะเปรียบเสมือนพี่เลี้ยงที่ให้ทั้งความรู้ และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับคุณแม่ในการดูแลตัวเอง และลูกน้อย ต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์จิตใจ รู้เท่าทันสภาวะอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นและสามารถจัดการผ่านไปอย่างราบรื่น

บทบาทการเป็นมารดา และการเลี้ยงดูบุตร

ในการก้าวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาที่มาพร้อมกับความรับผิดชอบที่แม่ตั้งครรภ์พึงมีต่อบุตรในครรภ์ ร่วมกับการที่แม่ตั้งครรภ์วัยรุ่นจะต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ให้เรียนรู้ และปรับตัว ทั้งประสบการณ์ในการคลอดบุตร ภาวะสุขภาพในระยะหลังคลอดทั้งของตัวแม่วัยรุ่นเอง และบุตร บทบาทการเป็นมารดาอย่างเต็มตัวในการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงการรับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมที่จะดูแลบุตรให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ

ในประสบการณ์การคลอดบุตรแม่วัยรุ่นมีความห่วงกังวล ทั้งในเรื่องของความเจ็บปวด และการคลอด

บุตรยาก มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ และระยะใกล้คลอดเช่น มีอาการปวดท้อง น้ำเดิน ปากมดลูกเปิดก่อนกำหนด และแม่วัยรุ่นบางคนจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าคลอดบุตรเนื่องจากมีภาวะผิดปกติเกิดขึ้นคือ ปากมดลูกเปิดก่อนกำหนด, เด็กอยู่ในท่าก้นหรือท่าขวาง, น้ำหนักตัวเด็กเยอะ เด็กหัวโต และอายุครรภ์เกินกำหนดคลอด ทำให้ไม่สามารถคลอดบุตรเองได้โดยวิธีธรรมชาติ และหลังจากคลอดบุตร แม่วัยรุ่นยังมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าแม่ตั้งครรภ์ทั่วไป ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดบุตรคือ ภาวะตกเลือด มดลูกไม่หดรัดตัว แผลฝีเย็บอักเสบ และในส่วนของสุขภาพทารกหลังคลอดพบว่ามีน้ำหนักตัวน้อยต่ำกว่า 2,500 กรัม มีภาวะการหายใจผิดปกติ น้ำตาลในเลือดต่ำ และพัฒนาการล่าช้าดังคำบอกเล่าของอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูล

"ถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลลำพูนเพราะปากมดลูกเปิดก่อนกำหนด ตอนนั้นอายุครรภ์ได้ 33 week กับแหม 5 วัน อีก อย่างลูกอยู่ในท่าก้น ไปโรงพยาบาลตอน 2 ทุ่ม โรงพยาบาลก็ฉีดยายับยั้งการบีบตัวของมดลูกก่อนแล้วก็ส่งตัวไป โรงพยาบาลลำพูนอยู่ประมาณ 4 วันถึงจะได้ผ่าคลอดเพราะต้องรอฉีดยาขยายปอดให้น้องสามารถหายใจด้วยตัวเอง ได้ คลอดแล้วน้องก็นอนโรงพยาบาลเกือบเดือนเหมือนกันจ้าว เพราะรอให้น้ำหนักเพิ่ม คลอดเสร็จก็ได้แยกอยู่คนละ ห้อง วันแรกน้องได้ใส่เครื่องพ่นออกซิเจน เพราะน้องยังหายใจได้บ่าค่อยดี ได้ประมาณ 3 วันก็สามารถถอดเครื่อง ออกซิเจนได้ แล้วก็มาส่องตัวเหลืองแหม 3 วัน จะออกโรงพยาบาลน้ำหนักอยู่ที่ 1,900 กรัม หลังจากออกโรงพยาบาล มาก็มีนัดไปตรวจหัวใจ ตรวจตา ผลก็ดีปกติทุกอย่าง" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

"มีภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องดูดเลือดออก ได้รับการตรวจซ้ำเพราะมดลูกไม่หดรัดตัว เลือดไหลเรื่อยๆ เต็มเตียง นอนเลย หมอฉีดยากระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว มีอาการปวดแผลก็เลยบ่าได้ดูลูกเลย น้ำนมก็บ่าค่อยมี น้องก็เลยมี อาการตัวเหลือง" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

สำหรับการปรับบทบาทการเป็นมารดา นอกจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิต ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ยังเผชิญกับภาวะทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมที่ต้องมีการเปลี่ยนบทบาทจากเด็กวัยรุ่นเป็นคุณแม่ ที่ต้องมีความรับผิดชอบสูงแบบผู้ใหญ่ที่ต้องรับภาระความรับผิดชอบมากขึ้นทั้งในเรื่องของการใช้ชีวิตประจำวัน ความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งการเลี้ยงดูบุตรถือเป็นประสบการณ์ใหม่ที่แม่วัยรุ่นจำเป็นต้องมีกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรจากการคอยสังเกต สอน แนะนำของคนในครอบครัว และญาติ การได้รับข้อมูล และคำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตรจากโรงพยาบาลหลังจากการคลอดบุตร และจากการติดตามเยี่ยมบ้านหลังคลอดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

"คนหลัก ๆ ที่ช่วยแนะนำน้อง จะเป็นแม่ที่ช่วยดูให้ อย่างออกโรงพยาบาลมาใหม่ ๆ การอาบน้ำก็ให้แม่อาบ ตอนนั้น ยังเจ็บแผลอยู่ เวลาแม่อาบให้ก็นั่งดูวิธีการอาบ ประมาณ 3 เดือน ก่อเริ่มฝึกอาบคนเดียวเพราะตัวน้องเริ่มใหญ่แล้ว ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูก่อจะเป็นทางพ่อ แม่" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

"ทางโรงพยาบาลสอนอาบน้ำ สอนเช็ดสะดื้อ หลังคลอดกลับมาอยู่บ้าน ช่วงอยู่เดือนทางอนามัยจะมาสอนที่บ้าน เรื่องการปั๊มนม ดูหัวนม การดูแลลูก จะมาบอกมาแนะนำจ้าว" (อาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

และความคาดหวังการบริการสาธารณสุขที่แม่วัยรุ่นมุ่งหวังจะได้รับทั้งในช่วงระยะการตั้งครรภ์ และระยะหลังการคลอดบุตรตามเสียงสะท้อนจากคำบอกเล่าคือ อยากให้มีการจัดอบรมให้สำหรับแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่น, มีการบริการฝากครรภ์นอกเวลาเหมือนคลินิก เพื่อการเข้าถึงบริการของแม่ตั้งครรภ์ที่ทำงาน หรือเรียนหยุดแค่ช่วงเสาร์-อาทิตย์ รวมถึงในระยะหลังคลอดที่แม่วัยรุ่นอยากให้มีการจัดกิจกรรม หรือโครงการที่ให้แม่ ลูกได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแม่วัยรุ่นคนอื่นๆ รวมถึงการบริการที่คลินิกที่อยากให้คลินิกมีการแนะนำให้ข้อมูลเรื่องการดูแลสุขภาพครรภ์เพิ่มเติมด้วย จากการเข้ารับบริการฝากครรภ์ปกติ

อภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ในช่วงอายุ 16-19 ปี ซึ่งกลุ่มที่อยู่ในระบบการศึกษาส่วนใหญ่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา/ปวช. จำเป็นต้องลาออกหรือย้ายสถานศึกษา เนื่องจากสถานศึกษาเดิมไม่อนุญาตให้ศึกษาต่อ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาหรือเรียน กศน. ส่วนใหญ่จะมีงานทำ ครอบครัวของแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีบางครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางกันอาศัยอยู่กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง มีการคบหาเพื่อนต่างเพศและเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ซึ่งวิธีที่นิยมใช้มากที่สุด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ยาคุมฉุกเฉิน และบางคนไม่ได้มีการคุมกำเนิดใด ๆ ก่อนหน้าที่จะมีการตั้งครรภ์ ซึ่งในกลุ่มที่ไม่ได้มีการคุมกำเนิดส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่วัยรุ่นในพื้นที่อำเภอห่างไกล และไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ออกจากโรงเรียนมาช่วยครอบครัวทำงาน และมีคู่นอนตั้งแต่อายุยังน้อย โดยจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเท่านั้น ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศศึกษา รวมไปถึงไม่ได้มีการวางแผนครอบครัว ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค[7] ซึ่งพบว่าในเรื่องการคุมกำเนิดของวัยรุ่นยังมีอัตราที่ต่ำโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย

ในส่วนประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่น การศึกษาครั้งนี้อภิปรายผลการศึกษาภายใต้การปรับใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาของ N. Jayne & Nancy (2006) โดยแบ่งประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะคือ การยอมรับการตั้งครรภ์ การยอมรับทารกในครรภ์ และบทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การยอมรับการตั้งครรภ์ ในส่วนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เป็นตั้งครรภ์โดยไม่ได้มีการวางแผน เมื่อรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ของตนเองแล้ว ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด ตกใจ เสียใจ ตื่นเต้น มีความสุข เกิดความสับสนในช่วงอารมณ์ ในแม่วัยรุ่นบางคนที่ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์หรือยังอยู่ในระบบการศึกษามีความคิดที่จะยุติการตั้งครรภ์ แต่เมื่อได้รับการยอมรับจากครอบครัว ครอบครัวรับปากที่จะช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร จึงตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ คลายความเครียด ความกังวลลง รวมถึงมีการยอมรับการตั้งครรภ์ของตัวแม่วัยรุ่นเอง หันมาสนใจดูแลตัวเอง และทารกในครรภ์มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในครอบครัวทางแอฟริกาใต้[8] พบว่าแม่วัยรุ่นมีความสับสนทางอารมณ์ในการที่จะรับมือกับการตั้งครรภ์ ในส่วนของผู้ปกครองมีอารมณ์สับสน มีภาวะตกใจ ผิดหวัง ยังยอมรับไม่ได้กับสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ท้ายที่สุดแล้วสำหรับการแก้ปัญหาของครอบครัวคือการแก้ปัญหาร่วมกัน ให้โอกาสพูดคุยกับแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่น และให้การสนับสนุนในช่วงระยะตั้งครรภ์ ซึ่งจะเป็นการช่วยสนับสนุนให้แม่ตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติตนเองตามบทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ได้ดีมากขึ้น[9] หากพิจารณาถึงการยอมรับการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นที่มีการวางแผนจะตั้งครรภ์ หรือต้องการมีบุตรซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มที่มีครอบครัวแล้ว และไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา ทำให้ในการตั้งครรภ์ครั้งนี้นำมาซึ่งความยินดี ดีใจและได้รับการยอมรับจากครอบครัวทั้ง 2 ฝ่าย เป็นอย่างดี แต่สำหรับแม่วัยรุ่นที่ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน หรือไม่ได้ตั้งใจที่จะมีบุตร การยอมรับจากครอบครัวจึงมีความแตกต่างกัน ทั้งที่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวของทั้ง 2 ฝ่าย และการไม่ได้รับการยอมรับทำให้เกิดความพยายามยุติการตั้งครรภ์ และพบว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้มีการวางแผน มีการรับรู้การตั้งครรภ์ที่ล่าช้า มีการยอมรับการตั้งครรภ์ที่ใช้ระยะเวลา รวมถึงการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ ไม่มีความรู้เรื่องการตั้งครรภ์และดูแลตนเอง[10] ส่งผลให้แม่วัยรุ่นมีการฝากครรภ์ที่ล่าช้า

การยอมรับทารกในครรภ์ แม่วัยรุ่นมีการยอมรับทารกในครรภ์เพิ่มมากขึ้นเมื่อสัมผัสได้ถึงการดิ้นของสิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ที่อยู่ในครรภ์ มีความห่วงกังวลเรื่องความสมบูรณ์ ความแข็งแรงของทารกในครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีการ

ปรับตัว ปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน พยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ และเสี่ยงกับอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก มีความสนใจเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลสุขภาพครรภ์ การดูแลบุตรในอนาคต และเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามนัด สำหรับการได้รับข้อมูลสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของแม่วัยรุ่น สถานบริการที่แม่วัยรุ่นเข้ารับการฝากครรภ์แต่ละครั้งมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนข้อมูลด้านสุขภาพในแต่ละช่วงอายุครรภ์ แต่พบความแตกต่างว่าระบบการให้บริการฝากครรภ์และตรวจสุขภาพครรภ์ ขึ้นอยู่กับสถานบริการแต่ละแห่ง คลินิกเอกชนบางแห่งยังขาดการแนะนำข้อมูลการดูแลสุขภาพ เน้นเฉพาะการให้บริการตรวจครรภ์เท่านั้น และในโรงพยาบาลของรัฐที่ถึงแม้ว่าจะมีการแนะนำข้อมูลทุกครั้งที่เข้ารับการตรวจครรภ์ แต่ในรูปแบบของการอบรมให้ความรู้แก่แม่ตั้งครรภ์ยังขาดความสม่ำเสมอต่อเนื่อง ทำให้ไม่ครอบคลุมกับแม่วัยรุ่นทุกรายที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการการรับบริการของแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความต้องการการสนับสนุนทางด้านข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์มากที่สุด[11] เนื่องจากการได้รับความรู้คำแนะนำที่ถูกต้องตามความต้องการ ทำให้แม่วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ได้มากขึ้น[12]

บทบาทการเป็นมารดา และการเลี้ยงดูบุตร เริ่มจากการคลอดบุตร ที่แม่วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอดบุตรมากกว่าแม่ตั้งครรภ์ทั่วไป ทั้งในระยะคลอดบุตร และระยะหลังคลอด ด้วยโครงสร้างของร่ายกายที่เติบโตไม่เต็มที่ ขาดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพ รวมถึงจากการฝากครรภ์ล่าช้า ส่งผลต่อสุขภาพของแม่ และเด็กในระยะสั้น และระยะยาว สอดคล้องกับการสรุปเกี่ยวกับผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นขององค์กรอนามัยโลกที่ว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์ เอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีผลต่อสุขภาพทารกในครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 7 วัน ทารกเสียชีวิตหลังคลอดภายใน 42 วัน ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม และทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด[13] และแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงเกิดความดันโลหิตสูง การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูง[14] และในการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของแม่วัยรุ่น มีกระบวนการปรับตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป ผ่านการเรียนรู้จากการสังเกต และการเลียนแบบพฤติกรรมคนรอบข้างในการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ครอบครัวยังถือว่าเป็นที่พึ่งพิงที่ดีสุดของแม่วัยรุ่น เป็นกำลังใจที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือดูแลบุตร ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายของบุตร สนับสนุนในทุกด้าน[15] และในส่วนของการสนับสนุนด้านข้อมูลในการเลี้ยงดูบุตร การได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถือเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อแม่วัยรุ่น เพื่อให้แม่วัยรุ่นมีทักษะในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมตามวัย และแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความคาดหวังในระบบบริการสาธารณสุขในรูปแบบการฝากครรภ์ที่อยากให้เจ้าหน้าที่มีการให้คำแนะนำ หรือการจัดอบรมสำหรับแม่ตั้งครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เป็นมาตรฐานที่ปฏิบัติร่วมกันในทุกสถานบริการ มีคลินิกฝากครรภ์นอกเวลาเพื่อการเข้าถึงบริการของแม่วัยรุ่นที่ทำงานประจำที่มีช่วงวันหยุดแค่เสาร์-อาทิตย์ รวมถึงระบบการดูแลติดตามต่อเนื่องตั้งแต่หลังคลอดบุตรจากโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนถึงการเข้าติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปผลการศึกษา

ประสบการณ์การเป็นมารดาของแม่วัยรุ่นในจังหวัดลำพูน ผลการศึกษาผู้ให้ข้อมูลแสดงให้เห็นความคิดและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การเป็นมารดา อันประกอบด้วย 3 ประเด็นหลักคือ 1) การยอมรับการตั้งครรภ์ พบว่า แม่วัยรุ่นมีการรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ในระยะที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่รับรู้ตั้งแต่แรกเกิดจากความสงสัยของการขาดหายของประจำเดือน ในกลุ่มที่รับรู้ล่าช้าพบว่าระยะแรกไม่ได้มีอาการบ่งชี้ใด ๆ

จนกระทั่งร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงจึงมีการตรวจครรภ์ ซึ่งระยะแรกเมื่อรับรู้แม่วัยรุ่นจะเกิดความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ ในแม่วัยรุ่นที่ไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกทั้งการยอมรับจากครอบครัว และจากตนเอง ต้องเผชิญกับภาวะเครียด เสียใจ ตกใจ สับสน และมีความคิดช่วงขณะหนึ่งที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ 2) การยอมรับทารกในครรภ์ พบว่าแม่วัยรุ่นเริ่มมีความผูกพันกับทารกในครรภ์เมื่อสัมผัสได้ถึงการดิ้น และเริ่มมีความกังวลเรื่องความสมบูรณ์แข็งแรงของทารก แม่วัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงเป็นอันตรายกับเด็กในครรภ์ และ 3) บทบาทการเป็นมารดาและการเลี้ยงดูบุตรพบว่า แม่วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอดบุตรมากกว่าแม่ตั้งครรภ์ทั่วไป ทั้งในระยะคลอดบุตร และระยะหลังคลอด และบทบาทการเป็นมารดาแม่วัยรุ่นจำต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันและการเลี้ยงดูบุตร โดยเรียนรู้จากการสังเกต และการสอนของคนในครอบครัว และการได้รับข้อมูลสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1). สำหรับสถานศึกษา ผู้บริหารควรมีแนวทางในการกำหนดหลักสูตรการเรียนการสอนในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ให้เป็นมาตรฐาน นำสู่การลงปฏิบัติสอนจริงอย่างจริงจังของคุณครูในแต่ละระดับชั้น และควรมีนโยบาย ให้โอกาสนักเรียนที่หลังจากคลอดบุตรแล้วจำเป็นต้องพักการเรียนชั่วคราว กลับมาเรียนต่อยังสถานศึกษาเดิมได้ เพื่อเพิ่มโอกาสในการประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้ในการเลี้ยงดูบุตรต่อไป

2). สำหรับระบบบริการสาธารณสุข ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่คลอบคลุมทุกบริการที่จำเป็นในทุกด้าน เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการการฝากครรภ์ที่เป็นมาตฐาน ทั้งสถานบริการใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ มีการสนับสนุนในเรื่องของข้อมูลการดูแลสุขภาพ และการให้คำปรึกษาถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ จำเป็นต่อแม่ตั้งครรภ์วัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี รวมถึงอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Population Fund (UNFPA) Thailand. Teen mom: teenage pregnancy challenges. Bangkok: Advanced Printing Service Co., Ltd.; 2013.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2018. Italy: WHO press; 2018.
3. Bureau of Reproductive Health. Teenage Pregnancy Surveillance Report. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health; 2018.
4. Information and Communication Technology Center, Ministry of Public Health. Repeat Pregnancy with the age under 20 years by Health Zones 2017 Report. Available at www.hdcservice.moph.go.th, assessed July 2, 2019.
5. Lamphun Provincial Health Office, Lamphun. Teenage Pregnancy Situation Report. Lamphun: Lamphun Hospital; 2018
6. N. Jayne, K., & Nancy, H. Introductory maternity & pediatric nursing. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2006.
7. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. Behaviors with HIV Infection in Student Surveillance Result, Thailand. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology; 2012.
8. James, S., Van Rooyen, D., & Strümpher, D. J. Experiences of teenage pregnancy among Xhosa families. Midwifery. 2010; 28(2): 190-7.
9. Phromchaisa P. Effect of Social Support Enhancement on Maternal Role Among Adolescent Pregnant Woman. Nursing Journal. 2014; 41(2): 97-106.

10. Bunnukul P, Doungdee Y, Sukkasem R. The Reason Given by Pregnant Woman for Late Antenatal Care in Bangpahan District Phranakorn Si Ayutthaya Provice. Ayutthaya Provincial Health Office. Available at https://www.ayo.moph.go.th/main/index.php, assessed July 2, 2019.
11. Bureau of Reproductive Health. Teenage Pregnancy Surveillance Report. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health; 2018.
12. Krua-chottikul S. Nursing Strategy for Promoting Meternal Tasks Adaption of Teenage Pregnancy. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21(1): 7-16.
13. World Health Organization. Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make prenancy safer. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer; 2010.
14. Alison M. Fraser, John E. Brockert, R.H. Ward. Assocciaion of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcome. The New England Journal of Medicine. 1995; 332(17): 1113-7.
15. Thitimapong B, Kruehaew J, Yongwanichsetha S. Experience of Adolescent Mothers with Childrearing and Studying in Non-formal Education. Songklanagarind Journal of Nursing. 2017; 37 (3): 37-47.

ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

Beliefs about Housing Affecting the Care of Bed-bound Elderly People

ศรัณยู สืบจิตต์[1], วรรณนิภา บุญระยอง[2]

Sarunyoo Suebjit, Wannipa Bunrayong

(Received: Augustl 26,2019; Accepted: September 6,2019)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเสียง การสังเกต และบันทึกภาพจากสถานที่จริง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ราบของอำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวนกลุ่มละ10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำเสนอแบบพรรณนาบรรยายแบ่งเป็นประเด็นตามมิติของความเชื่อ

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำแนกได้เป็น 4 มิติ คือ ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับการจัดบ้าน ได้แก่ ตำแหน่งทิศทางที่อยู่ ที่นอน ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับเลือกและการจัดสิ่งของเครื่องใช้ได้แก่ฟูกที่นอน ตู้ เตียง การเลือกผ้าซิ่น ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้แก่ พื้นต่างระดับ คาน ตลอดจนความเชื่อที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมทั่วไปได้แก่ แสงสว่างและฤดูกาล โดยความเชื่อทั้ง 4 มิตินั้นมีทั้งส่วนที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมระบบการดูแลระยะยาวที่มีความสอดคล้องกับความเชื่อ ความต้องการของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลตลอดจนแนวทางปฏิบัติตามบริบทของของชุมชนในอำเภองาว จังหวัดลำปาง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้ดียิ่งขึ้นและผู้สูงอายุจะได้ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลได้ตามสภาวะอันควร

คำสำคัญ : ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้าน, การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

Abstract

The purpose of this research was to study the beliefs about housing affecting the care of bed-bound elderly people. Qualitative research methodology was used. Data were gathered by in-depth interviews together with audio recordings, observation and photographs of real locations. The key informants were bed-bound elderly people and their primary caregivers, who were living in Ngao district, Lampang province. Data were analyzed by using the content analysis method and presented narratively according to the dimension of beliefs.

The results of this study revealed that the beliefs affecting the care of bed-bound elderly people can be classified into 4 dimensions; location of the person in home, direction of their bed, selection and arrangement of supplies, including type of bed, mattress, cabinet and selection of sarong. Their beliefs were also related with the home environment such as different levels of floor and beams, and their general environment, including lighting and seasons. All four dimensions of beliefs were both conducive to and obstructive in caring for the bed-bound elderly at home. The results of this study could be used for preparing long-term care guidelines that are consistent with the beliefs and needs of both the elderly and their caregivers, as well as contextual guidelines for the community in Ngao district, Lampang province. Meanwhile, this study could help caregivers take better care of the elderly as well as the elderly cooperating with caregivers according to their conditions.

Keyword : Beliefs about Housing, Caring for Bed-bound Elderly

[1] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[2] รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทนำ

มนุษย์ทุกคนโดยส่วนใหญ่มีความเชื่อเป็นพื้นฐาน ความเชื่อจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลและมีอิทธิพลต่อระบบครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งผู้ดูแลต้องรับภาระและเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุถึง 11 ล้านคน(ร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ) ต่อมาในปี 2561 ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ20 ของประชากรไทยทั้งประเทศซึ่งหมายความว่าประเทศได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) แล้ว[1] ลำปางจัดว่าเป็นจังหวัดหนึ่งที่ถือได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เนื่องจากปี 2560 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุถึง 155,241 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.79 ของประชากรทั้งจังหวัด[2] ทั้งนี้ในพื้นที่อำเภองาวจากการเก็บรวบรวมข้อมูลของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภองาว พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุ 8,796 คน(ร้อยละ 18.23 ของประชากรทั้งหมด) ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 87.89 ติดบ้าน ร้อยละ1.22 และติดเตียง ร้อยละ 0.90[3]

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ด้วย Barthel index จากเกณฑ์การประเมินผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือดังกล่าวแสดงว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งสังคมวัฒนธรรมไทยมีการยึดถือค่านิยมเรื่อง “กตัญญูกตเวที” โดยถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น[4] นอกจากนั้นการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพยังเป็นส่วนที่สำคัญในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต[5] นอกจากนี้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในหมวดที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุมีการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ระบุแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุพื้นฐานไว้ในคู่มือการดำเนินงานด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุอีกด้วย

จากสถานการณ์ข้างต้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้จัดทำแผนปฏิบัติการภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care : LTC) ไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 1 มีการจัดแผนกิจกรรมที่เน้นส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัว ชุมชนและองค์กรต่างๆให้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกมิติและเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชนรวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ[6] สอดรับกับแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขของอำเภองาวที่ได้มีการบูรณาการกับนโยบายเรื่องหมอครอบครัวหรือ Family care team (FCT) ให้เป็นระบบสุขภาพของอำเภอในปี 2561[7] โดยมีกระบวนการดำเนินงานร่วมกันในการกำหนดบริการหรือกิจกรรมที่จำเป็น การสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนในการจัดการปัญหา การดำเนินงานพัฒนาระบบการจัดการปัญหาผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีการกำหนดกิจกรรมหรือบริการที่จำเป็น ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ การพัฒนาผู้ดูแลหลัก (Care giver) การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ นักจัดการสุขภาพ และมีทีมหมอครอบครัว (Family care team)

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานอยู่ในพื้นที่มีหน้าที่จัดทำแผนงานโครงการในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัดและอำเภอตลอดจนให้การสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งคอยดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม

เครื่องใช้ ดูแลอนามัยส่วนบุคคล ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย อำนวยความสะดวกเรื่องการเคลื่อนไหว และมีหน้าที่ในการสร้างความอบอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยให้แก่ผู้สูงอายุ บางครั้งอาจกระทำอยู่ภายใต้ความเชื่อของกลุ่มคนในชุมชนและแนวทางการปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมาจนกลายเป็นวิถีชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อเกี่ยวกับ “บ้าน” ซึ่งคนอำเภองาวถือว่าบ้านเป็นจุดศูนย์รวมของครอบครัว การกระทำต่อบ้านหรือคนในบ้านที่ผิดแปลกไปจากความเชื่อที่ยึดถือ จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของคนในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ผ่านเรื่องราวในชีวิตมาอย่างมากมายทำให้ความเชื่อในผู้สูงอายุย่อมเป็นความเชื่อที่เหนียวแน่นกว่าบุคคลอื่นในบ้าน

การศึกษาถึงความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมระบบการดูแลระยะยาวที่สอดคล้องกับความเชื่อและแนวทางปฏิบัติของคนในท้องถิ่นตามบริบทของพื้นที่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้านที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการบันทึกเสียง การสังเกต และบันทึกภาพจากสถานที่จริง กระทำในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม 2561

กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลัก(Key informants) ที่เป็นทั้งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้ดูแลหลักจำนวน 10 ครอบครัว ทั้งหมดพักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ราบของอำเภองาว จังหวัดลำปาง การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาโดยพิจารณาจากคุณลักษณะดังนี้

1.ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิงได้รับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ Barthel index จัดอยู่ในระดับทุพพลภาพรุนแรง (0-4 คะแนน) แต่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้เข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

2.ผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอย่างน้อย 6 เดือน สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้เข้าใจ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุหรือใกล้เคียงและสมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคลร่วมกับการบันทึกเสียง การสังเกต (Observation) และบันทึกภาพจากสถานที่จริง

ผู้ศึกษาได้ยึดหลักความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยยึดหลักเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba[8] ในการพิจารณาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพใน 2 ประเด็น ได้แก่การสร้างความน่าเชื่อถือของการศึกษาและความเชื่อมั่นของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาที่คล้ายคลึงเป็นประเด็นเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาครั้งนี้ได้ขออนุญาตทำการศึกษาโดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 021/2559 ลงวันที่ 1 กันยายน 2560 และขออนุญาตจากชุมชนครอบครัวและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในพื้นที่วิจัยโดยการจัดทำหนังสือชี้แจงและเชิญชวนให้เข้าร่วม

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 10 คน ในจำนวนนี้เป็นเพศหญิง 6 คน เพศชาย 4 คน มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี จำนวน

5 คน มีระยะเวลาที่ติดเตียงอยู่ในช่วง 5 ปีมากที่สุดถึง 4 คน ผู้สูงอายุทั้งหมดทุกคนอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ดูแล

กลุ่มผู้ดูแลหลักจำนวน 10 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 9 คน เพศชาย 1 คน มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี จำนวน 4 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 9 คน และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดคือ 6 คน ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 3,000-5,000 บาทต่อเดือน โดย 8 คนเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจำนวนนี้มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ในช่วง 3-5 ปี ทั้งนี้มีผู้ดูแล 6 คนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องโดยเป็นลูกของผู้สูงอายุติดเตียง

ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้าน

จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลถึงความเชื่อเกี่ยวกับการจัดบ้านเรือนที่มีผลต่อการดูแล ข้อมูลทั้งหมดได้นำมาวิเคราะห์จัดหมวดหมู่ตามประเด็นของความเชื่อ จำแนกได้เป็น 4 มิติหลัก โดยมีประเด็นย่อยในแต่ละมิติ ได้แก่

มิติที่ 1 : ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับทิศทาง ตำแหน่งที่นอนในบ้าน

1.1 ทิศของห้องนอน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าทางทิศตะวันออกหรือทิศเหนือของบ้านเป็นทิศที่อยู่สูงที่สุดของบ้านซึ่งต้องยกให้เป็นพื้นที่ห้องนอนของผู้สูงอายุผู้เป็นพ่อและแม่ของตนเองด้วยเพราะคำว่า"เหนือ"เป็นคำที่มีความหมายถึงการสูงกว่า มากกว่า ยิ่งไปกว่านั้นยังห้ามมิให้ลำดับห้องนอนของลูกอยู่ก่อนห้องนอนของพ่อและแม่ หรือแม้กระทั่งของห้องนอนของลูกจะอยู่สูงกว่าห้องนอนของพ่อและแม่ก็ไม่ได้เช่นกัน

"ในส่วนของตัวบ้านต้องจัดให้ห้องนอนของพ่อกับแม่อยู่ทางทิศเหนือ ส่วนลูกอยู่ทางทิศใต้ (ลำดับถัดไป)" (ผู้สูงอายุ1)

"ห้องนอนต้องอยู่ทางทิศเหนือสุดของตัวบ้านจากนั้นลำดับถัดไปก็เป็นห้องนอนของลูกซึ่งเรียงตามลำดับอาวุโสต่อไป" (ผู้สูงอายุ5)

"ลำดับของห้องนอน ตัวห้องนอนของลูกอย่าให้อยู่สูงกว่าห้องนอนผู้พ่อและแม่เพราะมันไม่ดี" (ผู้สูงอายุ2)

"คนสมัยก่อนเขาบอกว่า ให้พ่อกับแม่อยู่ทางทิศเหนือ ลูกก็อยู่ในลำดับถัดไปหรือจะนอนอยู่ปลายเตียงก็ยังได้ อยู่ทางทิศใต้ก็ได้ตามความสะดวก"(ผู้ดูแล1)

"ห้องนอนของพ่อแม่หรือผู้สูงอายุนี้จะต้องอยู่ทางทิศเหนือหลังจากประตูขึ้นมา ยกตัวอย่างบ้านหลังนี้ขึ้นประตูบ้านมาห้องนอนของผู้สูงอายุผู้เป็นพ่อแม่ก็จะอยู่ทางทิศเหนือ" (ผู้ดูแล2)

การจัดตำแหน่งที่นอนในบ้านของสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะของผู้สูงอายุนั้นจึงมีความเชื่อเป็นตัวกำกับการปฏิบัติของทุกครอบครัว

1.2 ตำแหน่งเตียง/ที่นอน ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าตำแหน่งที่วางเตียงนอนของผู้สูงอายุต้องไม่อยู่ตรงประตูและต้องไม่ตรงกับคานบ้านหรือตรงกับเสาบ้าน ต้องไม่วางเตียงหรือที่นอนในแนวขวางกับแนวของพื้นแผ่นไม้ ต้องจัดที่นอนให้อยู่ในที่โล่ง ศีรษะต้องหันไปทางทิศตะวันออกหรือทิศเหนือเท่านั้นแล้วให้เอาเท้าไปทางทิศตะวันตกไม่เอาเท้าชี้ไปทางตำแหน่งที่เป็นวัดหรือแท่นวางพระพุทธรูปเพราะถือว่าจะเป็นการไม่เคารพนับถือสิ่งมงคลทางศาสนา หากเป็นคู่สามีภรรยาต้องให้สามีเป็นฝ่ายนอนทางขวาก่อนจากนั้นฝ่ายหญิงต้องนอนอยู่ทางซ้ายของฝ่ายชายโดยให้ฝ่ายชายนอนในทางทิศตะวันออกหรือทิศเหนือแล้วในลำดับถัดไปจึงจะเป็นภรรยา

"ห้ามนอนขวางแนวพื้น เขา(คนสมัยก่อน)บอกว่าห้ามนอน ถ้านอนเวลาป่วยจะทำให้หายป่วยช้าและไม่ควรนอนตรงคานบ้านมันไม่ดี มันดูเหมือนตั้งศพไว้ตรงนั้น บางคนก็บอกว่าถ้านอนตรงคานจะทำให้หลับไม่

สนิทหลับๆตื่นๆ บางครั้งก็หลับรวด(ไหลตาย) ไปเลย นอนตรงประตูบ้านก็ห้ามนอน"(ผู้สูงอายุ2)

"ต้องให้อยู่ที่โล่ง มันเย็นดี หัวก็ต้องเอาไปทางตะวันออกหรือทางเหนือ" (ผู้สูงอายุ6)

"คนสมัยก่อนเขาถือนะว่าให้ผู้หญิงนอนด้านซ้ายของผู้ชายตามคำที่เขาว่าผู้หญิงนอนซ้ายผู้ชายนอนขวา" (ผู้ดูแล2)

"คนรุ่นก่อนเขาก็เชื่อว่าไม่ให้นอนตรงประตู ถ้าจะนอนตรงนั้นก็ต้องเอาตู้มากั้นไว้"(ผู้ดูแล1)

"ส่วนมากจะอยู่ฝั่งนี้ เพราะฝั่งนั้นจะเป็นหน้าพระ อยู่ตรงนั้นเวลาเรานอนเอาเท้าไปทางหน้าพระมันไม่ดี"(ผู้ดูแล8)

การกำหนดตำแหน่งของเตียงนอนจึงมีความเชื่อมโยงกับความเชื่อที่มาจากค่านิยมทางศาสนาและการปฏิบัติที่สืบทอดต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นของคนในชุมชน

1.3 การย้ายที่นอน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลได้ความว่าภายหลังจากการเจ็บป่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจัดให้ผู้สูงอายุนอนในห้องนอนที่มีการจัดวางทิศทางตามความเชื่อแล้ว แต่การย้ายบริเวณที่นอนให้ผู้สูงอายุนั้นผู้ดูแลจะกระทำได้ก็ต่อเมื่อสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุเริ่มแสดงความรู้สึกเบื่อหรือเป็นบริเวณที่ผู้สูงอายุไม่สามารถนอนพักผ่อนได้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเลือกตำแหน่งที่อยู่ใหม่โดยคำนึงถึงความเชื่อเดิมคือเป็นสถานที่เอื้อต่อการดูแลเช่น ใกล้ห้องน้ำ เป็นบริเวณที่สงบไม่พลุกพล่าน เป็นพื้นที่ปลอดโปร่งโล่ง ไม่แคบ ง่ายต่อการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องจัดลักษณะทิศทางของศีรษะและลำดับการนอนให้ถูกต้องตามความเชื่อดั้งเดิมด้วย

"พ่อกับแม่ต้องนอนก่อนฝั่งทางทิศเหนือ แต่บางทีก็ต้องไปนอนทางอื่นบ้าง ถ้าเด็กๆมาดูทีวี เพราะถ้ายังนอนอยู่ที่เดิมก็จะไม่ได้หลับ" (*ผู้ดูแล9*)

"นอนที่โล่งๆที่อากาศหายใจได้สะดวก แล้วตอนกลางคืนก็เข้าไปนอนข้างในห้องนอน เราก็จัดตามความสะดวกเรานี้แหละ" (*ผู้ดูแล8*)

"ที่นอนก็จะมีการย้ายบ้างเพราะตอนมาใหม่ที่ตรงนั้นมันจะโล่งๆหน่อย ต่อพอนานๆไปผู้สูงอายุเริ่มเบื่อเพราะแกนั่งไม่ได้ ถ้าเราย้ายที่ใหม่แกก็จะโล่งหูโล่งตาหน่อย คนเขาเคยเดินได้ ถ้าเบื่อเขาก็จะกลิ้งไปกลิ้งมา หากเราย้ายแกมาที่ใหม่แกก็จะดีขึ้น เราสังเกตดูนะเหมือนแกจะเบื่อ นอนดิ้น กลิ้งไปกลิ้งมายังไงไม่รู้ เวลาเราย้ายแกมาที่ใหม่แกก็อยู่นิ่งดี หรืออย่างเช่นแกปวดท้องอยากถ่าย แกก็จะดิ้น ดึงแพมเพิสถ้าเราเอาไปถ่ายแกก็จะหยุดดิ้น" (ผู้ดูแล1)

"มาอยู่ตรงนี้มัน โล่ง ถ้าลูกมาก็จะลงไปข้างล่างอยู่ มันจะอุ้มลงไปข้างล่างอยู่ ไปอยู่ข้างล่างก็จะสบายใจมาอีกนิด ไม่งั้นได้อยู่แต่ในนี้ก็จะเห็นแต่อันเก่าๆ เนาะ นอนมองดูแต่เพดาน ออกมานอกแบบนี้ก็เห็นผู้เห็นคนบ้าง ไม่งั้นก็จะคิดมากอีก"(ผู้สูงอายุ7)

ยิ่งไปกว่านั้นตำแหน่งการนอนยังมีผลต่อความรู้สึกและความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

"หลังจากแกล้มป่วยลง แม่ก็เอาแกมาไว้ตรงนี้เลย เพราะว่าในห้องมันอึดอัด แม่ก็เลยเอาแกออกมาไว้ข้างนอก บางครั้งเพื่อนบ้านมาเที่ยวหาแก พวกลูกหลานแกมาเที่ยวหา อย่างเช่นเทศกาลปีใหม่สงกรานต์ แกก็จะนอนแบบนี้ให้พรเขา มันง่ายต่อการที่เขามาเยี่ยมเอาแกมาไว้ตรงนี้เราจะไปไหนมาไหนก็ได้ ถ้าเราเอาแกไว้ในห้องมันอึดอัด แกไม่อยากอยู่ในห้องนอนเหมือนกันนอนอยู่ตรงนี้แกบอกว่ามัน โล่งดี ได้เห็นลูกหลาน เราก็เปิดหน้าต่างให้แกด้วย แกก็จะได้โล่งสบาย แล้วก็ง่ายต่อเรา เราจะไปที่ไหนมันก็ง่าย บางครั้งเราทิ้งให้แกนอนอยู่ข้างบนนี้ เราลงไปอยู่ด้านล่างใต้ถุนบ้าน เวลาแกฉี่แกถ่ายแกก็จะเรียกเราได้ง่าย เราก็จะได้รีบขึ้นมาเปลี่ยนให้ถ้าเอาแกนอนในห้องนอนแกเรียกขึ้นมาเราไม่ได้ยินหรอก" (ผู้ดูแล6)

ตำแหน่งการนอนในบ้านจึงมีความเกี่ยวโยงกับความเชื่ออันส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

มิติที่ 2 : ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับการเลือก การจัดวาง สิ่งของเครื่องใช้

2.1 ฟูกนอน สำหรับฟูกนอนผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าฟูกนอนที่มากับเตียงโรงพยาบาลมักจะหุ้ม

เบาะหนังเทียมโดยมองว่าหนังเทียมจะทำให้อับร้อนแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นแผลกดทับได้ ดังนั้นจึงควรใช้ฟูกนอนที่หุ้มด้วยผ้ารองทับบนเบาะนั้นอีกชั้นก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุนอนลงไป โดยฟูกนอนที่เลือกให้ผู้สูงอายุนอนต้องไม่ใช่ “สะลี” (หรือที่นอนตามภาษาเหนือ)ที่ใช้กันเป็นปกติทั่วไปในบ้านของคนทางเหนือ เพราะเชื่อว่าสะลีจะมีความแข็ง ไม่นุ่ม ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ ควรเลือกฟูกที่นอนฟองน้ำเนื่องจากมีความนุ่มกว่า นอกจากนั้นขนาดของที่นอนควรมีความกว้างที่มากพอเพื่อป้องกันการตกจากที่นอนของผู้สูงอายุ

“เตียงนี้แม่ก็เอาผ้าปูที่นอน แล้วเอาที่นอนปิกนิกเข้าทับให้แกอีกที เตียงอันนี้มันเป็นเตียงของโรงพยาบาลมันเป็นเบาะเนาะ มันร้อนทำให้เป็นแผลกดทับได้ง่าย แม่ก็จะเอาที่นอนปิกนิกเข้าใส่แล้วรองด้วยผ้ายางอีกที” (*ผู้ดูแล*6)

*“แต่ก่อนให้แกนอนที่นอน “สะลี” กับเตียง แล้วตอนนี้เปลี่ยนเป็นที่นอนฟองน้ำเพราะนอน “สะลี”มันเจ็บหลังก็เลยเปลี่ยนเป็นที่นอนฟองน้ำ ที่นอนเป็นแบบนี้มันนุ่มดี”(ผู้ดูแล*9)

*“เปลี่ยนที่นอนแกใหม่หมดเป็น 5 ฟุตไปเลย ที่นอนเก่าแกเป็นที่นอนยัดนุ่นเป็นแผ่นเล็กๆต่อกัน 2-3แผ่น กลัวแกตกจากที่นอนเลยเปลี่ยนให้แกจะได้นอนสบายๆ”(ผู้ดูแล*10)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่าชนิดของฟูกที่นอนมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความเชื่อและการเลือกใช้

2.2 ตู้ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเชื่อว่าตู้เปรียบเสมือนผนัง ตู้สามารถใช้ในการกำบังศีรษะหากจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุนอนในพื้นที่ซึ่งอยู่ตรงกับประตูตามความเชื่อดั้งเดิมที่ว่าไม่ควรนอนให้ศีรษะอยู่ตรงกับประตู นอกจากนั้นตู้ยังสามารถจัดวางเพื่อกำบังไม่ให้ผู้สูงอายุหันหน้าไปมองทางหนึ่งทางเดียวตลอดอันจะทำให้เกิดอาการคอแข็ง เอ็นยึด เสียสมดุลร่างกาย

“ตอนออกโรงพยาบาลมาใหม่ๆ ให้แกนอนตรงนี้ (ทิศเหนือของบ้าน) แล้วก็เอาตู้มาบังเพราะแกมองไปทางเดียว พอนานๆ ไปแกไม่มองทางนี้แล้วย้ายไปมองทางทิศใต้บ้างเลยเอาตู้มาปิดไว้ตรงบนหัวเพราะมันอยู่ตรงประตูบ้าน”

“ที่เอาตู้มาบังนี้เพราะแกมองไปทางเดียวตลอดแล้วแกไม่หันไปมองทางอื่น คอก็จะแข็งกระด้าง ถ้าเอาตู้มาบังสักหน่อยก็จะลับตาคน แกก็จะไม่เหลียวไปทางเดียว”

“ตู้ที่ย้ายมาไว้ที่นี่ เพื่อเอามาบังแกไม่ให้มองเวลาคนเดินผ่านมา เมื่อมีคนผ่านมาแกจะมองละ มองแล้วก็ไม่เหลียวกลับ อย่างมีคนมาคุยด้วยแกก็จะหันมาละแต่ไม่หันกลับเราก็ต้องพลิกๆแกไม่งั้นแพมเพิสก็จะล้นล้นฝั่งเดียวนั้นแหละ” (ผู้ดูแล.1)

ตู้นอกจากจะเป็นเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านที่ใช้เก็บเสื้อผ้าตามคุณลักษณะของมันแล้ว ยังสามารถใช้ทดแทนผนังเพื่อกำบังสิ่งต่างๆตามความเชื่อ และยังใช้เพื่อขวางกั้นสายตาการมองได้อีกด้วย

2.3 เตียง ตั่ง ที่นอน ในเรื่องของที่นอนทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ดูแลมักจะให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุเป็นคนเลือกก่อนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกสบายทั้งกายและใจ ถึงกระนั้นผู้ดูแลยังคงต้องพิจารณาถึงความสะดวกของตนในการดูแลด้วย ในประเด็นนี้จึงมีการกล่าวถึงทั้งเตียงนอน ตั่งนอน(ห้าน) และที่นอนปูพื้น

ผู้สูงอายุบางรายเลือกใช้เตียงของโรงพยาบาลเนื่องจากเห็นว่าเวลาที่ตนต้องการพลิกตัวสามารถจับราวเตียงแล้วขยับพลิกตัวได้ง่าย

“แม่เป็นคนจัดที่นอนด้วยตนเองตามที่แม่คิดเอาด้วยตนเอง ว่าถ้าจะเอาแกมานอนกับพื้นแกจะพลิกตัวไม่ค่อยได้ ก็เลยตัดสินใจเช่าเตียงจากโรงพยาบาลมา

เพราะแกจะได้จับตรงราวเตียงนั้นพลิกตัวไปมา ถ้าแกนอนกับพื้นไม่มีอะไรให้จับขยับตัว" (ผู้ดูแล6)

"ถ้านอนติดกับพื้นไปเลยจะลุกขึ้นไม่ได้ คิดจะทำแบบนี้(ใช้เตียง)เพราะมันจะนั่งสบาย ถ้าเวลาเอารถเข็นมาใช่ไหม เอาก็เอารถเข็นมาไว้ตรงนี้พอดีและก็จะเอาแกลงนั่งรถเข็นได้พอดี มันก็ไม่สูงไม่ต่ำมันก็เสมอๆกับตัวแก เวลาเราเอาแกนอนอยู่ติดพื้นนั้นเราคงต้องทำรอกเวลาจะให้แกลุก"(ผู้ดูแล4)

อย่างไรก็ตามการใช้เตียงนอนนอกจากจะทำให้เกิดความสบายกายและสะดวกในการขยับตัวแล้วยังส่งผลต่อจิตใจ ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ต้องนอนติดเตียงด้วย ผู้สูงอายุบางรายที่รู้สึกว่าเมื่อใช้เตียงของโรงพยาบาลนอนแล้วไม่สบายใจ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกอยากตาย ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า

"นอนเตียงรู้สึกเฉยๆนะ ไม่เจ็บ ไม่ปวดอะไร แต่ก็มีรู้สึกไม่มีกำลังใจ อยากตายวันนึงหลายรอบอยู่ตอนที่เรามาใหม่ๆ แต่เดี๋ยวนี้ไม่คิดละ แต่ก็มีบ้างบางครั้งที่อยากตาย แต่ก็ไม่ทำนะ เดี๋ยวมันคงจะดีขึ้นอยู่ถ้าเรายังอายุน้อยๆคงจะหายเร็วหน่อย แต่นี้เรา60กว่าแล้วมันเลยหายยาก"(ผู้สูงอายุ7)

ในทางตรงข้ามผู้ดูแลบางรายเลือกที่จะไม่ใช้เตียงผู้ป่วยแบบของโรงพยาบาลเพราะเตียงแบบนี้มีความสูงพลิกตัวให้ผู้สูงอายุลำบากและยากต่อการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ จึงได้ใช้ฟูกปูนอนที่พื้นแทนการใช้เตียงนอกจากนี้ยังคิดว่าจะทำให้ง่ายต่อการขยับเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ออกมาเห็นบรรยากาศนอกห้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุภาพจิตดีขึ้นได้บ้าง

"เอาเตียงโรงพยาบาลไปคืนเพราะมันพลิกตัวยาก เวลาเอาแกไปไหนมันก็ยาก เราจะเอาแกออกไปข้างนอกก็ไม่ได้"(ผู้ดูแล7)

"หลังจากเอาเตียงออกแกก็ดีขึ้นอยู่ ไม่ค่อยคิดมากอะไร ตอนมาใหม่ๆไม่ได้ย้ายออกมาตรงนี้ นอนอยู่แต่ในเตียงนั้นแกคิดมากนะ"(ผู้ดูแล7)

"แต่ก่อนหลังจากออกโรงพยาบาลมา เอาเตียงมาจากโรงพยาบาลมาก็ต้องเอาไปคืนเพราะมันเกะกะแล้วตอนนี้เลือกที่จะนอนกับพื้นแบบนี้แล้ว เวลาจะออกไปข้างนอกก็จะลากเอา แม่เป็นคนลากช่วยกันกับหลานหรือน้องของแก แกก็เลือกที่จะนอนกับพื้นไม่นอนเตียงเราะว่าเวลาย้ายเข้าออกมันง่ายกว่า"(ผู้ดูแล7)

นอกจากเรื่องของความสะดวกสบายแล้ว ความสูงต่ำของอุปกรณ์การนอนยังมีความเชื่อมโยงกับความเชื่อความรู้สึกของผู้นอนซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ ดังเช่นมีบางบ้านที่เลือกใช้ตั่งนอน(ห้าน)แทนการนอนเตียงที่สูงกว่าหรือการนอนติดพื้น ด้วยในมุมมองของผู้สูงอายุนั้นผู้สูงอายุต้องการที่จะนอนตั่ง(ห้าน)มากกว่านอนเตียงเนื่องจากผู้สูงอายุมองว่าเตียงมีความสูง ขึ้นลงลำบาก กลัวตก ซึ่งต่างจากการนอนตั่ง(ห้าน)ที่มีความสูงไม่มาก สามารถพยุงตัวเองลุกขึ้นหรือพลิกตะแครงได้โดยไม่ต้องกลัวตก

"นอนห้าน(ตั่งนอน)มันต่ำกว่า นอนเตียงมันสูงเวลาจะเอาเราลงมันลงยาก จะขึ้นก็ขึ้นยาก ห้าน(ตั่งนอน)มันต่ำเวลาถ้าเรานอนข้างมันเราก็จะได้เกาะได้ยึดลุกขึ้นบ้าง แต่เตียงอันนี้มันสูง มันสูงไปหน่อยก็กลัวตกลงไปใจก็ยังคิดกลัวตายอยู่นะ ใจเรานี้อยากนอนห้าน(ตั่งนอน)มากกว่า" (ผู้สูงอายุ5)

อุปกรณ์การนอนไม่ว่าจะเป็นเตียงนอน ตั่งนอน ที่นอนปูพื้น จึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ ซึ่งผู้ดูแลจะให้ผู้สูงอายุเป็นคนตัดสินใจเลือกก่อน โดยการเลือกและการใช้ที่นอนนี้จะสัมพันธ์กับทั้งความเชื่อความรู้สึก ตลอดจนความสบายของผู้นอน(ผุ้สูงอายุ) รวมทั้งความสะดวกของผู้ดูแลด้วย

2.4 ผ้าชิ้น ผู้สูงอายุติดเตียงเพศหญิงทุกรายจะใส่ผ้าถุงเป็นกิจวัตรเมื่อครั้งไม่เจ็บป่วยติดเตียงดังนั้นส่วนใหญ่จึงเคยชินกับการใส่ผ้าถุงมากกว่าการใส่กางเกง แต่เมื่อถึงคราวเจ็บป่วยแล้วยังมีผู้สูงอายุหลายรายที่ไม่ยอมใส่กางเกงแม้จะป่วยติดเตียง ผู้ดูแลจึงประยุกต์การใช้ผ้าถุงให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดเตียงอยู่บ้างโดยหลายรายให้ข้อมูลว่าส่วนใหญ่จะใส่ผ้าถุงให้ผู้สูงอายุตอนที่เอาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ออกเพื่อปล่อยให้ก้นของผู้สูงอายุได้แห้งไม่อับชื้นหลังจากใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่มาทั้งวันทั้งคืน สำหรับการเลือกผ้าถุงให้ผู้สูงอายุติดเตียงใส่นั้นจะเลือกใช้

ผ้าถุงที่เนื้อผ้าเป็นแบบผ้าฝ้ายธรรมดาเพราะจะซับน้ำได้ดีกว่าผ้าถุงเนื้อผ้าโทเรที่จะลื่นกว่า

"ใส่ชุดเก่าของแก คือผ้าถุงนี้จะเอาไว้สำหรับตอนกลางวันเราจะถอดแพมเพิสแกออก เพราะถ้าเราใส่ตลอดเวลาก้นแกจะอับชื้น เราก็จะปล่อยก้นแกให้ว่างปล่าวบ้าง เราก็เอาผ้าถุงนี้ให้แกใส่แล้วก็ปูผ้ายางรองกันที่นอนเปียกอีกที"(ผู้ดูแล3)

"กางเกงก็มี แกว่ามันรัดเอวนะ แกว่าจะใส่ผ้าถุงนี่แหละ ใส่กางเกงมันไม่โล่ง" (ผู้ดูแล9)

"พวกผ้าถุงแต่ก่อนใช้ผ้าถุงแบบผ้าโทเร แต่เดี๋ยวนี้ใช้เป็นผ้าถุงแบบธรรมดาเพราะแบบธรรมดามันจะซับน้ำปัสสาวะได้ดีกว่า"(ผู้ดูแล9)

การเลือกใช้เครื่องแต่งกายโดยเฉพาะผ้าซิ่นจึงเป็นประเด็นที่ผู้ดูแลต้องมีการปรับเปลี่ยนตามความเคยชินของผู้สูงอายุเพราะเชื่อว่าจะทำให้การดูแลมีความสดวกขึ้น

มิติที่ 3 : ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับลักษณะและสภาพแวดล้อมในบ้าน

3.1 พื้นต่างระดับ(ข่ม) จากการสัมภาษณ์พบว่าการมีพื้นต่างระดับทำให้ง่ายต่อการขับถ่ายและการปัสสาวะของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลเห็นว่าพื้นที่ต่างระดับจะจำเป็นในเวลาที่ผู้สูงอายุต้องการขับถ่ายโดยให้ผู้สูงอายุอยู่บนพื้นที่สูงและขยับก้นมาอยู่ริมขอบในขณะที่มีกระโถนวางอยู่บนพื้นที่ต่ำกว่าเพื่อรองรับสิ่งปฏิกูล เนื่องจากเวลากลางวันผู้ดูแลจะไม่ให้ผู้สูงอายุใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ผู้ดูแลจึงต้องเตรียมกระโถนฉี่ร่วมกับกล่องไม้ที่เรียกว่า "โป๊ะ"แล้วเอาวางไว้ให้ที่บริเวณพื้นต่างระดับ ทั้งนี้ตัวกล่องไม้(โป๊ะ)จะมีความสูงระดับเดียวกับพื้นที่อยู่สูงพอดี หากมีผู้ดูแลอยู่ด้วยเมื่อผู้สูงอายุอยากถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ ผู้ดูแลก็จะพาผู้สูงอายุไปขับถ่ายได้ง่ายหรือผู้สูงอายุอาจสามารถขยับตัวมาขับถ่ายได้เอง

"ที่มีพื้นแบบนี้มันง่าย เวลาอยากถ่ายมันใกล้ดีอีกหน่อย เพราะว่าเราเอากระโถนไว้ตรงข่ม (พื้นต่างระดับ)นี่เราก้อเอาแกนอนไว้ใกล้ๆนี้เลย เพราะว่าถ้าเราเอาแกไปไว้ที่นู้นตรงนั้นไม่มีข่ม กระโถนก็จะสูงกว่าตัว ยกก้นขึ้นไม่ได้ ถ้าเอาไว้ตรงนี้ ข้างๆก็เอาไว้ให้แกจับได้พอดี" (ผู้ดูแล9)

การที่ผู้ดูแลเชื่อว่าการช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายแม้ขณะขับถ่ายเป็นสิ่งที่ควรกระทำ ดังนั้นพื้นต่างระดับจึงมีความเกี่ยวโยงกับการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านด้วย

3.2 ลักษณะตัวบ้าน จากการสังเกตพบว่าบ้านของกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่จะเป็นบ้านสองชั้นที่มีใต้ถุนสูง ผู้สูงอายุบางรายให้ข้อมูลว่าการจะนอนหลับกลางคืนต้องนอนชั้นบนของบ้าน ส่วนใต้ถุนบ้านนั้นจะลงไปนอนเล่นได้เฉพาะในช่วงกลางวัน แต่ถ้าหากจะให้หลับนอนเป็นกิจวัตรนั้นทำไม่ได้ต้องกลับขึ้นไปนอนข้างบนบ้านตามเดิม

"ลูกๆก็เคยถามว่าถ้าจะให้ไปอยู่ใต้ถุนบ้าน ลูกๆจะทำเป็นห้องให้อยู่ แต่ก็ไม่อยากไป อยากไปแค่ตอนกลางวัน กลางคืนก็อยากกลับขึ้นมานอนข้างบนบ้านตามเดิม" (ผู้สูงอายุ9)

ซึ่งขัดกับการปฏิบัติของผู้ดูแลเนื่องจากหากผู้สูงอายุต้องนอนอยู่ชั้นบนของบ้านแล้วผู้ดูแลจะไม่สามารถทำแบบนั้นได้เพราะยกผู้สูงอายุขึ้นลงทุกวันไม่ไหว และเกรงว่าการพาผู้สูงอายุขึ้นลงบ้านบ่อยๆก็อาจจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บระหว่างการยก

"แต่ก่อนก็เอาแกลงไปอยู่ชั้นล่างอยู่นะ เมื่อตอนปี 58 แต่เดี๋ยวนี้ไม่ได้เอาไปละ เด็กๆที่มาช่วยเอาแกลงไปมันใจร้อน แกก็จะร้องโอ้ยๆ เนื้อตัวช้ำไปหมด" (ผู้ดูแล9)

ด้วยเหตุนี้บริเวณที่นอนพักในช่วงกลางวันกับการนอนหลับในตอนกลางคืนจึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ความเชื่อของผู้สูงอายุในประเด็นนี้จึงอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลแม้ว่าผู้ดูแลจะปรารถนาดีต่อผู้สูงอายุเพียงใดก็ตามแต่ไม่อาจทำตามความเชื่อของผู้สูงอายุได้ทั้งหมด

มิติที่ 4 : ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมทั่วไป

4.1 แสงสว่าง ผู้ดูแลให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ว่า แสงจะส่งผลต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุติด

เตียงโดยเขาสังเกตว่าผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงอยู่กับที่มักจะหันไปมองด้านที่มีแสงเข้ามา ชอบมองออกไปนอกหน้าต่างหรือชอบหันไปมองผู้คนที่เดินอยู่ในบ้านเพื่อให้คลายความเบื่อหน่าย และการกระทำดังกล่าวมีผลทำให้เมื่อเวลาถ่ายจะสิ่งปฏิกูลมักจะล้นผ้าอ้อมออกมาฝั่งเดียว ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาผู้ดูแลจึงเลือกใช้ตู้เสื้อผ้ากำบังแสงไม่ให้ผู้สูงอายุมองฝั่งเดียวลดปัญหาถ่ายล้นผ้าอ้อม

"แสงหรือว่าคนอยู่ทางไหนแกก็จะดูตลอด มองแล้วไม่ยอมหันกลับ อย่างตอนนี้แกหันหน้าไปมองทางใต้ตลอดก็เลยต้องเอาตู้มาบังทางนั้นเพราะไม่ให้ล้นทางนั้น เราก็ต้องพลิกตัวกลับมาไม่งั้นแพมเพิสจะล้น ล้นฝั่งเดียว" (ผู้ดูแล1)

แสงสว่างจึงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในทัศนะของผู้ดูแล

4.2 ฤดูกาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าในประเด็นของฤดูกาลมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมากผู้สูงอายุจะผูกพันกับแสงแดดโดยเฉพาะอย่างยิ่งฤดูหนาว เมื่อถึงฤดูหนาวสิ่งที่คนในชุมชนทางภาคเหนือของไทยปฏิบัติสืบต่อกันมานานคือการออกไปผิงแดดนอกบ้าน ผู้สูงอายุบางรายจึงมีความเชื่อว่าเมื่อถึงฤดูหนาวยังคงต้องได้นอนผิงแดดในตอนเช้าด้วย ร่างกายจะได้อบอุ่น แต่ด้วยข้อจำกัดของสภาพร่างกายและพื้นที่ทำให้บริเวณที่ผู้สูงอายุนอนอยู่แสงแดดส่องไม่ถึง ผู้ดูแลจึงต้องย้ายผู้สูงอายุไปนอนในห้องที่มีแดดส่องถึงแม้ว่าจะสร้างความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายตัวผู้สูงอายุหากผู้สูงอายุอยากเข้าห้องน้ำ

"ตอนนั้นมันเข้าฤดูหนาว แกเข้าห้องน้ำบ่อย อยู่ที่นี่มันไกล อุ้มไปไกล ก็เลยย้ายไปอยู่นู้น ตอนนี้เลยย้ายกลับมาเพราะฤดูหนาว แกรบเร้าจะผิงแดดอยู่ที่นี่ แต่อยู่นี้แดดก็ส่งไม่ถึงนะก็เลยย้ายแกเข้าไปไว้ในห้องแล้วเปิดหน้าตาให้แดดส่งถึง" (ผู้ดูแล1)

ความเชื่อของผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับฤดูกาลจึงส่งผลต่อวิธีการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลแม้ว่าจะทำให้การดูแลนั้นมีความลำบากมากขึ้น

จากความเชื่อทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้นำเสนอไปข้างต้นซึ่งได้มาจากทั้งความเชื่อของตัวผู้สูงอายุเองรวมทั้งความเชื่อของผู้ดูแลเมื่อวิเคราะห์ในประเด็นของความเชื่อในแต่ละมิติว่าความเชื่อใดบ้างที่เอื้อต่อการดูแลและความเชื่อใดบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านแล้วนั้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลในแต่ละส่วนดังนี้

ความเชื่อที่เอื้อต่อการดูแล ประกอบด้วย

1. การเปลี่ยนสถานที่นอนของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าผู้ดูแลจะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงสถานที่นอนให้ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่เบื่อหน่ายและไม่หดหู่ โดยผู้ดูแลจะสังเกตได้จากในทุกครั้งที่ผู้สูงอายุเริ่มดิ้น นอนกลิ้งไปมา อยู่ไม่เป็นสุข อยู่ไม่นิ่งในสถานที่นอนเดิม นั้นหมายความว่าผู้สูงอายุเริ่มเบื่อหน่าย เมื่อมีการเปลี่ยนสถานที่นอนหรือย้ายที่นอนไปยังที่โล่งสว่างก็จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย ง่ายต่อการดูแลมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าการจัดตำแหน่งที่นอนซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นบรรยากาศความอบอุ่นของญาติพี่น้องลูกหลาน สะดวกต่อการมาเยี่ยมเยือนของเพื่อนบ้าน หรือแม้กระทั้งในวันสำคัญต่างๆ ที่ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมในวันนั้นได้ เช่น การรดน้ำดำหัว การให้พรของผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ เป็นต้น จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้นมีสุขภาพจิตดีขึ้น นอกจากนี้การจัดตำแหน่งที่อยู่ให้ง่ายต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การเรียกขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเมื่อต้องการขับถ่าย ยังเป็นประเด็นที่เอื้อต่อการดูแลได้เช่นกัน

2. การเลือกใช้อุปกรณ์การนอนที่เหมาะสม

ในประเด็นนี้อาจมีความเชื่อ ความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างผู้ดุแลและผู้สูงอายุ ดังเช่น ในมุมมองของผู้สูงอายุที่ต้องการนอนตั่ง(ห้าน)มากกว่านอนเตียงเนื่องจากผู้สูงอายุมองว่าเตียงมีความสูง ขึ้นลงลำบาก กลัวตก ซึ่งต่างจากการนอนตั่ง(ห้าน)ที่มีความสูงไม่มากผู้สูงอายุสามารถพยุงตัวเองลุกขึ้นหรือพลิกตะแคงได้โดยไม่ต้องกลัวตก แต่มุมมองของผู้ดูแลตั้งใจจะให้ผู้สูงอายุนอนเตียงโรงพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับเนื่องจากเตียงมีที่จับผู้สูงอายุจะได้จับราวเตียงพลิกตะแคงตัวได้เอง

รวมทั้งการที่มีผู้ดูแลให้ข้อมูลว่าการใช้ที่นอนยกสูงจะง่ายต่อการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในระหว่างการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การย้ายผู้สูงอายุให้นั่งบนรถเข็น อีกทั้งการให้นอนบนพื้นแบบไม่มีเตียงเหมาะกับการดูแลที่ต้องมีการย้ายผู้สูงอายุบ่อยครั้งเพราะไม่ต้องลำบากในการยกผู้สูงอายุขึ้นลง ง่ายต่อการย้ายผู้สูงอายุเข้าออกนอกบ้านแต่ควรจัดลักษณะทิศทางของศีรษะและลำดับการนอนให้ถูกต้องตามความเชื่อดั้งเดิมด้วย ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นเตียงนอน ตั่งนอน(ห้าน) หรือการนอนกับฟูกบนพื้น แม้ว่าอุปกรณ์แต่ละชนิดอาจมีผลต่อการดูแลที่ทั้งเอื้อและเป็นอุปสรรค แต่การเลือกปฏิบัติสุดท้ายได้กระทำในทางเลือกที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด

ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแล ประกอบด้วย

1.การใช้เตียงโรงพยาบาล

นอนเตียงโรงพยาบาลแล้วไม่สบายใจ : จากการสัมภาษณ์พบว่าการใช้เตียงที่ได้มาจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกไม่มีกำลังใจ บางรายถึงกับอยากตาย มีข้อมูลว่าผู้ดูแลบางรายเช่าเตียงพร้อมที่นอนลมมาจากโรงพยาบาลโดยหวังว่าเมื่อผู้สูงอายุนอนแล้วจะไม่เป็นแผลกดทับ แต่ผลที่ได้ คือผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจ ผู้ดูแลจึงเปลี่ยนไปใช้ที่นอนแบบเดิม(สะลี) เพื่อให้ผู้สูงอายุก็รู้สึกสบายใจมากขึ้นแม้ว่าต้องแลกกับภาระที่ผู้ดูแลต้องคอยพลิกตะแคงตัวให้ผู้สูงอายุบ่อยเพื่อป้องกันแผลกดทับ

เตียงโรงพยาบาลพลิกตัวให้ผู้สูงอายุลำบาก : ผู้ดูแลบางรายเลือกที่จะไม่ใช้เตียงผู้ป่วยแบบโรงพยาบาลด้วยเชื่อว่าเตียงจากโรงพยาบาลมีความสูงทำให้พลิกตัวผู้สูงอายุลำบากและยากต่อการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

2.ตำแหน่งที่นอน(ตามฤดูกาล) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ในประเด็นของฤดูกาลมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งฤดูหนาว ผู้สูงอายุจะผูกพันกับแสงแดด เมื่อถึงฤดูหนาวสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมานานคือการผิงแดด ผู้สูงอายุบางรายจึงมีความเชื่อว่าเมื่อถึงฤดูหนาวตนต้องได้นอนผิงแดดในตอนเช้าร่างกายจะได้อบอุ่น แต่ด้วยข้อจำกัดของพื้นที่ทำให้บริเวณที่ผู้สูงอายุนอนอยู่แสงแดดส่องไม่ถึง เมื่อผู้สูงอายุไม่ยอมผู้ดูแลจึงจำต้องย้ายผู้สูงอายุไปนอนในห้องที่มีแสงแดดส่องถึงแม้ว่าจะทำให้ตนลำบากมากขึ้นในการย้ายผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำ

3.การย้ายที่นอน จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบางรายให้ข้อมูลว่าการจะนอนกลางคืนต้องขึ้นมานอนข้างบนบ้าน ส่วนใต้ถุนบ้านนั้นใช้เพียงแค่ลงไปนอนเล่นตอนกลางวันได้จะหลับนอนเป็นกิจวัตรไม่ได้ต้องดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องนำผู้สูงอายุกลับขึ้นมานอนข้างบนบ้านตามเดิม อันเป็นภาระลำบากในการเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงบ้านทุกวันและยังเกรงว่าอาจจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บจากการยกย้ายอีกด้วย

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลผู้สูงอายุตามหน้าที่และความรับผิดชอบซึ่งถือเป็นแนวทางการปฏิบัติที่สืบเนื่องต่อกันมานานโดยถือว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทดแทนบุญคุณของพ่อและแม่บนพื้นฐานของความกตัญญูกตเวที[4] โดยแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุของลูกส่วนใหญ่จะกระทำเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสบายที่สุดทั้งกายและจิตใจบนพื้นฐานของความเชื่อ วิถีชีวิต และการปฏิบัติเดิมก่อนที่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วย ด้วยผู้ดูแลส่วนใหญ่เชื่อว่าการกระทำบางเรื่องที่ไม่ขัดต่อหลักการที่ปฏิบัติเดิมและเป็นการกระทำที่สามารถช่วยให้สภาพจิตใจผู้สูงอายุดีขึ้นเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าลักษณะการดูแลของผู้ดูแลในด้านที่พักอาศัยช่วยทำให้สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนตำแหน่งย้ายที่นอน

เมื่อสังเกตเห็นผู้สูงอายุเริ่มเบื่อหน่ายหรือย้ายที่นอนเนื่องจากบริเวณดังกล่าวเป็นบริเวณที่ไม่เอื้อต่อการพักผ่อนของผู้สูงอายุ การไม่ใช้เตียงโรงพยาบาลเพราะเกรงว่าจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจไม่มีกำลังใจในการดำรงชีวิต การย้ายผู้สูงอายุไปในบริเวณที่มีแสงแดดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผิงแดดในฤดูหนาวแม้ว่าผู้ดูแลจำต้องมีภาระมากขึ้นในการช่วยเคลื่อนย้ายตัว การจัดที่นอนที่ทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นบรรยากาศความอบอุ่นของญาติพี่น้องลูกหลาน และจัดสถานที่ให้ง่ายต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการกระทำเหล่านี้สามารถอธิบายได้ว่าสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยสภาพแวดล้อมที่ดีจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้น[9] เมื่อวิเคราะห์ลักษณะการกระทำในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเหล่านี้แล้วจะพบว่าการกระทำทุกอย่างจะตั้งอยู่พื้นฐานของความเชื่อความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ยังมีหลายความเชื่อที่ไม่สามารถกระทำได้เนื่องจากข้อจำกัดตามบริบทของสภาวะร่างกายความเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่าต้องย้ายตัวผู้สูงอายุลงบ้านในกลางวันและย้ายขึ้นบ้านเพื่อนอนในตอนกลางคืนซึ่งทำให้เป็นภาระจำยอมที่มีผลต่อการดูแลด้วยข้อจำกัดในเรื่องโครงสร้างของบ้านซึ่งตามลักษณะบ้านของชาวเหนือแล้วจะเป็นบ้านยกใต้ถุนสูง มีห้องนอนอยู่ชั้นบนและห้องนอนถัดจาก “เติ๋น”หรือห้องโถง[10] ซึ่งห้องโถงใช้เป็นพื้นที่ให้สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน นอกจากนั้นบริเวณใต้ถุนบ้านจะใช้เป็นพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจในเวลากลางวัน ลักษณะโครงสร้างนี้เป็นข้อจำกัดต่อความปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องการยกผู้สูงอายุขึ้นลงบ้านจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บจากการยกและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งตามข้อแนะนำการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ได้ให้คำแนะนำไว้ว่าที่พักของผู้สูงอายุควรเป็นบ้านชั้นเดียว หรือมีห้องนอนอยู่ชั้นล่างของบ้านทางเข้าบ้านควรมีระดับเดียวกับพื้นภายนอก ไม่ควรมีพื้นต่างระดับ[11] ผู้ดูแลจึงต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลโดยจัดให้ผู้สูงอายุนอนกับพื้นและลากผู้สูงอายุออกมาพบปะผู้คนภายนอก เพื่อหวังว่าจะช่วยลดความเครียดและการคิดมากของผู้สูงอายุได้ ซึ่งการกระทำในการจัดลักษณะบ้านของผู้ดูแลที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลแต่ละคนมีความเชื่อ โดยความเชื่อที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว[12] โดยพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อมีทั้งผลดีและผลเสียการวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียของการกระทำนั้นต่อการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับปัจจัยต่างๆทั้งด้านประชากรและสังคมจิตวิทยาที่มีความหลากหลายของความเชื่อ วัฒนธรรม และสิ่งชักนำการกระทำไม่ว่าจะเป็นในด้านความรู้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ต่างๆล้วนเป็นตัวหนุนที่ทำให้การตัดสินใจที่จะเชื่อในความเชื่อนั้นและแปรเปลี่ยนเป็นการกระทำที่นำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

สรุปผลการศึกษา

ความเชื่อมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงทั้งการเอื้อและการเป็นอุปสรรคต่อการดูแล จากผลการศึกษาพบว่าความเชื่อที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำแนกได้เป็น 4 มิติ คือ ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับการจัดบ้านได้แก่ ตำแหน่งทิศทางที่อยู่ ที่นอน ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับเลือกและการจัดสิ่งของเครื่องใช้ ได้แก่ฟูกที่นอน ตู้ เตียง การเลือกผ้าชิ้น ความเชื่อที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่พื้นต่างระดับ คาน ตลอดจนความเชื่อที่เชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมทั่วไป ได้แก่แสงสว่างและฤดูกาล โดยความเชื่อทั้ง 4 มิตินั้นมีทั้งส่วนที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยความเชื่อที่เอื้อต่อการดูแลได้แก่ การเปลี่ยนสถานที่นอนของผู้สูงอายุ และการเลือกใช้อุปกรณ์การนอนที่เหมาะสม ส่วนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค

ต่อการดูแล ได้แก่ การใช้เตียงโรงพยาบาล ตำแหน่งที่นอน (ตามฤดูกาล) และการย้ายที่นอนในช่วงกลางวันกลางคืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมระบบการดูแลระยะยาวที่มีความสอดคล้องกับความเชื่อ ความต้องการและแนวทางปฏิบัติตามบริบทของของผู้สูงอายุติดเตียง โดยผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งข้อมูลที่ได้เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น สิ่งสำคัญที่สุดในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุคือการคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทและความเชื่อที่ผู้สูงอายุมีอยู่การปรับตามบริบทจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการดูแลของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น

สำหรับบุคลากรสาธารณสุขจากการศึกษาจะเห็นได้ว่ารูปแบบผู้สูงอายุแต่ละรายมีความเชื่อและความต้องการที่แตกต่างกัน การนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตามตำราอาจไม่เพียงพอต่อการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง บุคลากรสาธารณสุขควรมีการลงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับนำไปใช้วางแผนดูแลผู้สูงอายุติดเตียงให้เป็นไปตามความเชื่อและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละรายและเกิดประโยชน์สูงสุดกับการดูแลของผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างดีของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาคำแนะนำ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภองาว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลงาว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้การสนับสนุน อนุญาต และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ประสบความสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. สถิติผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. ลำปาง: สำนักงาน; 2561.

3.สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว. สถิติผู้สูงอายุอำเภองาว. ลำปาง: สำนักงาน; 2561.

4.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนวณิชย์และ ธนิกานต์ ศักดาพร. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.

5.สมโภช รติโอพาร. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2559].จาก: http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book56_2/pbhealth.htm

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ลำปาง: สำนักงาน; 2561.

7.สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว. สถิติผู้สูงอายุอำเภองาว. ลำปาง: สำนักงาน; 2561.

8.Lincoln, & Guba. Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. The American Journal of Occupational Therapy. 1991; 45(*3*).

9.โกศล จึงเสถียรทรัพย์. สิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยาผู้ป่วยในสถานพยาบาลตามแนวทางพระพุทธศาสนาเถรวาท [วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2554.

10.ธานัท วรุณกุล. การวิเคราะห์โครงสร้างของเรือนกาแลและแนวทางในการออกแบบระบบโครงสร้างของสถาปัตยกรรมล้านนาประยุกต์. [เชียงใหม่]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.

11.ไตรรัตน์ จารุทัศน์, อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ประวิตร เจนวรรธนะกุล, กุลธิดา เตชวรสินสกุล, กิตติอร ศิริสุข, และชัยญา สิทธิ์ ศันสนะวีรกุล. ข้อแนะนำการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

12. Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. Beliefs: The heart of healing in families and illness. New York, NY, US: Basic Books. 1996

13. Backer, และคณะ. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ. ใน: มัลลิกา มัติโก. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพแนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534

ประสิทธิผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

The Effectiveness of a Goal-attainment Transactional Program in Patients with Type 2 Diabetes Risking to Chronic Kidney Disease.

กนกพร ธงชัย[1], สุทธีพร มูลศาสตร์ [2], วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี[3]

Kanokporn Thongchai , Sutteeporn Moolsart, Worawon Chailimpamomtree

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังต่อการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโซเดียมและอัลบูมินในปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 125-154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีอัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 2 ตำบลบ้านต้อง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ซึ่งถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ซึ่งพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง มี ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการและการเยี่ยมบ้าน 2) คู่มือการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อไตเสื่อมจากเบาหวาน 3) แบบสอบถาม มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ .95 และ .94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .84 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดและระดับโซเดียมและอัลบูมินในปัสสาวะมีค่าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study with two-group pre-test and post-test design was to study the effects of the goal-attainment transaction program on health perception, self-management behaviors, blood sugar, urinary sodium and albuminuria of patients with type 2 diabetic risking to chronic kidney disease.The sample was uncontrolled type 2 diabetes patients having blood glucose at 125-154 milligram to deciliter and glomerular filtration rate at stage 2 living in Bantong sub-district, Nonghan distric, Udontahni province. The sample was selected by simple random sampling and put into the experimental and comparative groups which each group included 30 persons. Research instruments were 1) the goal-attainment transaction program which was developed based on the goal-attainment theory of King. The duration of the program was 12 weeks and the activities comprised workshop and home visits. 2) A handbook of self-management and risk behavior modification for slowing down of renal failure from diabetes and 3) a questionnaire was used. Content validity indexes of health perception and self-management behavior sectors were .95 and .94 and Cronbach's alpha coefficients were .84 and .83, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and *t-test*.

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3] อาจารย์ นาวาอากาศเอกหญิง แพทย์หญิง วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี

The result revealed that after enrolling the program, mean of health perception and self-management behaviors of the experimental group were higher than before enrolling the program and higher than the comparative group at *p-value* <.05. Blood sugar, urine sodium and albuminuria of the experimental group were lower than before enrolling the program and lower than the comparative group at *p-value* <.05.

Keywords: Chronic kidney, diabetic disease, goal-attainment transaction

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลกจากข้อมูลสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา จากรายงานพบว่า ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี หรือเฉลี่ย 8 วินาที ต่อ 1 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานทั่วประเทศโดยปี 2553 จำนวน 607,828 คน หรือเพิ่มขึ้นจากปี 2552 ที่พบเพียง 49,672 คน การตรวจร่างกายของคิดเป็นร้อยละ 8.59 และพบผู้เสียชีวิตจากเบาหวานปี พ.ศ. 2554 จำนวน 7,625 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2553 จำนวน 770 คน ประชาชนคนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียงร้อยละ 28.5 ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีถึงร้อยละ 71.5 ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา พบว่า มีค่าฮีโมโกบินเอวันซีมากว่า 8 เปอร์เซ็นต์ หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงมากกว่า 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่ตา โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 42.9, 30.7, 18.7 และ 3.5 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมากที่สุดคือไตเสื่อมจากเบาหวาน รายงานการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย พบโรคไตจากเบาหวานสูงถึงร้อยละ 42.91 ซึ่งพบว่าปะเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตสูงเป็นอันดับที่ 13 ของโลก (อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 53.3) และสูงเป็นอันดับ 2 ของเอเชีย (อัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 36.2 ต่อแสนประชากร) รองจากประเทศอัฟกานิสถาน นอกจากนี้โรคไตเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยโรคไตทั่วประเทศที่ยังมีชีวิตและอยู่ในระหว่างการรักษามีประมาณ 14,000 ราย และคาดว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไตวายและค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคไตเพิ่มขึ้น

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตระดับประเทศปี พ.ศ. 2558- 2560 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 5.0, 1.3 และ 0.5 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไต เขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย จังหวัดหนองคาย หนองบัวลำภู เลย อุดธานี บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยสูงคิดเป็นร้อยละ 8.4, 1.1 และ 0.5 ตามลำดับ โดยเฉพาะจังหวัดอุดรธานี จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตใกล้เคียงเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.1, 1.0 และ 0.35 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ปี พ.ศ. 2558-2560 ในขณะที่อำเภอหนอหาน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.42, 17.28 และ 21.86 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ปี พ.ศ. 2558-2560 ตำบลบ้านต้อง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 8.70, 17.24 และ 21.62 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่เพียงด้านเดียว เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อทราบผลตรวจไต และการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้ป่วยยังขาดการมีส่วนร่วมและการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างเหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาว การศึกษานี้จึงใช้แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามความมุ่งหมายของคิง [(1)] เป็นทฤษฎีที่เน้น

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับ ผู้รับบริการ โดยคิงเชื่อว่าการบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์จะทำให้ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ และการดูแลบำบัดทางการพยาบาลจะมีประสิทธิภาพ [1] การศึกษาที่ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ผลการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า การพยาบาลตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง เกิดผลลัพธ์ดีขึ้นและดีกว่าการพยาบาลตามรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นหากนำทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง มาเป็นแนวทางในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวาน โดยมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เพื่อกำหนดเป้าหมายและกำหนดวิธีการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกัน จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตจากเบาหวานดีขึ้น โดยได้รับแรงสนับสนุนการปรับพฤติกรรมจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งถ้าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนใช้การปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ร่วมกับผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนแล้วจะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อการรับรู้เกี่ยวกับความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
4. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อโซเดียมในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง
5. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายไตต่ออัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโซเดียมในปัสสาวะ และระดับอัลบูมินในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อไตเรื้อรังและอาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านต้อง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 228 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง มีระดับน้ำตาลในเลือดระหว่าง 125-154 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีการเสียหน้าที่ของไต ระยะที่ 2 มีค่าระหว่าง 60-89 อาศัยอยู่ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 60 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นที่รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้อง และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นรับการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยา อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) ตามระดับการเสียหน้าที่ของไต เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยจับคู่ อายุ ระดับการศึกษา และระดับน้ำตาลในเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัย

แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง [1] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน เป็นทฤษฎีที่เน้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (transaction) นั่นคือการบรรลุเป้าหมาย (goal attainment) ที่ตั้งไว้ร่วมกันการบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนการรับรู้อย่างมีเป้าหมายระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังร่วมกันกับพยาบาลเวชปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 2 การตั้งเป้าหมายและวางแผนร่วมกัน ขั้นตอนที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยมีระยะดำเนินการทั้งหมด 12 สัปดาห์ โปรแกรมมีเครื่องมือ ได้แก่ แผนการสอน Power Point slides ประกอบการบรรยายความรู้เรื่องโรคไตจากเบาหวาน โมเดลอาหาร ตัวอย่างอาหารที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเสื่อมและสาธิตการออกกำลังกาย 2) คู่มือการจัดการตนเองด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไตเสื่อมจากเบาหวาน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามประสิทธิผลของโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง และข้อมูลทางคลินิก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาการรับรู้ความเสี่ยงของไตในโรคเบาหวาน (CVI) เท่ากับ .95 แบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.84 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 แบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เท่ากับ 0.83 2) เครื่องตรวจประเมินร่างกาย ได้แก่ สายวัดรอบเอว ที่วัดส่วนสูง เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล และเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (DTX) 3) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม ใช้สถิติ paired t-test และใช้สถิติ Independent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรตามได้แก่ การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโซเดียมในปัสสาวะ และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และมีไตเสียหน้าที่ระดับ 2 ที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน โดยมีข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	4	20.00	7	23.30
หญิง	26	80.00	23	76.70
อายุ	M = 58.07, SD = 2.83		M = 54.73 , SD = 4.62	
	min–max = 54-64		min–max = 48-68	
41-50 ปี	0	0.00	3	10.00
51-60 ปี	24	80.00	23	76.67
61-70 ปี	6	20.00	4	13.33
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0	0.00	28	93.33
ประถมศึกษา	30	100.00	2	6.67
สถานภาพสมรส				
คู่	26	86.67	22	73.33
หม้าย	4	13.33	8	26.67
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	1	3.33	4	13.33
เกษตรกร	28	93.34	23	76.67
ค้าขาย	0	0.00	1	3.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	M = 3133.33, SD = 540.33		M = 2733.33, SD = 520.83	
	min–max = 2000 - 4500		min–max = 2000-4000	
2,000-3,000	23	76.67	29	96.67
3,001-4,000	6	20.00	1	3.33
4,001-5,000	1	3.33	0	0.00
ผู้ประกอบอาหาร				
ปรุงอาหารเอง	11	36.67	10	33.33
ภรรยา/สามี	16	53.33	19	63.34
บุตร/หลาน	3	10.00	1	3.33

จากตารางที่ 1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.70 2) อายุกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 58.07 ปี (SD = 2.83) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 54.73 ปี (SD = 4.62) และทั้งสองกลุ่มอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี 3) การศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.33 4) สถานภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.00 5) อาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 93.34 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 76.67 6) รายได้เฉลี่ย

ต่อเดือน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,133.33 บาท (SD = 540.33) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,733.33 บาท (SD = 250.83) 7) ผู้ประกอบอาหาร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ภรรยา/สามี ปรุงอาหาร ร้อยละ 53.33 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ภรรยา/สามี ปรุงอาหาร ร้อยละ 63.34

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง จำแนกตามข้อมูลการป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลการป่วยด้วยโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวาน	M = 8.17, SD = 1.15 min–max = 6 - 11		M = 8.00, SD = 0.98 min–max = 6 – 10	
5-10 ปี	29	66.67	30	100
10-15 ปี	1	3.33	0	0.00
ชนิดของยาที่รับประทาน	M = 1.63 , SD =0.67 min–max = 1 - 3		M =1.70, SD =0.70 min–max =1 - 3	
Glipizide 5 mg	14	46.70	13	43.30
Metformin 500 mg	13	43.30	13	43.30
Glipizide 5 mg และ Metformin 500 mg	3	10.00	4	13.40
อัตราการกรองไต	M = 84.53, SD = 1.67 min–max = 81- 88		M = 83.93, SD = 1.72 min–max = 81-87	
81-85	20	66.67	23	76.67
86-89	10	33.33	7	23.33
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง	M = 148.60, SD = 3.38 min–max = 143 - 154		M = 147.13, SD = 3.40 min–max=140-154	
140-150	23	76.67	25	83.33
151-154	7	23.33	5	16.67
ระดับโซเดียมในปัสสาวะ	M = 83.40, SD = 11.76 min–max = 63 - 106		M = 78.73, SD = 10.34 min–max = 61-106	
61-80	13	43.33	19	63.34
81-100	15	50.00	10	33.33
101-120	2	6.67	1	3.33
ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ	M = 19.80, SD = 3.89 min–max = 14 - 29		M = 20.16, SD = 3.63 min–max = 12-27	
11-20	19	63.33	15	50.00
21-29	11	36.67	15	50.00

จากตารางที่ 2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย (M = 8.17, SD = 1.15) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย (M = 8.00, SD = 0.98) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอัตราการกรองไตเฉลี่ย (M = 84.53, SD = 1.67) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอัตราการกรองไตเฉลี่ย (M = 78.73, SD = 10.34) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ย (M = 148.60, SD = 3.38) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเฉลี่ย (M = 147.13, SD = 3.40) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับโซเดียมในปัสสาวะเฉลี่ย (M = 83.40, SD = 11.76) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับโซเดียมในปัสสาวะเฉลี่ย (M = 78.73, SD = 10.34) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะเฉลี่ย (M = 19.80, SD = 3.89) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับอัลบูมินในปัสสาวะเฉลี่ย (M = 20.16, SD = 3.63)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน	**ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม**			**หลังเข้าร่วมโปรแกรม**			**paired t-test**	***p-value***
	M	**SD**	**ระดับ**	**M**	**SD**	**ระดับ**		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.68	0.14	ปานกลาง	3.97	0.05	มาก	46.016	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	2.74	0.09	ปานกลาง	2.19	0.10	ปานกลาง	22.130	.000

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 3 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.68, SD = 0.14) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก (M = 3.97, SD = 0.05) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.74, SD = 0.09) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานยังคงอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม (M = 2.19, SD = 0.10) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานคงเดิมเหมือนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ($\bar{d}$) การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง	Independent t-test	*p-value*
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.68	0.14	3.97	0.05	1.29	49.066	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	2.74	0.09	2.19	0.10	0.55		

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ (M = 1.29 ,SD = 0.15) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ (M = 0.55 ,SD = 0.13) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired t-test	*p-value*
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.10	0.14	น้อย	3.96	0.04	มาก	74.657	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	2.11	0.16	น้อย	2.19	0.09	น้อย	2.633	.013

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 5 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับน้อย (M = 2.10, SD = 0.14) แต่หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับมาก (M =3.96, SD = 0.04) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านและโดยรวม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับน้อย (M = 2.11, SD = 0.16) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม พฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อยเช่นเดิม (M = 2.19, SD =0.09) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานรายด้านและโดยรวม พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานคงเดิมเหมือนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (đ) พฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		đ	Independent t-test	*p-value*
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม							
กลุ่มทดลอง (n = 30)	2.10	0.14	3.96	0.04	1.86	50.306	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	2.12	0.16	2.19	0.09	0.07		

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 6 กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ (M = 1.86,SD = 0.14) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ (M = 0.67 ,SD = 0.14) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		paired t-test	*p-value*
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	148.60	3.39	120.77	8.37	17.534	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	147.13	3.40	149.30	4.15	2.454	.020

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 7 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=148.60 , SD = 3.39) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (M=120.77 , SD = 8.37) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M =147.13 ,SD = 3.40) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (M =149.30 SD = 4.15) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		paired	*p-value*
	M	SD	M	SD	t-test	
กลุ่มทดลอง (n = 30)	83.40	11.76	68.20	8.26	8.273	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	78.73	10.34	102.13	35.26	3.841	.001

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 8 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M= 83.40, SD = 11.76) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะลดลง (M=68.20, SD = 8.26) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=78.73, SD = 10.34) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะเพิ่มขึ้น (M=102.13, SD = 35.26) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับโซเดียมในปัสสาวะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัลบูมินในปัสสาวะผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		paired	*p-value*
	M	SD	M	SD	t-test	
กลุ่มทดลอง (n = 30)	19.80	3.90	17.30	2.99	4.443	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	20.17	3.64	21.70	4.23	4.490	.000

* *p-value* < .05

จากตารางที่ 9 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M= 19.80, SD = 3.90) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะลดลง (M=17.30, SD = 2.99) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=20.17, SD = 3.64) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะเพิ่มขึ้น (M=21.70, SD = 4.23) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยสรุปได้ว่าโปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ทำให้การรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาเพิ่มขึ้นและผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับโซเดียมในปัสสาวะและระดับอัลบูมินในปัสสาวะค่าลดลง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัยดังนี้คือ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

1. โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง สามารถนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังเพื่อรับรู้ความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ในอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานีและพื้นที่อื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยา ในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไต กลุ่มเสี่ยงหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น

2. โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงขอเสนอให้เพิ่มระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมเป็น 4 เดือน ศึกษาผลในระยะยาว เช่น การประเมินผลของโปรแกรมต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด ต่อโซเดียมและอัลบูมินในปัสสาวะเป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.ศศิธร ชิดนายี. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.* กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

2.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ* (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี.

3.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2552). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต.* กรุงเทพฯ: เบอร์ริงเกอร์ อินเกลไฮม์.

4.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558.* กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

5.สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี, ธนันดา ตระการวนิช, พงศธร คชเสนี, เอนก อยู่สบาย และพรชัย กิ่งวัฒนกุล. (2559). *ตำราโรคไตเรื้อรัง.* กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

6.อรรถพงษ์ วงศ์วิวัฒน์. (2550). *การดูแลโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

7.บุญต่าย สิทธิไพศาล. (2553). *พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง* (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

8.พัชรินทร์ กลิ่นสุคนธ์, นิตยา แย้มมี, ณฐมน เภรีพิพัฒน์, สุมานี ศรีกำเนิด และประทีป ปัญญา.(2550). กระบวนการพัฒนาสุขภาพผู้รับบริการโรคเบาหวานเพื่อการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดบนพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลคิง. *วารสารการพยาบาลสาธารณสุข,22*(2),
1-16.

9.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, หทัยชนก บัวเจริญ, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วิจิตร วรรธนะวุฒิ, จิราพร เดชมา, จริยา ทรัพย์เรือง, นภาพร ลิมตโสภณ และถนอมวรรณ์ ดำแก้ว. (2551). การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาล ของคิงในกระบวนการพัมนานวัตกรรมเพื่อปูองกันภาวะแทรกซ้อนให้ผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 31*
(4), 26-37.

10.หทัยชนก บัวเจริญ, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, บุษกร มงคลนิมิต, จุฑารัตน์ ภาตะนันท์, วันทนา แก้ววงษ์, จุฑารัตน์ อินทะโชติ, กัลยา มัดเลาะห์ และพัชรินทร์

ฟากวิลัย. (2551). การส่งเสริมแกนนำสุขภาพครอบครัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้รับบริการโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนโดยทฤษฎีการพยาบาลของคิง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 31*(4), 17-25.

11.Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., & Eggers, P. (2007). Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA* , 298, 2038-47.

12.Hsu, C. C., Hwang, S. J., Wen, C. P., Chang, H. Y., Chen, T., & Shiu, R. S. (2006). High prevalence and low awareness of CKD in Taiwan: a study on the relationship between serum creatinine and awareness from a nationally representative survey. *Am J Kidney Dis*, 48, 727-38.

13.Ibrahim, H., Mondress, M., Tello, A., Fan, Y., Koopmeiners, J., & Thomas, W. (2005). An alternative formula to the Cockcroft-Gault and the modification of diet in renal diseases formulas in predicting GFR in individuals with type 1 diabetes. *J Am Soc Nephrol* , (16), 1051-60.

14.Imai, E., Horio, M., Watanabe, T., Iseki, K., Yamagata, K., & Hara, S. (2009). Prevalence of chronic kidney disease in the Japanese general population. *Clin Exp Nephro, 9*(13), 621–30.

15.Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., & Kiattisunthorn, K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*, 25, 1567-75.

16.KDIGO. (2012). Clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidne disease. *Kidney Inter Suppl,* 3, 1-150.

17.K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis*, 39 (1 2), S1-S266.

18.Kidney Foundation – Kidney Disease Outcome Quality Initiative [NKF-K/DOQI]. (2002). *K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification*. New York: National Kidney Foundation.

19.Kim, S., Lim, C. S., Han, D. C., Kim, G. S., Chin, H. J., & Kim, S.J. (2009). The prevalence of chronic kidney disease (CKD) and the associated factors to CKD in urban Korea : a population-based cross-sectional epidemiologic study. *J Korean Med Sci*, 24(6), S11-21.

20.Nagata, M., Ninomiya, T., Doi, Y., Yonemoto, K., Kubo, M., & Hata, J. (2010). Trends in the prevalence of chronic kidney disease and its risk factors in a general Jananese population: The Hisayama Study. *Nephrol Dial Transplant* , 25, 2557-64.

21.Sabanayagam, C., Lim, S. C., Wong, T. Y., Lee, J., Shankar, A., & Tai, S. (2010). Ethnic disparities in prevalence and impact of risk factors of chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*, 25, 2564-70.

22.Singh, A. K., Farag, Y. M. K., Mittal, B. V., Subramanian, K. K., Reddy, S. R. K., & Acharya, W. N. (2014). Epidemiology and risk factors of chronic kidney disease in India-results from the SEEK (Screening and Early Evaluation of Kidney Disease) study. *BMC Nephrology*, 14 , 114-125.

23.Thai-SEEK Group. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant ,* 25, 1567-75.

24.World Health Organization. (2013). Prevalence of kidney disease : International Society of Nephrology (ISN) Response to WHO Discussion Paper on Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan (2013-2020). Retrieved from http://www.who.int/ncds/governance/appendix3-international-society-of-nephrology.pdf?ua=1

25.Zhang, L., Wang, F., Wang, L., Wang, W., Liu, B., & Liu, J. (2012). Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet* , 379 (9818) : 815-22.

26.King IM. A Theory for Nursing: System, Concepts, Process. New York: Wiley Centuary-Crofts; 1981